



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS CAMPINA GRANDE/PB  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS**

**JAIDETE DE OLIVEIRA CORREIA**

**O FUNDO PÚBLICO E A RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NO PROCESSO DE  
CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE/PB  
2021**

JAILETE DE OLIVEIRA CORREIA

**O FUNDO PÚBLICO E A RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NO PROCESSO DE  
CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE/PB**

Trabalho de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

**Área de concentração:** Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

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

**CAMPINA GRANDE/PB  
2021**

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.

C824f Correia, Jaidete de Oliveira.  
"O fundo público e a relação público X privado no processo de contrarreforma na política de saúde no município de campina grande/PB" [manuscrito] / Jaidete de Oliveira Correia. - 2021.  
86 p. : il. colorido.  
  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2022.  
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva , Departamento de Serviço Social - CCSA."  
1. Crise do Capital. 2. Fundo Público. 3. Contrarreforma. 4. Política de Saúde. I. Título  
  
21. ed. CDD 361

JAILETE DE OLIVEIRA CORREIA

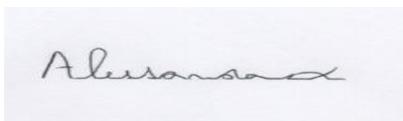
O FUNDO PÚBLICO E A RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NO PROCESSO DE  
CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA  
GRANDE/PB

Trabalho de Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Serviço  
Social da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção  
do título de Mestre em Serviço Social.

**Área de concentração:** Serviço Social,  
Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Aprovada em: 15/12/2021.

**BANCA EXAMINADORA**



---

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



---

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



---

Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes (Examinador Externo)  
Universidade São Paulo (USP) /  
Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP)

A minha mãe Judit Correia, pelo amor,  
zelo, dedicação, compreensão, exemplo,  
companheirismo e amizade, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai de infinita bondade, pela nova oportunidade de crescimento moral e intelectual.

A minha família: meu pai (*in memoriam*), minha mãe Judit, a minha irmã Joselita Correia, e a minha sobrinha Fernanda Andrade, pelo apoio ofertado durante toda a minha formação acadêmica, por compreender minha ausência nos finais de semana.

Agradeço a minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alessandra Ximenes da Silva, a quem devo reconhecimento e gratidão por me orientar desde a graduação, pela paciência, e por ter acreditado nesse projeto.

Ao Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior, por me encorajar, quando eu mesma duvidava que pudesse ir além; seus conselhos e estímulos foram, sem dúvidas, imprescindíveis para a continuidade da minha trajetória acadêmica.

Aos meus queridos, Thaísa Simplício, Glaucineth Cavalcante, Maria Geremias, Silas Porto, Girlan Guedes, Rayssa Kessia e Kleiton Wagner, pela amizade e pelo auxílio nas horas em que eu mais necessitava.

A Família Teófilo, pelo acolhimento em sua residência, local onde dispõe de tranquilidade necessária para produzir.

Ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, a todos os funcionários, pela atenção e disponibilidade.

Aos professores do mestrado, em especial a Jordeana Davi, pelo conhecimento compartilhado, que foi de grande valia para o meu desenvolvimento acadêmico.

Aos colegas de classe, por compartilharem as angústias e as alegrias, pelos instigantes debates decorrentes dos inúmeros trabalhos e pela ajuda mútua, em especial a Neyde Jussara e Tatiany Fernandes pela sempre presente companhia.

## 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. Entendemos que o fundo público é composto por recursos arrecadados sob a forma de impostos e contribuições advindos da tributação incidente sobre a classe trabalhadora e os capitalistas; e, retornam aos contribuintes por meio de políticas sociais e econômicas. Desde a década de 1990, com a ofensiva do neoliberalismo no Brasil, inicia-se o debate sobre a necessidade de contrarreformas nas políticas sociais, em oposição à universalização e à integralidade, fortalecendo-se políticas privatizadas e mercantilizadas, como é o caso da saúde. 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. Para alcançarmos o objetivo proposto, nossa pesquisa concentrou seu foco na relação público x privado em 04 hospitais do Município, subsidiada por revisão bibliográfica das principais categorias do estudo em teses, dissertações e periódicos que tratam sobre o processo de contrarreforma, mercantilização, privatização da política de saúde e os impasses do financiamento sob a égide da hegemonia do capital. No tocante aos documentos, foram analisados os Relatórios de Gestão; os Planos Municipais de Saúde; a Programação Anual de Saúde; e a Prestação de Contas Anual do Conselho Municipal de Saúde, bem como, foi realizada consulta no Tribunal de Contas do Estado (TCE) da Paraíba, através do Sistema SAGRES Online compreendendo o período de 2016-2020. Ao averiguarmos os dados de um ponto de vista crítico, nos parece, que 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-privado que congrega grande parte dos recursos do Fundo Municipal de Saúde (FMS) a Alta e Média Complexidade, e que também pode ser caracterizada pelos repasses de recursos aos quatro maiores hospitais em atuação.

**Palavras-Chave:** Crise do Capital. 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. Since the 1990s, with the offensive of neoliberalism in Brazil, the debate has started on the need for counter-reforms in social policies, in opposition to universalization and integrality, strengthening privatized and commercialized policies, such as in the case of health . 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. In order to achieve the proposed objective, our research focused on the public x private relationship in 04 hospitals in the city, supported by a bibliographic review of the main categories of the study in theses, dissertations and periodicals dealing with the process of counter-reform, commercialization, privatization of the policy of health and the impasses of financing under the aegis of the hegemony of capital. With regard to documents, the Management Reports were analyzed; the Municipal Health Plans; the Annual Health Schedule; and the Annual Accountability of the Municipal Health Council, as well as a consultation with the State Audit Court (TCE) of Paraíba, through the SAGRES Online System covering the period 2016-2020. When analyzing the data from a critical point of view, it seems to us that there is a historical structural determination in Campina Grande that has permeated the configuration of the municipality since the 1990s. This determination concerns the private hospitals-centered character that assigns a large part of the resources of the Municipal Health Fund to High and Medium Complexity, and which can also be characterized by the transfer of resources to the four largest hospitals in operation.

**Keywords:** Capital Crisis. Public Fund. Counter-Reform. Health Policy.

## LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

- Gráfico 1 – Estabelecimento de saúde em Campina Grande/PB segundo a 65  
natureza jurídica (2021)
- Gráfico 2 – Aplicação de recursos municipais de acordo com a EC 29/2000 66  
(2000-2020)
- Gráfico 3 – Repasse real do FMS para hospitais do município de Campina 72  
Grande no período de 2016-2020
- Gráfico 4 – Repasse real (corrente) do FMS (%) para hospitais do município de 72  
Campina Grande/PB no período de 2016-2019
- Gráfico 5 – Repasse real (corrente) do FMS (%) para hospitais do município de 73  
Campina Grande/PB no período de 2016-2019
- Gráfico 6 – Repasse deflacionado (constante) do FMS (%) para hospitais do 74  
município de Campina Grande/PB no período de 2016-2019
- Gráfico 7 – Participação da Assistência Hospitalar e Ambulatorial (Nordeste) 76
- Gráfico 8 – Participação no FMS (%) de Campina Grande/PB para Atenção 78  
Básica e Média e Alta Complexidade no período de 2016-2020
- Gráfico 9 – Participação no FMS (%) de Campina Grande/PB para Atenção 78  
Básica e Média e Alta Complexidade no período de 2013-2015
- Quadro 1 – Serviços de Saúde ofertado em Campina Grande/PB (Hospitais 75  
selecionados)
- Quadro 2 – Estratégia Saúde na Família e Atenção Básica em Campina Grande 77  
/PB (2015-2020)

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
BM	Banco Mundial
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CERAST	Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLIPSI	Clínica e Pronto Socorro Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAP	Fundação Assistencial da Paraíba
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NRF	Novo Regime Fiscal
NUPEPSS	Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB Fixo	Piso da Atenção Básica Fixo
PAB Variável	Piso da Atenção Básica Variável
PBF	Programa Bolsa Família
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPA	Plano Plurianual
PPB	Programa Previne Brasil
PPP	Parcerias Público-Privadas
PT	Partido dos Trabalhadores
RCL	Receita Corrente Líquida
RLI	Receita Líquida de Impostos
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SS	Seguridade Social
STTP	Superintendência de Trânsito e Transportes Públicos

SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2. CRISE DO CAPITAL, NEOLIBERALISMO E FUNDO PÚBLICO</b>	<b>18</b>
2.1. Crise do Capital, Neoliberalismo e Ajuste Fiscal	18
2.2. Neoliberalismo e Contrarreforma do Estado Brasileiro	26
2.3. Debate Teórico sobre o Fundo Público no Brasil	31
<b>3. FINANCEIRIZAÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b>	<b>37</b>
3.1. Financeirização das Políticas de Seguridade Social	38
3.2. Financeirização da Política de Saúde	48
<b>4. FUNDO PÚBLICO: RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB NOS ANOS DE 2016-2020</b>	<b>58</b>
4.1. Breve Caracterização do Município de Campina Grande/PB	58
4.2. A Política de Saúde no Município de Campina Grande	60
4.3. As Inflexões do Fundo Público na Política de Saúde no Município de Campina Grande/PB nos anos de 2016-2020	69
4.3.1. Principais Estabelecimentos Privados e Filantrópico de Saúde em Campina Grande/PB: Contextualização Histórica	69
4.3.2. Repasse Público x Privado nos Serviços de Saúde no Município de Campina Grande/PB nos anos de 2016-2020	71
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>81</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>83</b>

## 1. 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).

Esta dissertação 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. A partir de tais experiências, identificamos . 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 2018<sup>1</sup>.

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 -

---

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

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. Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica das principais categorias do estudo a saber: Crise do Capital, Fundo Público, Contrarreforma e Política de Saúde. Para tanto, foram utilizadas, teses, dissertações e periódicos. Essa revisão abrangeu principalmente as referências teóricas fundamentais para a análise do contexto de crise do capital, o neoliberalismo enquanto resposta, a contrarreforma do Estado brasileiro e a configuração do fundo público nesse processo. A partir do referencial teórico fizemos levantamento e 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 Online<sup>2</sup> 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).

O presente trabalho foi desenvolvido em três seções. Na primeira, intitulada “Crise do Capital, Neoliberalismo e Fundo Público”, apresentaremos alguns elementos para o entendimento da crise que marca o capitalismo contemporâneo, as medidas de salvamento da economia capitalista e seus desdobramentos, com a finalidade de analisarmos as repercussões da ofensiva neoliberal no Brasil. Procuramos ilustrar o panorama geral em que estão assentadas as mudanças nas políticas sociais, do ponto de vista mundial. Estas vêm ocorrendo desde a crise estrutural do capital nos anos 1970, e repercutem em todos os aspectos da vida social. Destacam-se as mudanças no setor produtivo determinadas pela crise, com o processo de reestruturação

---

<sup>2</sup>Disponível em: <https://sagresonline.tce.pb.gov.br/#/municipal/inicio>

produtiva e de financeirização do capital, processo que tem fortes implicações para as políticas sociais, expressas na captura do fundo público pelo capital financeiro.

Na segunda seção, intitulada “Financeirização e Política de Saúde no Brasil”, apresentaremos alguns elementos relacionados às imposições neoliberais direcionadas às políticas de seguridade social; e especialmente, para a política de saúde – objeto de estudo da presente dissertação. Após resgatar o processo de conquista do SUS, protagonizado pelo Movimento da Reforma Sanitária, marco da trajetória da política de saúde brasileira, adentrou-se no cenário que configura as diretrizes da atual política de saúde, com ênfase na privatização do SUS pelos novos modelos de gestão; estes constituem novos espaços de valorização do capital.

Por fim, na terceira seção, intitulada “Fundo Público: Relação Público x Privado no Município de Campina Grande/PB nos Anos de 2016-2020”, apresentaremos uma breve caracterização do município de Campina Grande/PB; a constituição da política de saúde no Município; e a caracterização histórica dos principais estabelecimentos privados de saúde existentes no município de Campina Grande. Essa caracterização é necessária para entendermos como ocorreu a consolidação dos serviços privados no âmbito municipal, e como este município é tradicionalmente marcado pelo modelo hospitalocêntrico-privado de atenção à saúde.

A discussão torna-se relevante no debate contemporâneo sobre a consolidação e universalização da saúde, em meio ao cenário regressivo de grandes ofensivas, muitas vezes veladas. Esta dissertação busca, portanto, contribuir com estratégias coletivas que possuem como perspectiva o fortalecimento do SUS baseado no projeto da RSB dos anos 1980.

## **2. CRISE DO CAPITAL, NEOLIBERALISMO E FUNDO PÚBLICO**

No presente capítulo, apresentaremos alguns elementos para o entendimento da crise que marca o capitalismo contemporâneo, as medidas de salvamento da economia capitalista e seus desdobramentos, com a finalidade de analisarmos as repercussões da ofensiva neoliberal no Brasil.

As crises capitalistas não são monocausais, mas são inerentes a dinâmica contraditória da produção capitalista, sendo, portanto, inelimináveis da reprodução do capital global. As crises evidenciam a contradição fundamental do capitalismo, marcada pela separação dos trabalhadores dos meios de produção, restando ao trabalhador a sua própria força de trabalho, a ser vendida como uma mercadoria; diante disso, no processo produtivo, o capitalista extrai do trabalhador um excedente, mais-valia, que corresponde a trabalho não pago, seja pela extensão da jornada de trabalho – mais-valia absoluta; ou pela intensificação do trabalho, por meio do incremento tecnológico, a mais-valia relativa.

Dessa forma, as crises são funcionais ao capitalismo, representam superacumulação de capitais frente às possibilidades de valorização e se expressam na queda tendencial da taxa de lucros, obtida/projetada até/para aquele momento.

Conforme Mandel, as crises do sistema capitalista são sempre crises de superacumulação. Diferentemente do modo de produção feudal, onde algumas crises foram pela falta de alimentos/recursos para subsistência; no sistema capitalista, com o desenvolvimento das forças produtivas e a tendência de concentração da riqueza, as crises apontam para as contradições do capitalismo.

A resposta dada a crise do capital, iniciada nos anos 1970 e que se estende na atualidade, foi dada por meio do neoliberalismo, que coordenou modificações estruturais para a produção e a reprodução da vida social. Nos países em condição de dependência, no âmbito do Estado, o neoliberalismo orientou uma ofensiva contra os direitos sociais por meio das contrarreformas das políticas sociais. Assim, no presente capítulo, apresentaremos alguns elementos sobre a crise, a ofensiva neoliberal e sua relação com o fundo público no Brasil.

### **2.1. CRISE DO CAPITAL, NEOLIBERALISMO E AJUSTE FISCAL**

A reprodução do capital deve ser entendida como um processo que reúne a produção e a circulação de mercadorias, o qual, uma vez interrompido, traz como consequência dificuldades para a continuidade da acumulação de capital. Marx (2013), a presença do dinheiro no processo da acumulação do capital pressupõe a fase da circulação, na qual as mercadorias, uma vez produzidas, devem ser vendidas para que seus valores sejam realizados e, por conseguinte, a mais-valia possa ser efetivamente apropriada pelo capitalista e, a seguir, acumulada. Contudo, essa apropriação não aconteceria diante da inexistência do dinheiro.

O dinheiro possui valor de uso e valor de capital. No movimento real do capital mercantil, o dinheiro, em sua forma capital, de início, se converte em meios de produção; o processo de produção transforma-o em mercadoria; com a venda de mercadoria reconverte-se em dinheiro e nessa forma retorna às mãos do capitalista que adiantara o capital na forma de dinheiro, representado pela expressão D-M-D'. Assim, na fase de circulação, as mercadorias, uma vez produzidas, devem ser vendidas para que seus valores sejam realizados e, por conseguinte, a mais-valia possa ser efetivamente apropriada pelo capitalista e, a seguir, acumulada (Marx, 2013).

O dinheiro transforma-se em capital, quando esse valor determinado se transforma em valor que cresce, que se expande, ou seja, quando se produz lucro. O objetivo primeiro do capitalista é acumular a riqueza, como capital, na sua forma mais geral, qual seja: o dinheiro; de onde se conclui que, se a passagem do valor da forma mercadoria para a forma dinheiro se deparar com dificuldades, a acumulação sofrerá consequências adversas (FILGUEIRAS; e OLIVEIRA, 2013).

No processo de reprodução do capital temos a categoria do “capital portador de juros”, apresentada por Marx (1986, cap. XXIX), como uma das formas de atuação do capital que é repassado na forma de empréstimos a outro capitalista industrial individual ou mesmo ao Estado. Contudo, como essa ação se processa no âmbito da lógica da busca permanente do crescimento da acumulação, a presença do capital-dinheiro enseja a oportunidade de apropriação de parte da mais-valia produzida no âmbito da produção. Marx afirma que a fórmula D-D', reduzida aos dois extremos gera uma falsa ilusão de que o dinheiro é capaz de gerar mais dinheiro, essa fórmula oculta a parte do processo produtivo, omitindo que o capital portador de juros se apropria de parte da mais-valia do âmbito da produção. Na simplificação D – D' o

capital aparece como forma misteriosa, autogerador de mais dinheiro (juros), aumentando a si mesmo. Essa é a base sobre o que Marx (1986) tratou como capital portador de juros, a forma embrionária que tem como desdobramento o “capital fictício”.

O desenvolvimento do capital portador de juros, inicialmente, ocorreu com a emissão de diversos títulos, tal qual às obrigações emitidas por empresas e pelo Estado como contrapartida de empréstimos que lhe são concedidos. Essas dívidas, e seus papéis, são lançados no mercado e, embora circulem como mercadorias, seus preços são determinados, e flutuam de acordo com leis particulares aos mesmos. O movimento aparentemente autônomo do capital fictício, que segundo Marx (1986, cap. XXIX) cria a ilusão de que o capital cria por si próprio mais capital, como se o dinheiro tivesse a capacidade de gerar mais dinheiro (D –D’). Assim, a emissão desses títulos, seguida por um conjunto de operações, contribuem para tornar “invisível” as marcas de origem dos rendimentos desse capital portador de juros.

Ainda de acordo com Marx (1986, cap. XXIX), não sobra absolutamente mais vestígio de uma relação qualquer com o processo real de valorização do capital e a ideia de um capital considerado como autômato capaz de criar valor a partir dele mesmo se torna reforçada. O movimento deste capital tende a se deslocar do processo de produção, criando uma aparente autonomia; embora tenha, em última instância, que retirar suas rendas do processo produtivo de criação do valor do qual não participa, é o que o autor chama da automização/substantivação das formas do capital (1988, vols. IV e V). Para Marx, faz parte da legalidade do capital total o fato de que as configurações que se utiliza para se mostrar nos distintos momentos de sua circulação ganhem uma autonomia relativa de funcionamento, de maneira que as formas que o conteúdo-capital utiliza para se manifestar na circulação de mercadorias (dinheiro e mercadorias) e no processo produtivo (capital-produtivo), de meras adjetivações do substantivo capital, se substantivam, isto é, exprimem lógica própria, que se subordina à totalidade do modo de produção capitalista, como não poderia deixar de ser, de maneira dialética.

Sinteticamente, quando a lógica de emprestar uma determinada massa de capital, tendo como contrapartida a remuneração via juros, se generaliza na sociedade capitalista, todo rendimento obtido aparece como se fosse resultado da propriedade de um capital com essa suposta capacidade autocriadora. Assim, o crédito fez parte da formação do capitalismo, e uma de suas expressões a dívida pública foi

classificada por Marx (1986) como uma das alavancas da acumulação primitiva do capital.

Esse capital fictício constitui-se (passa a existir) com base na promessa de apropriação de uma fração de valor ainda não produzida. Para o proprietário individual, que comprou o direito de apropriação futura de valor, constitui, de fato, seu capital. Do ponto de vista da totalidade do capitalismo, constitui um capital fictício, já que possui como base a mera expectativa de algo que pode nem se constituir.

Feitas essas considerações gerais quanto a dinâmica do capital, especificamente o capital portador de juros, retomemos o debate sobre a crise dos anos 1970 e seus desdobramentos no crescimento do que Lênin havia identificado como oligarquia financeira. Para Lênin (2012, p. 75) a “concentração da produção; monopólios resultantes dela; fusão ou junção dos bancos com a indústria: tal é a história do capital financeiro”. Os monopólios marcaram o desenvolvimento do capitalismo no século XX, e a forte tendência de concentração imposta ampliou as contradições do capitalismo.

No final dos anos 60 do século passado, a economia capitalista mundial chegou ao limite de uma etapa de expansão que caracterizou o pós-guerra, e esse momento de crise, que perpassou os anos 70. Os primeiros sinais da crise já aparecem no final dos anos 1960, e não apenas com a elevação do preço do petróleo entre outubro de 1973 e janeiro de 1974.

As crises se constituem em um fenômeno endógeno ao capitalismo, que, ao mesmo tempo, explicitam e sintetizam as suas contradições, mas também se apresentam como a solução momentânea dessas mesmas contradições. De acordo com a economia política crítica, as crises devem ser consideradas como fatos inevitáveis, tanto quanto indispensáveis. Delas resultam: a compulsividade de valorização do capital, tendo subjacente a competição intercapitalista, impulsionando o desenvolvimento das forças produtivas, elevando a potência e capacidade de acumulação e, no limite, ultrapassando a capacidade de o regime de produção capitalista dar vazão às riquezas produzidas. Dessa forma, elas sempre se definem como crises de superacumulação de capital, na qual a expansão e a contração do crédito têm um papel central, e se expressam, concomitante, na queda da taxa geral de lucro, na superprodução generalizada, no subconsumo das massas, evidenciando a anarquia da produção capitalista. Conforme Mandel (1990, p. 214) “a queda da taxa média de lucros significa simplesmente que, com relação ao conjunto do capital social,

a mais-valia total produzida não foi mais suficiente para manter a antiga taxa média de lucros”.

Mandel ainda (1990, p. 214) assevera que:

Tal queda não significa necessariamente que as principais empresas industriais ou os principais bancos tenham imediatamente diminuída sua taxa de lucros. Manifesta-se, em primeiro lugar, sob a seguinte forma: uma fração do capital *recentemente acumulado* não pode mais ser investida produtivamente nas condições de rentabilidade “normalmente esperadas”; é cada vez mais retida para atividades especulativas, arriscadas, menos rentáveis.

Mandel afirma que a crise do período 1974/85 conjugou uma crise clássica de superprodução, combinada a mudança brusca da onda longa no período anterior, associada a uma nova fase da crise do sistema imperialista, na qual se agrava uma crise social e política; para Mandel (1990, p. 222) “a conjugação dessas quatro crises com a profunda crise estrutural da sociedade burguesa de mais de um decênio acentua a crise de todas as relações sociais burguesas e, mais particularmente, a crise das relações de produção capitalistas”

As principais características da crise do início dos anos 70, para Antunes (2000, p. 29-30) foram:

1) forte redução das taxas de lucro, em virtude da elevação do preço da força de trabalho (custo salarial), conquista obtida no período do *Welfare State*; 2) esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção; 3) hipertrofia da esfera financeira; 4) aumento da concentração de capitais (fusões e aquisições), o que tende a aumentar a pressão sobre a taxa de lucro; 5) crise do *Welfare State*, em específico, crise fiscal do Estado; 6) privatizações, desregulamentação e flexibilização dos processos produtivos e dos mercados.

O neoliberalismo surge como resposta à crise, para Harvey (2008), é necessário analisar em seus diferentes âmbitos, pois a ofensiva neoliberal reorientou todos os espaços da produção e reprodução social. Na teoria, segundo Harvey (2008, p. 12):

o neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem estar humano pode ser mais bem promovido libertando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio.

Para Harvey (2008), o neoliberalismo apresentou esperanças vazias para as suas promessas de “desenvolvimento das liberdades e capacidades humanas”. O autor afirma que na prática dois campos distorcem e reverterem a teoria neoliberal, são

eles: (1) o favorecimento dos mercados em detrimento dos direitos coletivos, e o (2) favorecimento da integridade do sistema financeiro e da solvência das instituições financeiras e não o bem estar da população (HARVEY, 2008).

Conforme Chesnais (2000), as respostas à crise envolveram o desenvolvimento de inovações financeiras, como uma maneira do capitalismo criar, encontrar e aprofundar espaços de valorização para a massa de capital que estavam, naquele momento superacumuladas. Para Chesnais (2000), nesse âmbito se recorreu à liberalização, desregulamentação e abertura dos mercados financeiros como forma de criar espaços para a livre circulação de capitais.

Essas orientações, a partir da análise de Chesnais (2000) propiciou a consolidação de um ambiente econômico onde os capitais da esfera financeira dispusessem de liberdade absoluta, num reino da “finança mundializada” (CHESNAIS, 2000).

De acordo com Filgueiras e Oliveira (2013), desde a década de 1970, o pensamento econômico acerca da estrutura e dinâmica da economia capitalista tem sido fortemente dominado por uma concepção neoliberal. Os alicerces que sustentam essa visão são:

1 – a crença na eficiência do “livre mercado” e, portanto, na sua capacidade de autorregulação – apesar do reconhecimento de eventuais “imperfeições” dos mercados; 2 – o suposto de que os agentes econômicos, tomados individualmente, sempre decidem e agem racionalmente, de modo padronizado, com o objetivo de maximizarem suas respectivas satisfações – e tendo por referência uma mesma, e única, forma (modelo) de representação da economia capitalista; e, por fim, 3 – a admissão da possibilidade de acesso irrestrito (ou quase) desses agentes ao universo das informações relevantes em cada momento, que estão disponíveis para todos (FILGUEIRAS E OLIVEIRA, 2013, p. 77).

Desse modo, segundo Carcanholo (2018) o capitalismo contemporâneo foi historicamente constituído precisamente em função da resposta que o modo de produção capitalista encontrou para sua crise estrutural dos anos 1960/1970. Essa resposta incluiu:

1. Reestruturação produtiva que, dentre outras coisas, promoveu a redução dos tempos de rotação do capital e, portanto, elevou a taxa anual ou periódica de mais-valia, conseqüentemente a taxa anual ou periódica de lucro. (MARX, 1988, vol. III, seção II); 2. Reformas estruturais nos mercados de trabalho que implicaram o aumento da taxa de mais-valia, tanto nos países centrais da acumulação mundial de capital quanto nos países periféricos; 3. Aumento da parcela do valor produzido pelo capitalismo periférico para a apropriação/acumulação nos países centrais, seja por mecanismos ligados à

concorrência dentro e entre setores produtores de mercadorias, ou ainda por modalidades de remessa de recursos como serviço da dívida externa e transferência de lucros e dividendos, em função do investimento direto estrangeiro; 4. Expansão dos mercados, dada a intensificação dos processos de abertura comercial e liberalização financeira; 5. Mudança da lógica de apropriação/acumulação do capital, segundo as determinações dadas pelo que Marx denominou de capital fictício (CARCANHOLO, 2018, p. 25).

A crise é parte constitutiva das contradições do processo de acumulação capitalista, por isso as respostas a crise não superam definitivamente as contradições; mas, ao deslocá-las momentaneamente, recria as condições imprescindíveis para a retomada da acumulação. As barreiras que levam à desaceleração e, no limite, ao estancamento do processo de acumulação, são levantadas e ultrapassadas, em cada momento, pelo próprio movimento do capital, na sua ânsia desmedida de valorização e acumulação. Por isso, a crise é um fenômeno cíclico, necessário ao regime de produção capitalista; e evidencia a procedência da lei geral da acumulação capitalista desenvolvida por Marx, enquanto lei fundamental de valorização do capital e por todas as demais que dela derivam – que se impõem aos capitais individuais, através da concorrência, de forma coercitiva e inexorável, explicitando-se como tendências que evidenciam a natureza contraditória desse regime de produção.

O pós-crise resultou em vários elementos, dentre eles, a elevação da dívida pública e o aumento da exploração do trabalho. A classe trabalhadora sofrerá todos os impactos da ofensiva do capital na tentativa de elevar a taxa de mais-valia, o que já é sinalizado pelo aprofundamento das reformas neoliberais na previdência e nos campos trabalhista e sindical. E ainda, todo o ajuste das contas públicas significará a redução das escassas políticas públicas ainda praticadas, arrocho salarial e das condições trabalhistas no setor público, pressão por novas privatizações, redução de gastos e investimentos públicos, que, no limite significam recessão e, portanto, desemprego.

Diante disso, torna-se crescente a instabilidade econômica, alastrando no século XXI a crise estrutural do capital. Diante do crescimento do capital portador de juros, a crise de 2008, conforme Carcanholo (2018, p.28 – grifos nossos) foi detonada com “o crescimento do mercado imobiliário [*e que*] teve como sustentação exatamente o financiamento via empréstimos bancários com base em crédito hipotecário, ou seja, um financiamento que traz como garantia para o credor os próprios imóveis adquiridos”. Nesse período, os preços dos imóveis se elevaram substancialmente, bem como a oferta de créditos, o que possibilitou os financiamentos imobiliários,

favorecendo a valorização dos capitais superacumulados. Aliado a isso, deve-se destacar que a economia mundial no início do século XXI experimentou consideráveis taxas de crescimento da renda, o que permitiu melhores perspectivas de pagamentos para mutuários.

Por outro lado, e até como consequência da desregulamentação no setor, expandiu-se mais do que proporcionalmente o crédito para o chamado segmento *sub prime* do mercado, ou seja, para “aqueles tomadores de empréstimo que não possuem tantas garantias de honrar os créditos, seja porque não possuem fonte de renda definida e estável, ou porque, quando têm empregos não são de boa qualidade, são temporários e instáveis” (Carcanholo, 2018, p. 28). Assim, diante das instabilidades dadas o volume do endividamento das famílias, no momento em que a demanda por capital monetário não foi acompanhada pelo financiamento que permitia a rolagem dos passivos (dívidas) e, mais importante, a massa de capital fictício ali acumulada não via mais sustentação na alta dos preços, o processo se reverteu. O momento de baixa no ciclo desse mercado (principalmente após o *subprime*) se deu quando as elevações da inadimplência nas hipotecas, junto com a elevação das taxas de juros estadunidenses, em 2004, redundaram na redução dos preços dos imóveis e da oferta de crédito imobiliário, o que elevou ainda mais a inadimplência, e transformou o círculo “virtuoso” em vicioso. Era a manifestação da crise do capital que perpassa o capitalismo contemporâneo.

Se tratando da crise detonada em 2007/2008, para Carcanholo (2010) ela tem origem em 2004, quando os Estados Unidos elevam suas taxas de juros, encarecendo o refinanciamento dos débitos. Em meados de 2006, esse processo apresenta os seus primeiros sinais de esgotamento com a redução da taxa de crescimento do crédito ao consumo e o leve aumento da inadimplência. Com isso, a eclosão da crise do setor imobiliário era uma questão de tempo.

Desde julho de 2006 o preço dos imóveis começa a cair, o que reduz a riqueza das famílias e, com juros mais caros, amplia a inadimplência no pagamento das hipotecas, o que reduz ainda mais o crédito imobiliário e gera um processo cumulativo através de uma nova redução no preço dos imóveis (CARCANHOLO, 2010).

Com o estouro da crise mundial em 2007/2008, o panorama externo se transformou. A crise se deu, com distintos graus de gravidade, sobre todos os países do mundo, independente de estarem situados no Norte ou no Sul, no ocidente ou no oriente, no centro ou na periferia, do capitalismo; e indiferente ao fato de serem

economias primário-exportadoras, industrializadas e/ou de serviços; contudo ela atinge de forma diferente cada um desses países de acordo com a sua inserção na dinâmica global da reprodução capitalista. A grande entrada de capitais externos, característica da fase anterior, se reverteu, e as taxas internacionais de juros deixaram de cair. Assim, as economias dependentes passaram a conviver com uma considerável instabilidade cambial (e, nos momentos de desvalorização da taxa de câmbio, com pressões inflacionárias), redução no estoque das reservas internacionais, redução nos preços dos produtos exportados que, em conjunto com a desaceleração do volume de exportação, implica problemas nas contas externas (CARCANHOLO, 2018).

O sonho neoliberal se transforma em pesadelo. O cenário externo favorável para as economias periférico-dependentes se transforma, e a dependência manifesta, de forma avassaladora, seu caráter estrutural. A economia mundial entra em recessão no período 2008-2009.

O efeito da crise para as economias dependente foi à imposição de um ajuste fiscal permanente (BEHRING, 2021), agravando o quadro conjuntural de uma inserção na economia mundial que já é, por motivos estruturais, dependente e subordinada ao comportamento do centro da acumulação mundial de capital. Resgatamos alguns elementos sobre esse debate no próximo item.

## **2.2. NEOLIBERALISMO E CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO**

Recuperando os elementos tratados no item anterior, como resposta à crise da economia capitalista começa a construir os elementos que vão permitir uma nova etapa de acumulação de capital. A resposta à crise por meio da agenda neoliberal, no Brasil, especialmente nos anos 1990, conjugou amplas medidas de integração, desregulamentação e flexibilização.

Balanco (2013), define o neoliberalismo como sendo uma ofensiva, a qual pressupõe que o capital deve passar a desfrutar de acesso amplo a todos os setores inclusive aos serviços públicos, além da propriedade de ativos e controle das receitas tributárias estatais como canais privilegiados de recuperação da lucratividade. Os países ditos emergentes e dependentes, diante da configuração imposta pela divisão internacional do trabalho, foram tragados por uma onda de privatizações e contrarreformas. Seguindo a agenda neoliberal, esses países promoveram a abertura

e a liberalização comercial e financeira, bem como a ampliação das privatizações e desnacionalizações, aprofundando o mecanismo estrutural de transferência de valor. Numa suposta busca por estabilização macroeconômica, foram aplicadas reformas estruturais liberalizantes (privatização, liberalização e abertura dos principais mercados) que são responsáveis pela formação de um ambiente econômico competitivo que incentivam os aumentos de produtividade e investimentos privados.

De acordo com Carcanholo (2010), no capitalismo contemporâneo, dentre outros fatores se encontram:

a implementação das reformas neoliberais, como uma forma de elevar as taxas de mais-valia e incentivar a retomada da lucratividade do capital; a exacerbação da transferência de recursos da periferia para o centro, que permitem impulsionar a dinâmica de acumulação nos principais países capitalistas; a expansão dos mercados, como forma de garantir novos espaços de realização/valorização para o capital sobrando, manifesta, por exemplo, na pressão por aprofundamento da abertura e liberalização do comércio mundial; a aceleração da rotação do capital, tanto na esfera produtiva quanto na circulação de mercadorias, o que propicia o aumento das taxas de lucro (CARCANHOLO, 2010, p. 3).

As privatizações e aberturas de mercados acentuam os problemas estruturais de diferença de produtividades médias entre os capitais que atuam na região e os estrangeiros, ao mesmo tempo em que elevam a desnacionalização/transnacionalização das economias. Para Carcanholo (2018, p. 34) “os problemas estruturais de déficits em balanços de pagamentos, elevados estoques de dívida e passivos externos, trajetórias instáveis no pagamento desses serviços, entre outras características, são agravadas pelo neoliberalismo”. Com a posição hegemônica dos Estados Unidos, foram impostos acordos internacionais voltados à adoção do neoliberalismo. No tocante ao ajuste fiscal, o Consenso de Washington orientou, conforme Williamson (2002):

1) disciplina fiscal; 2) priorização do gasto público em saúde e educação; 3) realização de uma reforma tributária; 4) estabelecimento de taxas de juros positivas; 5) apreciação e fixação do câmbio, para torná-lo competitivo; 6) desmonte das barreiras tarifárias, para estabelecer políticas comerciais liberais; 7) liberalização dos fluxos de investimento estrangeiro; 8) privatização das empresas públicas; 9) ampla desregulamentação da economia; e 10) proteção à propriedade privada (apud CRUZ, 2004, p. 14).

No Brasil essas orientações se expressaram no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), a partir desse documento foram tecidas diversas críticas

a CF, aprovada em 1988, caracterizada como retrograda, numa crítica aos “excessos burocráticos” (BRASIL, 1995 p. 27). O documento propõe uma reforma gerencial e orienta que as atividades exclusivas do Estado sejam desenvolvidas a baixo custo, enquanto isso, em relação ao setor não-exclusivo do Estado o documento incentiva a atuação do mercado na oferta dos serviços, principalmente no âmbito da educação, previdência social e saúde. Entendemos essa reforma gerencial como contrarreforma das políticas sociais. Além disso, o documento expressa o ataque ao serviço público, conforme disposto: “a legislação que regula as relações de trabalho no setor público é inadequada, notadamente pelo seu caráter protecionista e inibidor do espírito empreendedor” (BRASIL, 1995, p. 35).

Nos anos 2000, o Brasil conta com a ideologia do social-liberalismo enquanto variante do neoliberalismo (CASTELO, 2013) Este tinha como característica, reduzir as taxas de juros para níveis abaixo das taxas de lucro do capital na esfera produtiva, incentivando a reprodução do capital de maneira ampliada, com uma dinâmica de crescimento sustentável. Ao reduzir as taxas de juros, a política econômica distinta proporcionaria o crescimento dos investimentos privados, e, portanto, da economia (emprego e renda). As reformas estruturais liberalizantes, no entanto, não só foram mantidas, como, em alguns casos, aprofundadas - políticas de conciliação de classe.

Para Braz (2012, p. 472), “o neodesenvolvimentismo é o desenvolvimento possível dentro do modelo capitalista neoliberal. (...) O trabalho torna-se parceiro do capital e seus representantes, os representantes do capitalismo nos governos”. Busca-se a hegemonia em comunhão com os interesses maiores do capital que faz do Estado e dos governos de plantão seus prepostos, consolidando aquilo que Oliveira (2007) denominou de “hegemonia às avessas”, pela qual a esquerda exerce o poder para realizar o projeto do capital, por intermédio de meios políticos que rebaixam sobremaneira seus horizontes.

Na visão de Marx, o Estado capitalista também é elemento essencial no processo de acumulação, tanto nos momentos de aceleração da valorização dos capitais quanto nas crises. Filgueiras e Oliveira (2013), defendem que nos momentos de expansão da acumulação, o Estado cumpre o papel de criar e manter as condições necessárias que viabilizam o processo de expropriação do trabalho e valorização dos capitais, através:

Da garantia da propriedade privada dos meios de produção; da regulação política dos mercados de trabalho e de dinheiro, da demarcação das relações

internacionais do país; da reorientação e redistribuição da mais-valia social e da ampliação das fronteiras da acumulação em geral e da acumulação fictícia em particular, com o crescimento da dívida pública (FILGUEIRAS; E OLIVEIRA, 2013, p. 81).

Nas crises, por sua vez, o Estado é chamado com a finalidade de favorecer a valorização do capital, socializando os prejuízos com toda a sociedade e coordenando a disputa intercapitalista pelas novas frentes de expansão, tornando-se um sujeito importante na recriação das bases da acumulação. Para Filgueiras e Oliveira, (2013) a dívida pública foi parte ativa dessa estratégia de salvamento econômico, assim o endividamento do Estado “se constitui em uma das condições de superação da crise, e, ao mesmo tempo, é resultado dessa superação” (p. 81).

Mandel (1990), ao se referir ao Estado, situa este como um instrumento de acumulação progressiva de capital. Suas principais funções são: criar e assegurar as condições gerais de produção; também desempenha a função integradora, recorrendo ao uso da ideologia dominante, e a função repressora, na qual qualquer ameaça das classes dominadas ao processo de valorização, é ativamente reprimido por meio do exército, da polícia, do sistema judiciário e penitenciário (MANDEL, 1990).

O capitalismo tardio caracteriza-se por dificuldades crescentes da valorização do capital (supercapitalização, superacumulação). Outra característica é a suscetibilidade crescente do sistema social a explosivas crises econômicas e políticas que ameaçam diretamente o modo de produção capitalista. Para o capital as reformas são necessárias, é preciso evitar que as crises ameacem o sistema; e proporcionar garantias econômicas ao processo de valorização e acumulação do capital.

Assim, como parte das promessas vazias do neoliberalismo, estamos diante de uma conjuntura de desemprego em massa, num contexto de ofensiva do capital contra a classe operária que amplia a miséria, ameaçando, inclusive, as mínimas liberdades democráticas. Assim, recuperando Mandel (1990, p. 8), “o regime capitalista é um regime condenado. Ele ameaça cada vez mais destruir a substância da civilização material e da cultura humana”.

Deste modo, as contrarreformas, justificadas pelo falso discurso da crise do estado brasileiro, em um primeiro momento, se apresentaram como estratégias de contenção do crescimento da dívida pública; contudo, os estudos de Behring; Cislighi; e Souza (2020) apontam que a aprovação das contrarreformas garantiram que recursos, inclusive do orçamento próprio da seguridade social, sejam desvinculados

para a garantia dos compromissos com dívida pública, e que mesmo com essas garantias a dívida pública continuou a crescer.

Desde a década de 1990, com a adoção do neoliberalismo no Brasil, iniciou-se as contrarreformas das políticas sociais, ampliando as desigualdades sociais (BEHRING, 2008). Com as contrarreformas das políticas sociais, em oposição à universalização e à integralidade, elege-se políticas privatizadas e mercantilizadas, como é o caso da saúde; e, programas sociais focalizados e seletivos como estratégia de combate à pobreza. O financiamento destinado às políticas sociais, tem sido cada vez menor diante dos suportes ao capital. Nessa direção, essa redução e/ou extinção de direitos e de políticas sociais configura-se como expropriação dos direitos sociais (FONTES, 2018).

Para Fontes as expropriações correspondem a transformação de meios de vida em capital, assim, segundo Fontes (2018, p 23):

antes, como na atualidade, as expropriações geram seres sociais sem meios de trabalho, sem o acesso a matérias primas, sem o acesso à terra, convertidos em trabalhadores e que precisam imperativamente vender sua força de trabalho para assegurar sua subsistência.

Marx, ao tratar do tema das expropriações, especialmente no capítulo 24 de *O Capital*, “A assim chamada acumulação primitiva”, a define como “um processo histórico de separação entre produtor e meio de produção” (MARX, 2013, p. 786). Dessa forma, com as expropriações são retirados dos trabalhadores seus meios de produção e todas as garantias de sua existência.

A propriedade do capital não é estática, ela é social. É apresentada aos seres sociais “como algo natural, eterna, necessidade econômica primeira, forma histórica indeclinável e potência exterior à qual precisam dobrar-se para assegurar sua subsistência” (FONTES, 2018, p. 43). A expropriação precisa ser conservada e reproduzida. Para sua conservação é necessário impedir que, a classe trabalhadora reconheça-se como classe em si e para si, e impedir que essa classe questione os fundamentos do desenvolvimento capitalista. Assim a reprodução ampliada do capital, significa que a ampliação da produção capitalista tende a expropriar seres sociais de seus meios de vida, transformando-os em capital (FONTES, 2018).

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

seguridade social. Por exemplo, no âmbito da saúde, com as expropriações, segundo Soares (2010, p. 41-42):

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.

Mandel (1990) afirma existir uma ilusão relativa à ampliação do que ele define por “Estado Social” no capitalismo tardio, uma falsa crença de uma redistribuição crescente da renda nacional, tiraria do capital para dar ao trabalho. Na realidade, em contexto de agudização das crises do capital, a destruição de direitos sociais constitui um vasto processo contemporâneo de expropriação social que restringe a participação do Estado Social na socialização dos custos de reprodução da força de trabalho e contribui para a ampliação da acumulação capitalista (BOSCHETTI, 2018).

No período pós-crise, observamos que a captura direta do fundo público se tornou âncora à reprodução ampliada do capital. Os processos de alienação dos bens públicos transformando-os em mercadorias, a exemplo da privatização da saúde, podem ser entendidos como processos de expropriação, já que constituem renovadas formas de garantia da acumulação do capital (BOSCHETTI, 2018). Feitas essas considerações, no próximo item, faremos uma discussão sobre fundo público, com o objetivo de entender como ele se constitui e quais os direcionamentos para as políticas sociais, em especial a política de saúde.

### **2.3. DEBATE TEÓRICO SOBRE O FUNDO PÚBLICO NO BRASIL**

Conforme Oliveira (1998), o fundo público é composto por recursos arrecadados sob a forma de impostos e contribuições advindos da tributação incidente sobre a classe trabalhadora e os capitalistas; e, retornam aos contribuintes por meio de políticas sociais e econômicas. A composição do fundo público é, de forma direta e indireta, resultado do processo produtivo no qual o excedente do trabalho é produzido.

Em relação a composição do fundo público, a maioria dos teóricos do capital tendem, segundo Davi, Santos e Rodrigues (2017, p. 83): “a privilegia[r] 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”. Recuperando Salvador (2012), os tributos pagos pelos capitalistas são, majoritariamente, oriundos de uma parcela da mais-valia, ou seja, da exploração da força de trabalho; a tributação incidente sobre os trabalhadores consiste em parte do salário, forma de remuneração do trabalho necessário. Assim, a carga tributária regressiva incide, duplamente, sobre os trabalhadores.

Durante o período de combinação do keynesianismo com o pacto fordista, para Oliveira (1998) o fundo público atua como o *ex-ante* das condições de reprodução do capital. Na qualidade de *ex-ante*, o fundo público idealizado, na forma de leis deliberativas quanto a sua destinação, se torna fundamental para a reprodução da classe trabalhadora e do capital. Para Oliveira (1998, p. 19-20):

Este pode ser sintetizado na sistematização de uma esfera pública onde, a partir de regras universais e pactuadas, o fundo público em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, de um lado, e, de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais.

Diante da particularidade e funcionalidade do Estado capitalista na garantia da reprodução do capital as funções que favorecem a acumulação do capital são privilegiadas. Se para Oliveira o fundo público é um *ex-ante*, para Behring o fundo público é *in-flux*, em constante modificação para atender essa necessidade da acumulação, citada anteriormente, no Brasil, a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal, orientada para a contenção dos gastos sociais e a formação do superavit primário é um exemplo disto.

Outra tese de Oliveira (1998) trata da relação do fundo público com cada capital em particular, na qual o fundo público se comporta como um *anti-valor*. Desse modo, para Oliveira (1998), o fundo público não é valor, sendo *anti*, contrário do valor, e ao mesmo tempo, o autor afirma que ele é utilizado de forma funcional, se constituindo como sustentáculo, da acumulação capitalista. Outra decorrência dessa tese é de que os bens e serviços públicos financiados pelo fundo público, funcionariam como *anti-mercadorias*, por não ter a finalidade de gerar lucros. Essa é a tese mais

problemática, pois, ao mesmo tempo, o fundo público, nas palavras de Oliveira (1998, p. 21):

É a referência *pressuposta* principal, que no jargão de hoje  *sinaliza as possibilidades de reprodução*. Ele existe “em abstrato” antes de existir de fato: essa “revolução copernicana” foi antecipada por Keynes, ainda que a teorização keynesiana se dirigisse à conjuntura. A per-equação da formação da taxa de lucro *passa* pelo fundo público, o que o torna um componente estrutural insubstituível.

Os autores que trabalham com a categoria fundo público, destacam-se Salvador (2010) e Behring (2004), afirmam que é contraditório dizer que o fundo público é *estrutural e insubstituível* para a produção e reprodução social e ao mesmo tempo é *anti-valor*. Assim, concordamos com os autores citados, pois, não se pode defender que o fundo público funcionaria como um *anti-valor* se, na realidade, ele faz parte do processo de valorização.

De acordo com Salvador, o fundo público está presente na reprodução do capital nas seguintes formas (SALVADOR, 2010, p. 91):

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.

Ao mesmo passo que atua, a depender da correlação de forças, trazendo benefícios na forma de atendimento às necessidades básicas da população, ele também está atuando na forma de garantia de subsídios ao capital. Behring (2004) questiona a tese do *anti-valor* desenvolvida por Oliveira (1998) e seu desdobramento quanto à suposta tendência a desmercantilização da força de trabalho, pois, para a autora o trabalho permanece como categoria central na estruturação das relações sociais no capitalismo. No entanto, Behring e Salvador reconhecem a importância da

análise conceitual sobre o fundo público, desenvolvida por Oliveira (1998), no sentido de recuperar o seu lugar estrutural no capitalismo.

Com a crise no padrão keynesiano e com a dinâmica imposta pelo neoliberalismo e o processo de mundialização do capital, Oliveira (1998) afirma que os investimentos do capital vão sendo desterritorializados, a partir desse processo de internacionalização. Diante disso, o autor aponta que existiria uma incompatibilidade entre padrão de financiamento do fundo público no Brasil e o atual processo de internacionalização produtiva e financeira (OLIVEIRA, 1998). Citaremos um exemplo para melhor compreensão, no Brasil, existe um grande investimento de capital dos Estados Unidos, e estes lucros fogem da tributação nacional, ou seja, se lucra no Brasil, mas não se contribui para o financiamento do orçamento público. Portanto acarreta perda de arrecadação, existe uma parte desse capital que foge da tributação do nosso país.

Assim, o fundo público direcionado para atender tanto as políticas sociais, quanto ao capital, ocupa um lugar central no processo de financeirização do capital. Na conjuntura da crise estrutural do capital, o atendimento aos direitos sociais passou a ser pautado, segundo a “ditadura das finanças”, com a imposição do neoliberalismo e da mundialização do capital, que tem como alicerce a liberalização, a desregulamentação e a privatização (CHESNAIS, 2005). 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, e em programas sociais focalizados e seletivos, enquanto estratégia de combate à pobreza.

É importante ressaltar, a seguridade social inscrita na Constituição Federal/1988, e que inclui saúde, previdência e assistência social, foi formada com uma diversidade de bases de financiamento estabelecidas. Os constituintes definiram que o financiamento da Seguridade Social 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). Os recursos que compõem as fontes de financiamento da seguridade social desempenham um

papel relevante na política econômica e social do Brasil após 1994. De acordo com SALVADOR (2010, p. 28):

parcelas importantes da arrecadação de receitas que deveriam ser utilizadas nas políticas sociais, e poderiam ampliar a sua abrangência, são retidas pelo orçamento fiscal da União e destinadas para o superávit primário. No capitalismo contemporâneo, particularmente no caso brasileiro, ocorre uma apropriação dos fundos públicos vinculados à seguridade social para valorização e acumulação do capital vinculado à dívida pública.

Algumas medidas evidenciam essa dinâmica, no Brasil, desde 1994, entre elas a aprovação do Fundo Social de Emergência (FSE), com objetivo de retirar parte do orçamento, 20%, da área social para garantir o pagamento dos juros e encargos da dívida pública. A subtração de recursos realizada pelo FSE, posteriormente, renomeado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), foi continuamente renovada; e, desde 2000, esse mecanismo passou a ser nomeado Desvinculação das Receitas da União (DRU). A DRU constitui um mecanismo importante de transferência de recursos arrecadados em nome da seguridade social para o orçamento fiscal, a partir dessa medida, 20% das receitas arrecadadas pela União são retirados para possibilitar o pagamento de juros da dívida (MEDEIROS JÚNIOR, 2017).

Segundo Behring (2021), no período do pós-golpe, que depôs a presidenta Dilma Rousseff, foi imposto uma agenda ultraneoliberal expressa por meio do aprofundamento do ajuste fiscal. Nessa tônica, algumas medidas econômicas adotadas a partir de 2016 evidenciam o ajuste ultraneoliberal, entre elas a prorrogação da DRU, até o ano de 2023, com a ampliação do percentual de desvinculação, de 20% para 30% dos recursos da seguridade social. E a aprovação do Novo Regime Fiscal (NRF), por meio da EC Nº 95/2016, que congelou os investimentos nos gastos primários, ao estabelecer um teto de gastos para as despesas primárias que por um prazo de 20 anos. Na saúde ficou estabelecido que o congelamento se dá a partir de 2017 com base nos 15% da receita corrente líquida de 2017, só acrescido pelo valor do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) a cada ano.

Ambas as medidas retiram recursos das políticas sociais, assim apesar do crescimento das contribuições sociais ao longo do tempo, o governo retira por meio da DRU os recursos dos fundos sociais que integram a seguridade social para enfrentar o desequilíbrio fiscal e financeiro do Tesouro Nacional. (Salvador, 2010) e, recorre a uma política macroeconômica que prioriza os gastos orçamentários direcionados ao pagamento de juros da dívida pública, o que implica o aumento dos

gastos financeiros do governo, privilegiando os rentistas e o capital financeiro. Desse modo, conforme Behring (2010, p. 258).

O capitalismo maduro e decadente coloca em questão os direitos e as políticas sociais, pois, apropria-se vorazmente do fundo público, desencadeia uma imensa ofensiva sobre os trabalhadores e retrocede em medidas que estiveram no campo da emancipação política, em seus derradeiros suspiros social-democratas.

Nesse contexto, conforme apresentado no presente capítulo, o ajuste neoliberal na prática favoreceu a acumulação capitalista e orientou uma agenda de contrarreformas que atuam na expropriação dos direitos sociais. E, de forma mais recente, com o avanço do ultraneoliberalismo coloca-se em risco até mesmo os mínimos sociais. Diante desses elementos, no próximo capítulo, apresentaremos o debate sobre o fundo público e a financeirização no âmbito da seguridade social, especificadamente da política de saúde.

### 3. FINANCEIRIZAÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No presente capítulo, apresentaremos alguns elementos relacionados às imposições neoliberais direcionadas as políticas de seguridade social; e especialmente, para a política de saúde – objeto de estudo da presente dissertação.

Nos anos de 1980, período de redemocratização no Brasil, novas e profundas mudanças ocorrem no âmbito das políticas sociais e dos direitos trabalhistas. As reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores na década de 1980 provocam a incorporação, pela CF/88, de muitas demandas sociais de expansão dos direitos sociais e políticos. Um dos maiores avanços da CF/88, em termos de política social, foi criação do sistema de seguridade social, englobando um mesmo sistema as políticas de previdência, saúde e assistência social. Pela lei, o financiamento da seguridade social compreende, além das contribuições previdenciárias, os recursos orçamentários destinados a este fim e organizados em um único orçamento.

A política social contemporânea tem sido alvo de sucessivos ataques em tempos de crise do capital, desde a década de 1970, os mecanismos usados são as contrarreformas. Estas são impostas com a justificativa de crise fiscal do Estado. Em um contexto de clara disputa pelo fundo público, o corte dos gastos estatais é feito sob o argumento de escassez de recursos, de conter o déficit público ou, no caso do Brasil, de evitar a volta da inflação (BEHRING, 2008).

A existência de déficit na seguridade social vem sendo anunciada há décadas e sempre foi explicada pela magnitude dos benefícios e existência de supostos privilégios que precisariam ser eliminados. Seu fundamento está mais relacionado à crise atual e à política sistemática de desfinanciamento do que a uma inviabilidade orçamentária. As fontes de financiamento seriam suficientes não apenas para arcar com as despesas, como também para uma expansão do sistema de seguridade social se não estivessem sob um permanente ataque (BRETTAS, 2020).

A financeirização das políticas sociais articula, de forma contraditória, políticas voltadas para a garantia de direitos a mecanismos de expropriação financeira, tendo em vista que tem como um de seus alicerces o estímulo à bancarização e ao aumento do crédito. Esta dinâmica, quando combinada à política de ajuste fiscal permanente, se desdobra em um aumento da superexploração da classe trabalhadora, com fortes impactos sobre as expressões da questão social. Feitas essas considerações, no

próximo item analisaremos a relação entre a financeirização e as contrarreformas das políticas de seguridade social brasileira.

### **3.1. FINANCEIRIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL**

A CF/88 no seu Título VIII, que trata da ordem social, dedicou o Capítulo II à Seguridade Social:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I – universalidade da cobertura e do atendimento; II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV – irredutibilidade do valor dos benefícios; V – equidade na forma de participação no custeio; VI – diversidade da base de financiamento; VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

Para Salvador (2010), a concretização dessa conquista social passa pela efetivação do orçamento da seguridade social, para tanto, um dos princípios constitucionais estabelecidos é a diversidade das bases de financiamentos, que deveriam ser constituídas por contribuições sociais exclusivas. Essas contribuições adicionadas às receitas arrecadadas sobre a folha de pagamentos mais impostos a serem transferidos pelo orçamento fiscal seriam conduzidas para um fundo público redistributivo da seguridade social. Os recursos que compõem as fontes de financiamento da seguridade social desempenham um papel relevante na política econômica e social do Brasil após 1994. Parcelas importantes da arrecadação de receitas que deveriam ser utilizadas nessas políticas sociais, e poderiam ampliar a sua abrangência, são retidas pelo orçamento fiscal da União e destinadas para o superávit primário. No capitalismo contemporâneo, ocorre que, os valores arrecadados pelo Estado são transferidos para as mãos do grande capital nacional e estrangeiro, acarretando uma apropriação do fundo público vinculado à seguridade social para valoração e acumulação do capital vinculado à dívida pública.

Conforme estabelecido pelo Art. 195. da CF/88, “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante

recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, a pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III – sobre a receita de concursos e prognósticos. IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988).

Salvador (2010) sustenta a tese que os recursos que compõem as fontes de financiamento da seguridade social desempenham um papel relevante na política econômica e social do Brasil, pois garantem a realização das metas estabelecidas da política fiscal, além das despesas da seguridade social serem infladas com gastos que, na realidade, são do orçamento fiscal. A conformação do financiamento e da destinação dos recursos das políticas de previdência social, de saúde e de assistência social não fortalece o conceito de seguridade social na sua totalidade e restringe sua possibilidade de reduzir as desigualdades sociais. Explora-se a hipótese de que a estruturação do fundo público no Brasil configura um Estado Social que não reduz a desigualdade social porque se assenta nas seguintes características:

i) financiamento regressivo (quem sustenta são os trabalhadores e os mais pobres), que não faz redistribuição de renda; ii) políticas sociais com padrão restritivo e básico, não universalizando direitos; e iii) distribuição desigual dos recursos no âmbito da seguridade social e, ainda, transferência de recursos para o orçamento fiscal (SALVADOR, 2010, p. 29).

No Brasil, no tocante ao planejamento, além da Lei Orçamentária Anual (LOA), a CF/88 determina a criação do Plano Plurianual (PPA) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). No PPA são estabelecidas as diretrizes, objetivos e metas do governo (nos âmbitos federal, estadual e municipal) por um período de quatro anos<sup>3</sup>. Para receber os recursos anuais, um programa tem de estar previsto no PPA. No entanto, é preciso especificar os recursos, as metas e as unidades orçamentárias que serão responsáveis por sua realização. Ou seja, a LOA e a LDO devem estar em consonância com o PPA. A LDO tem como objetivo estabelecer diretrizes para elaboração e execução da LOA, funcionando como a ligação entre o PPA e o

---

<sup>3</sup>Esse período começa no segundo ano do mandato e vai até o primeiro ano do mandato seguinte, facilitando uma maior continuidade no processo de alternância de governo.

orçamento. Contribui para racionalizar e disciplinar as finanças públicas, além de apontar as prioridades definidas em um determinado exercício orçamentário. A LOA diz respeito aos três orçamentos: Orçamento de Investimento das Empresas Estatais; orçamento da Seguridade Social; e o Orçamento Fiscal. Este ordenamento jurídico permite uma maior integração no processo que vai do planejamento à execução das políticas, além de melhorar a possibilidade de dar maior transparência à gestão dos recursos públicos. Estas diretrizes também definem as questões relacionadas ao tratamento da dívida pública, orientando o pagamento de juros e encargos, emissão de títulos, dentre outros (BRETTAS, 2020).

De acordo com Brettas (2020), entre os anos de 1994-2000, foram criados alguns mecanismos para facilitar o destino de recursos do fundo público em benefício da burguesia rentista (burguesia associada ao capital imperialista). Dentre eles:

1) As metas de superávit primário. A realização do superávit primário, fruto de um acordo firmado com o Fundo Monetário Internacional (FMI) em 1998, significa produzir uma poupança primária no orçamento para assegurar os credores da dívida que o país possui condições de arcar com o pagamento dos juros. Trata-se de uma forma de dar maiores garantias ao rentismo por meio da prioridade orçamentária com o pagamento da dívida. 2) A Desvinculação de Receitas da União (DRU) [...]. Este mecanismo permite a desvinculação de recursos das contribuições sociais e sua utilização para outros fins. Os argumentos em sua defesa estão calcados na suposta necessidade do uso dos recursos com uma maior flexibilidade e rapidez, o que contribuiria para amenizar os efeitos do que seria uma excessiva rigidez nas contas públicas. [...] Ao desvincular recursos que foram aprovados para uma determinada dotação orçamentária, permite-se que estes sejam gastos com o pagamento dos serviços da dívida, sem nenhum controle e passando por cima de definições orçamentárias aprovadas pelo Legislativo [...]. 3) A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Definida por meio da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2020, reforça a ideia de que a política fiscal deve avaliar o espaço de valorização do capital portador de juros. [...] Apesar de todas as preocupações com o atendimento das metas fiscais, a noção de “responsabilidade” que esta lei estabelece não contempla nenhuma preocupação com metas sociais ou com definições voltadas para a política social, muito menos com a distribuição de renda e redução das desigualdades (BRETTAS, 2020, pp. 234-236).

É sabido que a seguridade social enfrenta dificuldades desde seu nascimento, em consequência, entre outros fatores, da não implantação de orçamento para esse fim, previsto na CF/88. A finalidade principal do orçamento da seguridade, para o qual passariam a convergir às receitas arrecadadas pelo Orçamento Geral da União, era constituir-se em um espaço próprio e integrador das ações de previdência, saúde e assistência social, assegurando a apropriação dos recursos do orçamento fiscal (SALVADOR, 2010).

O projeto de construção de um sistema de proteção social amplo e democrático foi destruído pela ofensiva neoliberal vigente no país na década de 1990. O neoliberalismo significou uma reação conservadora de natureza claramente regressiva. Esse projeto tem na sua agenda um amplo leque de “reformas” do Estado, destacando-se a “reforma” nos sistemas de proteção social e cortes na previdência social, nos fundos de aposentadorias e pensões, nos programas assistenciais e nos serviços de saúde pública. Como afirma Brettas (2020, p. 233), “O neoliberalismo representa, como saldo final, uma vitória da classe dominante e impõe inúmeras perdas para a classe trabalhadora”.

O início dos anos 1990 foi marcado por alterações que caminharam no sentido de reestabelecer as margens de lucratividade do capital por meio da reestruturação produtiva, aberturas comercial e financeira, privatizações e todo um conjunto de medidas que, além de beneficiarem o grande capital, fortaleciam nossa inserção dependente no mercado mundial. O Estado funciona como uma entidade que atua em benefício do capital, ainda que eventualmente também responda às demandas da classe trabalhadora (BRETTAS, 2020).

Behring (2008) identifica que o governo Collor (1990 – 1992) foi o primeiro a dar início ao processo de contrarreforma, contudo, esse processo se aprofunda nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC, 1992–2003) de maneira ainda mais ofensiva e estruturada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), dirigido pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, que comandou a equipe formuladora do PDRE e dos cadernos do MARE. Esse documento delimitava a ação do Estado, orientando a redução de suas funções à oferta dos serviços básicos; e apontava para a necessidade 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. Esses governos defenderam os novos modelos de gestão para as políticas sociais, no qual, os serviços foram repassados às chamadas OSs, com a falácia de envolver a sociedade civil na condução e desenvolvimento das políticas públicas.

A Lei nº 9.637, de 15 de março de 1998<sup>4</sup>, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS, autoriza que “pessoas jurídicas de direito privado” que abarcam diversas áreas possam receber recursos e bens públicos e deles dispor, sem precisar fazer licitação, nem concurso público, flexibilizando a forma de contratação e de aquisição de materiais e equipamentos. Por meio desta lei tornou-se possível que políticas de saúde, educação, cultura, ambiental, dentre outras, fossem transformadas em espaços rentáveis ao grande capital, o qual, por meio de organizações consideradas institucionalmente sem fins lucrativos, passa a ter poder de mando sobre vultosos recursos do fundo público.

No ano de 2017, foram sancionadas pelo então presidente golpista Michel Temer, a Lei das Terceirizações, nº 13.429/2017<sup>5</sup>. Esta legislação estimula a precarização do vínculo e contorna os dispositivos constitucionais que buscam garantir uma proteção ao trabalhador. A partir de então, uma escola pode terceirizar professores e um hospital os trabalhadores da área da saúde, como médicos e enfermeiros. A Lei nº 13.647/2017<sup>6</sup> que trata sobre a reforma trabalhista, precariza as relações trabalhistas e flexibiliza os vínculos de trabalho, estimula a redução de salários, a informalidade, o contrato intermitente, a rotatividade e, além disso, desestimula o pagamento da contribuição previdenciária. Esta consiste em uma das maiores vitórias dos interesses do grande capital nas últimas décadas. Além de estimular a superexploração da força de trabalho, amplia as margens de extração de mais-valia e, deste modo, de lucratividade, alimenta o sucateamento da seguridade social como um todo.

Brettas (2020) destaca que durante esse período, a atuação do Estado esteve voltada fundamentalmente para permitir a pilhagem do fundo público. Por meio da canalização de volumosos montantes para o pagamento da dívida pública ou de parceiros público-privadas dos mais variados formatos. Buscou-se incrementar a retirada de direitos, aprofundando o terreno da superexploração e engendrando novas possibilidades de extração de mais-valia.

---

4 Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais.

5 Dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros.

6 Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho.

A reconfiguração das políticas sociais no Brasil a partir dos anos de 1990 passou por uma tensão. Crescia na classe dominante e em seus aparelhos privados de hegemonia uma defesa de que os recursos do fundo público não seriam suficientes para estruturar esta rede de proteção social definida pela CF/88, o que, segundo Brettas (2020), implicava propostas organizadas em três eixos fundamentais:

1. os recursos públicos deveriam ter como prioridade o pagamento da dívida pública e a sinalização – para os grandes investidores, em especial do capital financeiro financeirizado – de que a estabilidade econômica e a responsabilidade fiscal promoviam um ambiente seguro e atrativo para os negócios. A privatização, a austeridade fiscal e as mudanças na gestão orçamentária são ferramentas importantes para permitir a canalização de recursos públicos para o grande capital e para atuar sobre os efeitos de uma propagada crise fiscal, de modo a garantir a acumulação capitalista. O fundo público ganha importância cada vez maior para sustentar as taxas de lucro, reforçando seu papel estrutural na dinâmica de acumulação;
2. a defesa da necessidade de buscar apoio fora do aparato estatal para garantir a prestação dos serviços públicos. O terceiro setor, o voluntariado, a responsabilidade estatal e, em último caso, as parcerias público privadas passam a despontar no cenário nacional como a grande alternativa para prover os serviços que a Constituição tinha deixado a cargo, fundamentalmente, do Estado, mas que seriam supostamente inviáveis pelo financiamento público;
3. a financeirização das políticas sociais como um caminho para a implementação não apenas das políticas que compõem a seguridade social, mas também das demais políticas. Este fenômeno aparece como forma de viabilizar uma reconfiguração em que seja possível garantir a prestação de serviços públicos – e, portanto, não desconsidera as demandas da classe trabalhadora – ao mesmo tempo em que viabiliza o atendimento às exigências do capital financeiro financeirizado (BRETTAS, PP. 245-246).

Dentre as três políticas que compõem a seguridade social, a Previdência Social é conhecida como o carro chefe da financeirização. Esta é a política que foi mais descaracterizada em relação à formulação original aprovada na CF/88. Dentre as mudanças operadas nesta política, destacamos as que ocorreram em 1998 (EC-20<sup>7</sup>), 2003 (EC-41<sup>8</sup>) e 2005 (EC-47<sup>9</sup>). Além destas emendas à Constituição, a Lei nº 12.618, sancionada em 2012<sup>10</sup>, e que passa a valer a partir de fevereiro de 2013,

---

7 Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências.

8 Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências.

9 Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências.

10 Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, inclusive os membros dos órgãos que menciona; fixa o limite máximo para a concessão de aposentadorias e pensões pelo regime de previdência de que trata o art. 40 da Constituição Federal; autoriza a criação de 3 (três) entidades fechadas de previdência complementar, denominadas Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe), Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Legislativo (Funpresp-Leg) e Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder

regulamenta o Regime de Previdência Complementar para os servidores públicos, cujos tetos foram determinados em 2003, mas dependiam da regulamentação para passar a vigorar. Todas essas alterações contribuíram para aquecer o mercado da chamada previdência complementar por disponibilizarem um volume significativo de recursos a serviço do capital portador de juros.

Para Brettas (2020), a definição de limites para o benefício da aposentadoria é uma das principais características das contrarreformas da previdência, pensada em seu conjunto. Ao incidir sobre os trabalhadores com os maiores rendimentos, estimula a busca pelos planos privados, de modo a canalizar volumosos montantes para os fundos de capitalização. Não é a toa que as entidades fechadas de previdência complementar passaram a ter um ganho crescente, especialmente a partir de 2013.

Para o crescimento desses fundos, foi fundamental a atuação do Estado. As alterações nas possibilidades de acesso aos benefícios previdenciários, bem como a redução em seus valores, são fundamentais para estimular a busca pela complementação no setor privado e ampliar os recursos destinados ao capital portador de juros de forma direta. Nesse sentido, mesmo com tantas mudanças constitucionais já realizadas, o discurso sobre a necessidade de novas alterações e a defesa em torno da inviabilidade do sistema previdenciário público estão sempre presentes. Com a falácia de falta de recursos, a solução é sempre traduzida em uma proposta de “reforma” da previdência pautada na restrição ao acesso e na redução de benefícios.

Brettas afirma que em grande parte, o resultado negativo na seguridade social é fabricado e alimentado por meio de alguns mecanismos, dentre eles: “a) Desvinculação das Receitas da União (DRU); b) renúncias fiscais que reduzem a base de arrecadação de receitas destinadas à Seguridade; e c) volumosas dívidas que grandes empresas têm com o INSS e não são pagas” (BRETTAS, 2020, p. 249).

Se considerarmos estes três mecanismos, podemos afirmar que o centro da preocupação dos que advogam a existência do déficit não é a sobrevivência da seguridade social, nem a garantia de direitos, mas sim, a fabricação de argumentos que justifiquem e legitimem a busca por dois objetivos que se complementam, conforme Brettas (2020, p. 250):

---

Judiciário (Funpresp-Jud); altera dispositivos da Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2004; e dá outras providências.

1) liberar recurso do fundo público para os proprietários do capital financeiro financeirizado por meio da dívida pública; 2) alimentar a rentabilidade do capital portador de juros estimulando a retirada de direitos (sucateamento da previdência pública) e tornando viável a alternativa de acesso aos serviços via o mercado (previdência complementar).

A política de saúde, é caracterizada como sendo a segunda política mais disputada pelo fundo público, possui forte atuação do setor privado e dos mecanismos recentes de financeirização. Mesmo com um SUS em vigor, a oferta de serviços públicos é menor que a privada. O setor dos planos de saúde é um grande vilão no que diz respeito ao segmento de saúde privada no Brasil. As empresas pioneiras surgiram durante a ditadura empresarial-militar como resposta ao aumento da presença de multinacionais e a concentração e centralização do capital promovido neste período. Estas grandes empresas buscavam viabilizar para seus trabalhadores o acesso à assistência à saúde na rede privada como forma de enfrentar o absenteísmo no trabalho e melhorar a produtividade (BRETTAS, 2020).

Há diversas contribuições que impulsionam a transformação da assistência à saúde em uma mercadoria como outra qualquer. Basta que seja prestada de forma eficiente e lucrativa para atender aos interesses dos grandes grupos que atuam no setor. O foco certamente não está na promoção ou na prevenção, mas no tratamento da doença. Mas não se trata apenas da privatização e da mercantilização da saúde. Estão crescendo as formas de transferência de recursos do fundo público para o setor privado por meio de OSs ou Instituições Públicas de Direito Privado. Estes diversos estímulos financiados pelo Estado contribuem para fortalecer os grandes grupos que atuam no setor e fundos de investimentos, nacionais e estrangeiros, orientados por uma lógica de funcionamento pautada na rentabilidade financeira.

A política de Assistência Social se tornou mais abrangente por meio da criação de equipamentos como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centros POP. O grande destaque desta política está em programas de transferência de renda, em especial o Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2004 pelo governo Lula, a partir da unificação e ampliação de programas criados no governo de FHC (como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás) ainda nos anos 1990.

Ao analisar o funcionamento das relações capitalistas como um todo, é possível identificar que parcelas expressivas do fundo público e do trabalho

necessário estão se somando ao que é extraído mediante a apropriação da mais-valia para fortalecer os grandes empreendimentos do capital financeiro. Neste contexto, o crescimento e o fortalecimento destas empresas estão orientados para aplicações financeiras e para a rentabilidade no mercado de capitais. A retirada de direitos e a mercantilização dos serviços funcionam como formas contemporâneas de expropriação. Como parte deste movimento, temos a intensificação da superexploração da força de trabalho, o que empurra os trabalhadores para jornadas cada vez mais intensas e extensas.

É importante destacar que tais mudanças que vem ocorrendo no âmbito das políticas sociais, especialmente nas políticas de previdência e saúde, tiveram e continuam tendo participação ativa do Estado, não apenas para afrouxar as leis e ampliar a possibilidade de atuação do setor privado, mas também no repasse dos recursos do fundo público para financiar o crescimento das atividades empresariais. Em grande medida, esta contribuição se relaciona ao sistema bancário e financeiro e aos caminhos para reduzir o acesso aos serviços públicos e inserir parcelas da população que antes não poderiam acessar estes serviços privados.

Linhas de crédito são abertas para estudantes universitários, aposentados, usuários do PBF, do Minha Casa Minha Vida e passam a consumir parte dos rendimentos destes trabalhadores com taxas de juros. Esta dinâmica contribui pra um fenômeno denominado de bancarização, que significa um maior acesso à conta bancária e maiores facilidades para a contratação do crédito. O estímulo ao mercado de crédito e o peso que esse passa a ter para alimentar o consumo das famílias estão articulados de forma inovadora às políticas sociais no último período. O crédito individual voltado para pessoas de baixa renda passa a funcionar como um suporte importante para acessar o que não está garantido como um direito. “Moradia, educação, saúde, dentre outros serviços, são muitas vezes acessados por meio da chamada “cidadania bancária”, que tem no crédito popular um mecanismo para “integrar” os usuários dos programas sociais do governo” (BRETTAS, 2020, p. 266).

As novas configurações da política social mantêm íntima relação com este processo de endividamento. Apesar dos avanços constitucionais e da ampliação da cobertura de algumas políticas a partir da CF/88, não consolidamos um sistema de proteção social universal, gratuito e de qualidade. Novas formas de participação do setor privado no provimento desses serviços vieram à tona, e práticas antigas foram reforçadas. As contrarreformas da previdência, os programas de transferência de

renda, o empresariamento da saúde, bem como a ampliação e diversificação do crédito para setores populares, expandiram significativamente a relação entre a classe trabalhadora e as instituições financeiras. O sentido dessas alterações é viabilizar por meio do endividamento o que não é possível acessar nas vias políticas do Estado, nem via salário e estimular o crescimento financeirizado do setor privado.

No ano de 2016, foi aprovada a EC-95, que estabeleceu um teto para todo o gasto primário, que passa a ser, no máximo, igual ao gasto do ano anterior, corrigido pela inflação. A EC-95 congela a progressão das receitas das políticas sociais pelo período de vinte anos. A partir de 2017, como o montante total do gasto primário não pode ser maior do que o do ano anterior corrigido pela inflação, e existem gastos obrigatórios como o pagamento de servidores públicos, as aposentadorias e pensões, dentre outros, a tendência é a de que, com o tempo, estes comprimam as possibilidades dos demais gastos. “Daí as condições concretas para sustentar o discurso de que a previdência e o serviço público são os grandes vilões do orçamento, bem como a suposta necessidade de desvinculação de alguns benefícios do salário mínimo” (BRETTAS, 2020, p. 240).

A tendência é que os gastos com benefícios previdenciários se mantenham relativamente constantes, considerando que são despesas obrigatórias. Os gastos da saúde e da educação, por não estarem mais vinculados a um percentual da arrecadação, serão corrigidos pela inflação do ano anterior, mas não podem ser menores do que este valor. As demais despesas disputarão o montante que resta. Nesta perspectiva, a expectativa é de que os gastos primários diminuam em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), de 20% em 2016 para algo em torno de 12% em 2036. Em resumo a tendência é uma brutal redução nos gastos com políticas sociais ao longo do próximo período, principalmente quando pensamos estes gastos de maneira articulada à base de arrecadação. A constitucionalização do ajuste fiscal trazido pela EC-95 representa um enorme passo no sentido de liberação de recursos para garantir os interesses do grande capital, em especial, os que detêm os títulos da dívida pública.

Trata-se de um duro golpe para a classe trabalhadora e sua luta por direitos. Ao reduzir o acesso aos benefícios previdenciários, tende a sobrecarregar a demanda por serviços de Saúde e de Assistência Social. Diante disso, as pessoas com maiores remunerações serão estimuladas cada vez mais a buscar no mercado o acesso a estes serviços, por meio dos planos privados de saúde e de previdência. Como

procuramos demonstrar, desde que a Constituição foi promulgada, muito se estruturou no campo das políticas sociais em comparação ao que havia até os anos 1980. Todavia, muitos avanços estabelecidos no texto constitucional não foram implementados ou já foram alterados. A EC-95 é, sem dúvida, uma das alterações que mais descaracteriza o desenho estabelecido em 1988.

Desse modo, a luta contra a EC-95 e a favor da vinculação orçamentária para as políticas sociais deve compor a agenda das reivindicações relativas às lutas por serviços públicos, universais e de qualidade.

### **3.2. FINANCEIRIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

O SUS é fruto das conquistas possíveis em torno do que foi idealizado pelos setores críticos do movimento da RSB e foi constituído com base nos princípios da universalização, equidade e integralidade. Em torno da defesa da saúde pública teve início nos anos de 1970 e se adensou nos anos de 1980, no contexto das lutas sociais em torno da redemocratização política do país. Tal projeto foi formulado a partir do princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação em saúde. O movimento da RSB foi formado por profissionais de saúde, estudantes e intelectuais, agregando, ao longo do tempo, a adesão de diversos segmentos da classe trabalhadora.

Um dos marcos dos avanços do movimento da RSB foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, na qual, conforme registro em relatório, afirmava 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); Esta conferência fortaleceu o movimento e legitimou suas propostas em torno de um sistema de saúde universal e público.

Em 1988, como resultado das lutas de classes, a promulgação da CF/88, inscreve a saúde como parte da SS, juntamente com as políticas de assistência social e previdência social. No âmbito da saúde, com a criação do SUS foram incorporadas parte das propostas da RSB, como o caráter público, universal e de qualidade, na

perspectiva de dever do Estado, conforme está posto no Art. 196 (BRASIL, 1986, p. 12):

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.

Entretanto, em discordância com o MRSB, a assistência à saúde ficou aberta à iniciativa privada, e as instituições privadas estabeleceram-se como complementares ao SUS, atendendo em casos nos quais as disponibilidades do SUS “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (BRASIL, 2003, Art. 199).

Nesse sentido, foi aprovado ainda, que (BRASIL, 1986, p. 12):

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.

Com a promulgação da CF/88 e a regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), observamos o trato da saúde como sistema universal e a consolidação de uma proposta garantidora 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.

Ficou definido que os recursos da SS não integrariam o orçamento da União e sim da seguridade social, compondo um orçamento específico. Por meio de Lei Complementar (art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias), ficou disposto que 30% dos recursos da seguridade social deveriam ser destinados à saúde. Porém, o que se constatou foi que nenhum governo que seguiu à promulgação da CF/88 cumpriu essa disposição, esse processo é tratado por Mendes (2012) como *subfinanciamento* da política de saúde.

A EC-29/2000 vigorou por um longo tempo, estabeleceu o limite mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Nessa EC foi definido que, a partir

de 2004, nas ações e serviços de saúde, os estados deveriam aplicar 12% do produto da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%. Para a União, deveria ser aplicado, em 2000, 5% a mais que em 1999, e, daí em diante, o valor do ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Ainda que essa conquista tenha sido fruto da luta pela qualidade da saúde pública, a EC 29 deixou em aberto, no que diz respeito aos gastos federais, a origem dos recursos.

Em 2015, essa regra havia mudado para a União pela EC-86/2015<sup>11</sup>, que fixou o piso em 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), que seria atingido de forma escalonada até 2020. A partir de então, o percentual foi alterado para 13,2%, aumentando paulatinamente até alcançar 15%. Para Mendes e Carnut (2018, p. 113), “observa-se uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS [Ministério da Saúde] já em 2016”.

Desde 2016, com a tomada de assalto da presidência da república por Michel Temer, estamos sob um golpe de Estado de novo tipo, que tem em seu cerne o aprofundamento do ajuste fiscal, chamado de NRF, “o qual sinaliza ao mercado um ambiente de negócios que assegura ‘trabalhos livres como pássaros’ para aceitarem qualquer trabalho precarizado; e assegurar o saque ao fundo público, como um suporte imprescindível para o grande capital” (Behring; Cislighi; e Souza, 2020, p. 105). A partir de então, ocorre um agravamento no processo de contrarreforma na política de saúde, várias iniciativas são tomadas no sentido da regressividade, entre as quais se destaca a aprovação da EC-95/2016 conhecida por Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Teto dos Gastos Públicos, que institui o NRF, congelando os gastos primários (como saúde e educação) do governo federal por 20 (vinte) anos fazendo com que sejam corrigidos apenas pela variação da inflação do ano anterior e preserva a dívida pública. Dessa forma, libera a apropriação do fundo público pelo capital portador de juros e pelos especuladores, aumentando as incertezas referentes ao financiamento da saúde e educação no país. Acarreta uma redução drástica dos gastos com a saúde e a educação, havendo grande impacto sobre o segmento mais pobre da população e o estímulo à privatização dos serviços.

---

11EC-86/2015 - As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde. É obrigatória a execução orçamentária e financeira em montante correspondente a 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior.

Nestes termos, Mendes e Carnut (2020) afirmam que “o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento, “a conta-gotas” das tentativas de construção de nosso sistema universal” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 26).

O processo de contrarreforma na política de saúde se baseia em orientações de organismos multilaterais, como Banco Mundial (BM), Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). Esses organismos, ao longo do tempo, recomendam a ampliação do setor privado no SUS e a diminuição do gasto público estatal com a saúde (SILVA, 2017). Objetivam fomentar e promover políticas de combate à pobreza e extrema pobreza, com propostas voltadas a focalização do atendimento; numa política de saúde voltada ao atendimento dos mais pobres, rompendo com o princípio da universalização do acesso previsto na CF/88; com a contratação de mão de obra em vínculos de trabalho precários, com carga horária extensa e mal remunerada; e com a desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil, dentre outras. Nesse sentido, as contrarreformas na política de saúde seguem as tendências de assistencialização e de mercantilização dos serviços, possibilitando uma profunda precarização das relações de trabalho, e rompendo com a perspectiva da política de saúde prevista na CF/88.

O projeto neoliberal, fundamentado na racionalidade instrumental dominante do capitalismo contemporâneo, orienta as drásticas reduções dos investimentos públicos, bem como atua no desmonte das políticas sociais já conquistados na seguridade social. Desse modo, segundo Soares (2010, p.41-42):

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.

Associado ao 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 de uma suposta *modernização* do SUS.

No governo FHC como parte do Programa Nacional de Publicização, aderindo as Parcerias Público-Privadas (PPP), foram criadas as OSs, através da Lei Nº 9.637/98 para a gestão de políticas sociais, incluída a de saúde. Essa iniciativa trouxe consequências nefastas para a gestão de políticas sociais nos setores da saúde, educação e ciência e tecnologia.

Nos anos 2000, com o advir do governo do Partido dos Trabalhadores (PT), esse processo de criação e ampliação das PPPs, tem continuidade, através das OSs, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)s, das Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP)s e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada no governo Dilma Rousseff, através da Lei Nº 12.550/11, introduzindo a lógica gerencial e a existência de diferentes vínculos dos trabalhadores do Hospital Universitário (HU), o que tem propiciado contradições para os que são de Regime Jurídico Único e os que são contratados sob regime da nova legislação trabalhista; ainda no governo Dilma foi sancionada a Lei Nº 13.097/2015 que abre o capital estrangeiro para a saúde<sup>12</sup>.

Nos governos petistas, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Vânia Rousseff (2003-2016), houve uma importante distribuição funcional da renda no Brasil, mas se continuou submisso aos interesses do capital rentista, mantendo o desmonte das políticas sociais, com destaque na política de saúde. Na gestão de Lula, foram aprovados os novos modelos de gestão: a OSCIP, e a FEDP 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.

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 Medida Provisória (MP) 656/14 que permite a entrada do capital estrangeiro para financiar a saúde.

Sobre a implantação das EBSEH, para Silva (2013, p. 54):

---

<sup>12</sup>Essa lei afronta à CF/88, que, no § 3º do seu artigo 199, assegura “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei”. A Lei Nº 8.080/90 previa, como exceções a essa interdição, as doações de organismos internacionais e o financiamento de serviços de saúde, sem finalidade lucrativa, destinados aos empregados de empresas estrangeiras instaladas no país.

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.

Com o golpe institucional contra a presidenta Dilma Rousseff, o ajuste fiscal se aprofundou, a principal expressão desse processo foi a aprovação da EC-95, que vai em direção oposta a EC-29 e a EC-86 que estabeleciam tetos base para todo o gasto primário, e se orientavam na perspectiva do crescimento dos recursos, enquanto que a EC-95, estabelece um teto, limitando o volume de recursos a ser investido na política de saúde. Se houve um ganho em 2017 com a antecipação do piso de 15% da RCL, a partir de 2018, a nova regra de cálculo desvincula o piso tanto da variação nominal do PIB (EC-29) quanto da RCL (EC-86). De 2018 em diante, o valor mínimo aplicado será equivalente ao piso do ano anterior corrigido apenas pela inflação, sem qualquer ganho real e com queda per capita.

Segundo estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), por meio da Nota Técnica 28, elaborada por Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides (2016), informa que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em R\$ 654 bilhões de reais, em 20 anos, em um cenário conservador (crescimento do PIB de 2% ao ano). Com estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja, quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a saúde.

No governo Michel Temer, além da aprovação da EC-95/2016, Conforme Silva (2017), a política de saúde foi alvo de:

1) mudanças na forma de financiamento do SUS, através da portaria Nº 3.992/2017 [...]. No lugar dos 06 (seis) blocos, foram criadas duas categorias de repasse: custeio e capital, possibilitando aos gestores públicos uma flexibilização para alocar os recursos no contexto da restrição orçamentária e financeira; 2) na política de saúde mental, também são apresentadas mudanças significativas que se contrapõem a Reforma Psiquiátrica (RP), que vem sendo construída no Brasil, desde a década de 1980. [...] conjunto de medidas que apontam graves retrocessos neste setor; 3) na Política de Atenção Básica, através da Portaria Nº 2436/17, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS. [...] Há mudanças também na forma de financiamento, que poderão ser realizados para equipes de atenção básica menores ou fora do antigo padrão. [...] e 4) a criação dos Planos Populares ou Acessíveis de Saúde, [...]. Essa proposta é apresentada com imensas restrições de cobertura, pretende acabar com o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde e permite reajustes para idosos (p. 28-29).

Além da redução do tamanho do SUS e do seu financiamento, podemos constatar, ainda no governo Temer, a articulação efetiva com o setor empresarial de saúde. O documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, objetiva construir um novo sistema de saúde para o Brasil e defende a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços (BRAVO e PELAEZ, 2020).

Destaca-se ainda, dentre os ataques à saúde, a MP 839/2018, que estabelece subsídios fiscais de R\$ 9,58 bilhões ao óleo diesel como forma de pôr fim à greve dos caminhoneiros que paralisou o país no final de maio de 2018. Segundo Bravo e Pelaez (2020), a desoneração e conseqüente abdicação do recolhimento de recursos da Cofins, em especial, trará impacto direto para o financiamento da política de saúde e prestação dos serviços, por se tratar de uma das contribuições basilares para o financiamento da SS. Além disso, a política de saúde teve seu orçamento reduzido em R\$ 179 milhões, valor que seria destinado inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de mais uma medida que favorece o capital, na disputa pelo fundo público.

Em se tratando do governo Bolsonaro, é notória a defesa da privatização em geral, sob o discurso *falacioso* de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas. A política de saúde esteve presente, em proposta do Ministro da Economia, Paulo Guedes - criar um voucher para saúde e educação -, publicada em reportagem da Folha de São Paulo, em janeiro de 2019. O voucher funcionaria como um vale saúde, a ser utilizados pelos usuários do SUS em empresas privadas, em troca da prestação de serviços básicos nessas áreas. Desse modo, o Estado ficaria desobrigado de ter a estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado. Isto é, repassa para o setor privado a atribuição do Estado de prestação dos serviços e ações de saúde e aumenta o risco de consultas e exames desnecessários.

Nos dias atuais, frente ao governo ultraneoliberal<sup>13</sup> que se instalou no Brasil no ano de 2019, “as perdas de financiamento federal do SUS a partir de 2018 recorrentes da EC-95/2016 estão estimadas em R\$ 22,5 bilhões” (SANTOS; FUNCIA, 2020, p. 08). O prejuízo que a EC-95/2016 está causando para a saúde coletiva no Brasil pode ser evidenciado pelos seguintes motivos, conforme apontam Santos e Funcia (2020, p.9):

a) gastos crescentes decorrentes da incorporação do desenvolvimento técnico e tecnológico do setor saúde – a redução de recursos dificulta a necessária modernização da saúde pública, cuja defasagem tende a prejudicar a todos, mas principalmente a maioria que depende exclusivamente do SUS para a assistência à saúde; b) a redução das despesas sociais como decorrência do teto de despesas primárias fixado nos níveis de 2016, condiciona negativamente o atendimento das necessidades da população em outros setores que trazem prejuízos para a saúde da população, como saneamento básico, habitação, transportes, dentre outros; e c) o estabelecimento do teto de despesas primárias no contexto da recessão econômica, representa uma espécie de retroalimentação para o baixo nível de atividade econômica, o que causa desemprego e queda de renda da maioria da população, o que deteriora as condições de saúde da população.

A política de saúde no governo de Jair Bolsonaro além de seguir o NRF é marcada pelo discurso de “fortalecer” a atenção primária de saúde. Em maio de 2019, foi lançado o programa Saúde na Hora, que aumenta o repasse mensal de recursos para os municípios que ampliarem o horário de funcionamento das unidades de saúde. Houve o reordenamento do Programa Mais Médicos - o Médicos pelo Brasil -, o programa foi aprovado em dezembro de 2019 e sua operacionalização ocorreu no ano de 2020. Portanto, o desfinanciamento e a política de austeridade implantada no Brasil, resulta na destruição de direitos das políticas sociais, especialmente na política de saúde.

Diante de um governo ultraneoliberal, e seguindo o discurso de que “a crise é do Estado e é necessário que ‘cada um faça sua parte’ no processo de socialização dos seus custos, foi aprovada a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil (PPB), estabelecendo o novo modelo de alocação dos recursos federais da ABS no âmbito do SUS. A partir desta, o financiamento federal de custeio da ABS será constituído por: I - capitação ponderada; II - pagamento

---

<sup>13</sup>Entende-se por ultraneoliberalismo o aprofundamento do neoliberalismo, que se implementa por meio de governos neofascitantes ou ultraconservadores em regimes caracterizados por DEMIER (2017) de democráticos blindados.

por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas. Embora aprovada no ano de 2019, esse novo modelo passou a vigorar no ano de 2021.

Frente aos documentos do BM, em 2019, o documento intitulado “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” traz como uma de suas premissas que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual do gasto público, como se não houvesse necessidade de maior financiamento ou de revogação da EC-95. Além disso, o documento defende a cobertura universal de saúde, em substituição ao termo universalidade como princípio do SUS, e deixa claro, a cada recomendação, a concepção de cobertura universal como um pacote básico de serviços e estratégia de focalização, afastando a perspectiva da atenção básica ampla de acesso universal (BRAVO e PELAEZ, 2020).

Faz-se necessário esclarecer que, mesmo com a existência da pandemia da COVID-19 desde março de 2020, não houve recuo na agenda ultraneoliberal, que combinada à crise sanitária, vem tendo resultados catastróficos<sup>14</sup>, assumindo um perfil de genocídio em massa e que atinge, sobretudo a classe trabalhadora em seus setores mais empobrecidos, a partir de um discurso que submete a defesa da vida à economia.

Frente a esse processo de desmonte (subfinanciamento/desfinanciamento) na política de saúde, é notório que a parte do fundo público que se destina a política de saúde tem sido cada vez menor diante dos suportes ao capital, especialmente para o capital portador de juros. Com o intuito de favorecer o mercado financeiro e privado, a saúde é tida como uma mercadoria devendo, portanto, 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.

Nesse sentido, se faz necessário a revogação da EC-95 e a retomada do investimento social, o qual, em verdade, já está assegurado na CF/88 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 esses direitos sejam assegurados com absoluta prioridade, é fundamental a defesa da saúde pública e do SUS de caráter

---

<sup>14</sup>No momento, em 20/11/2021, o Brasil contabiliza 612.370 mortes por COVID-19.

público e estatal, por meio da articulação e mobilização de movimentos sociais, sindicais e partidos políticos.

Feito o resgate desses elementos, no próximo capítulo faremos uma análise desse processo na configuração do fundo público no município de Campina Grande-PB, através da relação público x privado.

#### **4. 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.

##### **4.1. 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 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 km<sup>2</sup>, 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).

Campina Grande é uma cidade conhecida pelo seu sistema educacional, possui atualmente (21) vinte e uma universidades e faculdades, sendo duas delas públicas. Além do ensino superior, o município se destaca também em centros de capacitação para o nível médio e técnico. O município sedia diversas atividades culturais, destacando-se os festejos de São João, que acontecem durante todo o mês de junho, conhecido mundialmente como “O Maior São João do Mundo”. No tocante a prestação de serviços, Campina Grande é um importante centro econômico, especialmente para as cidades que fazem parte do compartilhamento da Borborema. Na agricultura, destaca-se o algodão herbáceo, feijão, mandioca, milho, além de outros produtos de natureza hortifrutigranjeira. A pecuária atua em função da bacia leiteira, com usina de pasteurização do município.

A cidade de Campina Grande possui um sistema rodoviário - Terminal Rodoviário Argemiro de Figueiredo -, que possibilita sua integração com as capitais, principais centros do Nordeste e demais cidades do Estado e da Região. O sistema de transportes urbanos da cidade é gerenciado pela Superintendência de Trânsito e Transportes Públicos (STTP), autarquia municipal de direito público, com autonomia administrativa e financeira. O sistema de transporte aeroviário dispõe de Aeroporto Presidente João Suassuna, com pista de 1.600m de extensão por 45m de largura. Opera com tráfegos regular e não regular, conta com voos diários, interligando a cidade aos mais diversos centros e capitais do país. Dispõe também do Aeroclube de Campina Grande, localizado no Distrito de São José da Mata, que opera com aviões de pequeno porte, nas atividades comerciais e de lazer (PMS, 2018).

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).

#### **4.2. 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 munícipes 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 detalhes (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).

O Bloco que tange sobre 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; implantar a vigilância de doenças crônicas

não transmissíveis; implementar a vigilância de agravos não transmissíveis (acidentes e violência); realizar ações de controle dos fatores biológicos (reservatórios, hospedeiros e vetores) na transmissão de zoonoses; realizar ações de controle de animais peçonhentos; coordenar as ações preventivas e controle da tuberculose, hanseníase, hepatites virais, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis; coordenar as ações necessárias para o controle das doenças imunopreveníveis do Programa Nacional de Imunização (PNI); manter a erradicação da poliomielite; implementar ações de controle de zoonoses; estabelecer um grupo técnico para implantação do monitoramento e avaliação sistemática dos indicadores de vigilância em saúde; manter fluxos permanente de informações epidemiológicas para as unidades de saúde, programas de saúde e público em geral, elaborando para tanto, boletim periódico em suporte informatizado; e implementar a atenção integral a 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 (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2016).

O Bloco da Assistência Farmacêutica tem por diretriz a garantia de assistência farmacêutica no âmbito do SUS (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2016). E, por último, o bloco que trata de Gestão, tendo 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 (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 MS<sup>15</sup>.

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 Livre<sup>16</sup> -, 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 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,

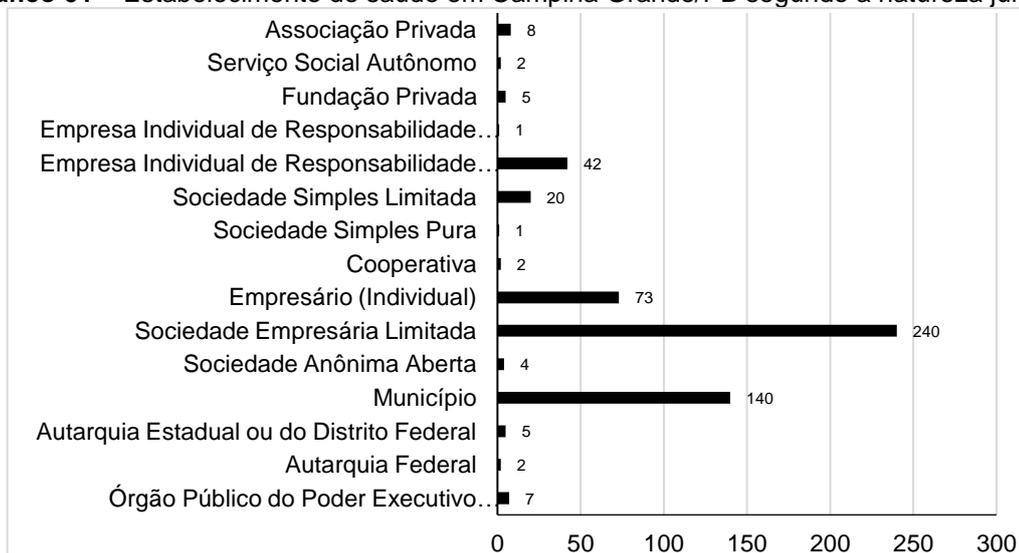
---

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

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

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.

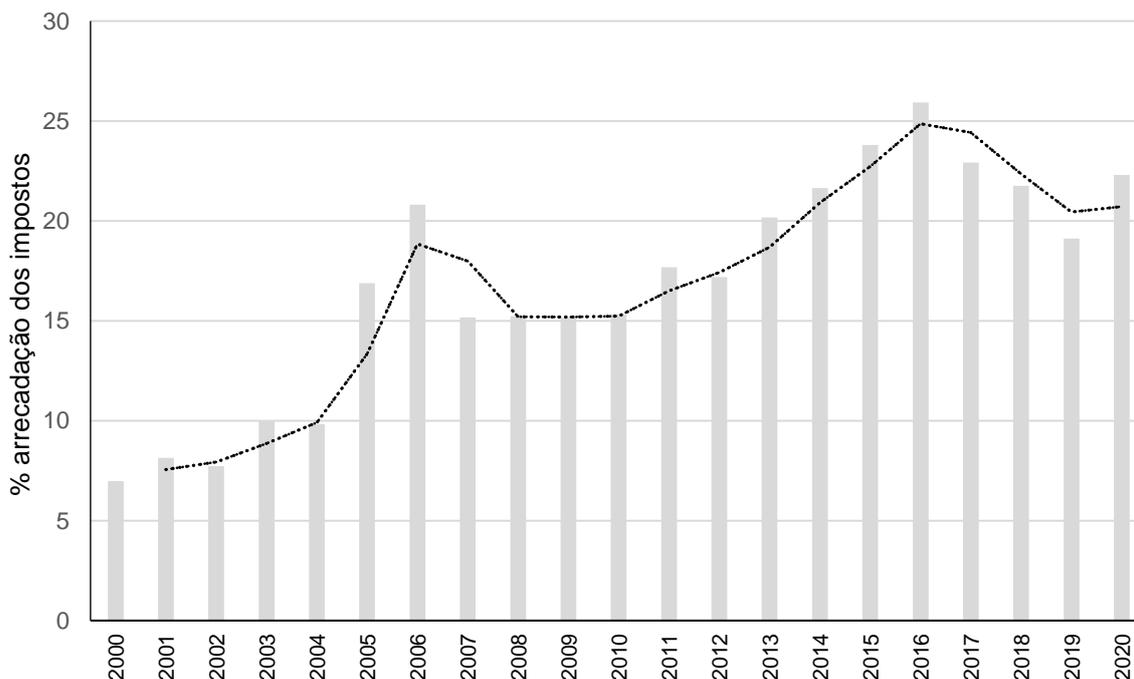
O município conta ainda com um laboratório municipal com capacidade de realizar cerca de 50% da demanda para exames de patologia clínica, e contratualizados por meio de contratos de gestão com laboratórios privados e hospitais no atendimento de emergência, que realizam os demais 50% que formam a rede 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 Previne 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.

### **4.3. AS INFLEXÕES DO FUNDO PÚBLICO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB NOS ANOS DE 2016-2020**

Inicialmente apresentamos uma caracterização histórica dos principais estabelecimentos privados de saúde existentes no município de Campina Grande. Essa caracterização é necessária para entendermos como ocorreu a consolidação dos serviços privados no âmbito municipal.

#### **4.3.1 PRINCIPAIS ESTABELECIMENTOS PRIVADOS E FILANTRÓPICOS DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE/PB: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA**

A CLIPSI<sup>17</sup>, 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

---

<sup>17</sup>Disponível 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.

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 FAP<sup>18</sup>, 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”<sup>19</sup>, foi plantada a semente da criação de um hospital. Em 07 de setembro de 1932, foi criado o 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

---

18Disponível em: <<https://www.hospitaldafap.org.br/>>. Acesso em: 14 Out. 2021.

19Disponível em: <<http://cgretalhos.blogspot.com/2013/02/o-hospital-pedro-i.html#.YaUr9IXMKM8>>. Acesso em: 14 Out. 2021.

a ser ameaçado o seu funcionamento, porém, hoje conta com ampliação de leitos e bons equipamentos hospitalares.

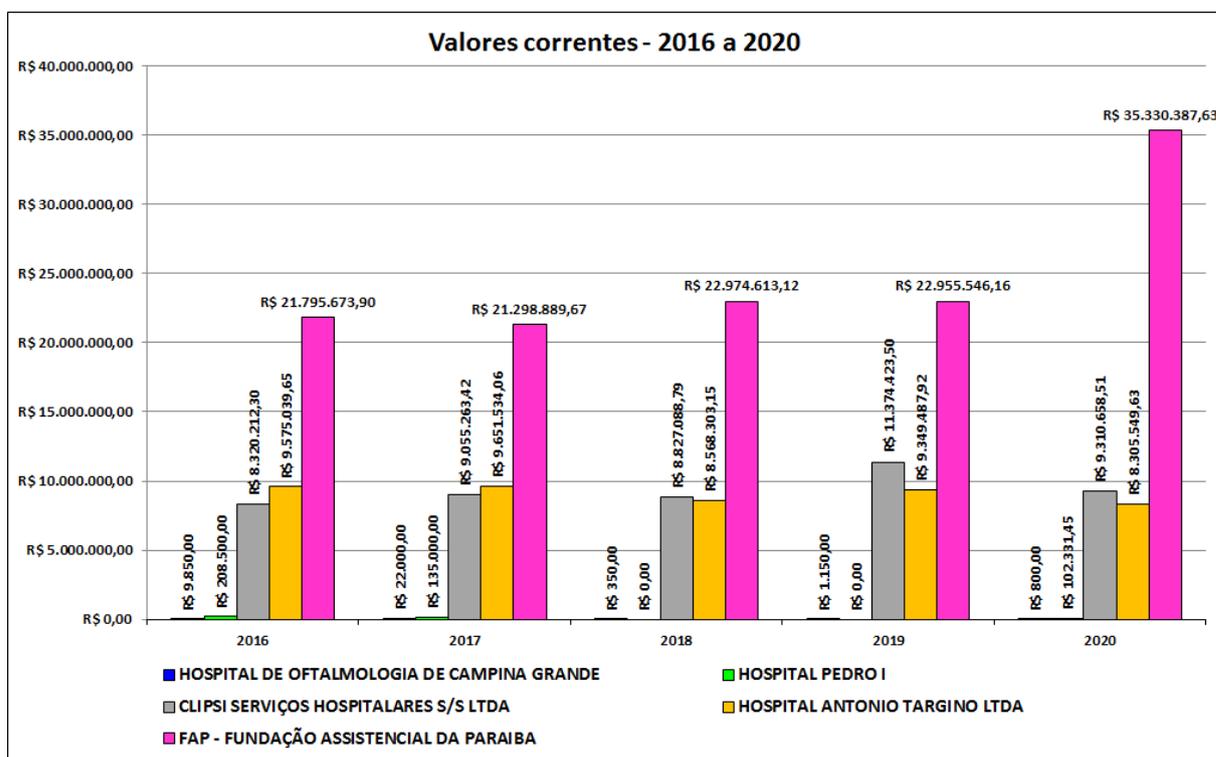
O Hospital Antônio Targino foi fundado no ano de 1967. Como “sonho” de um estudante de medicina, Dr. José Targino da Silva, então concluinte de Residência em Ortopedia em São Paulo/SP, tinha o objetivo de constituir uma Instituição de Saúde no município de Campina Grande/PB. No decorrer da residência 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*”.

#### **4.3.2 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 Grande no período de 2016-2020

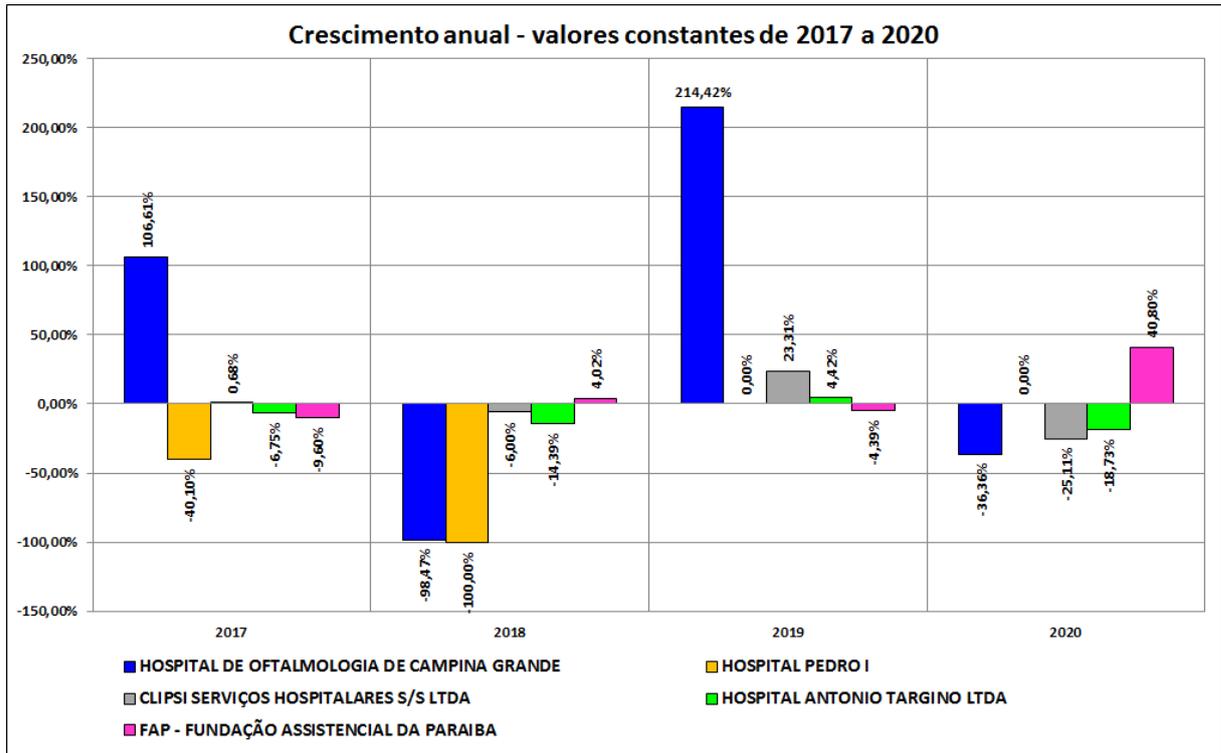


Fonte: SAGRES Online – TCE/PB, 2021.

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.

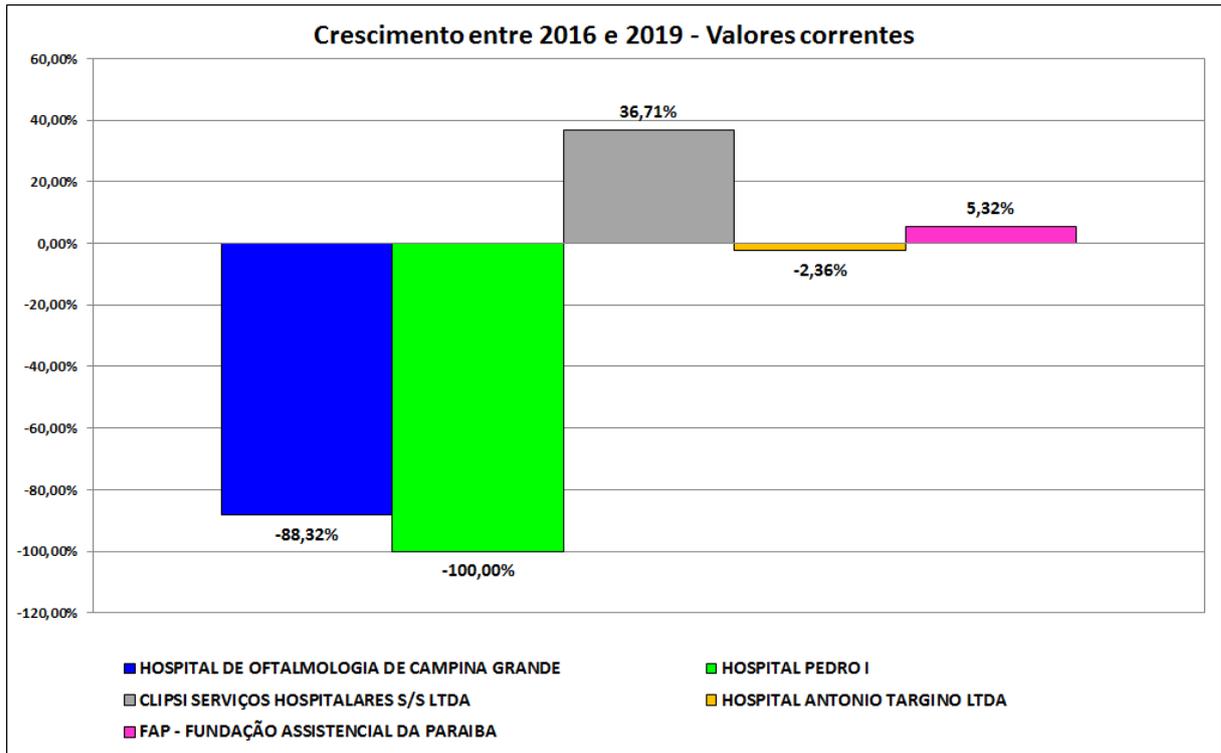
Diante da inflação anual, se faz necessário deflacionar esses dados (reais), após deflacionados, eles se classificam como valores constantes, que nos levam a resultados divergentes ao ilustrado no gráfico acima, conforme o gráfico a seguir aponta o Hospital de Oftalmologia de Campina Grande a frente 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



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

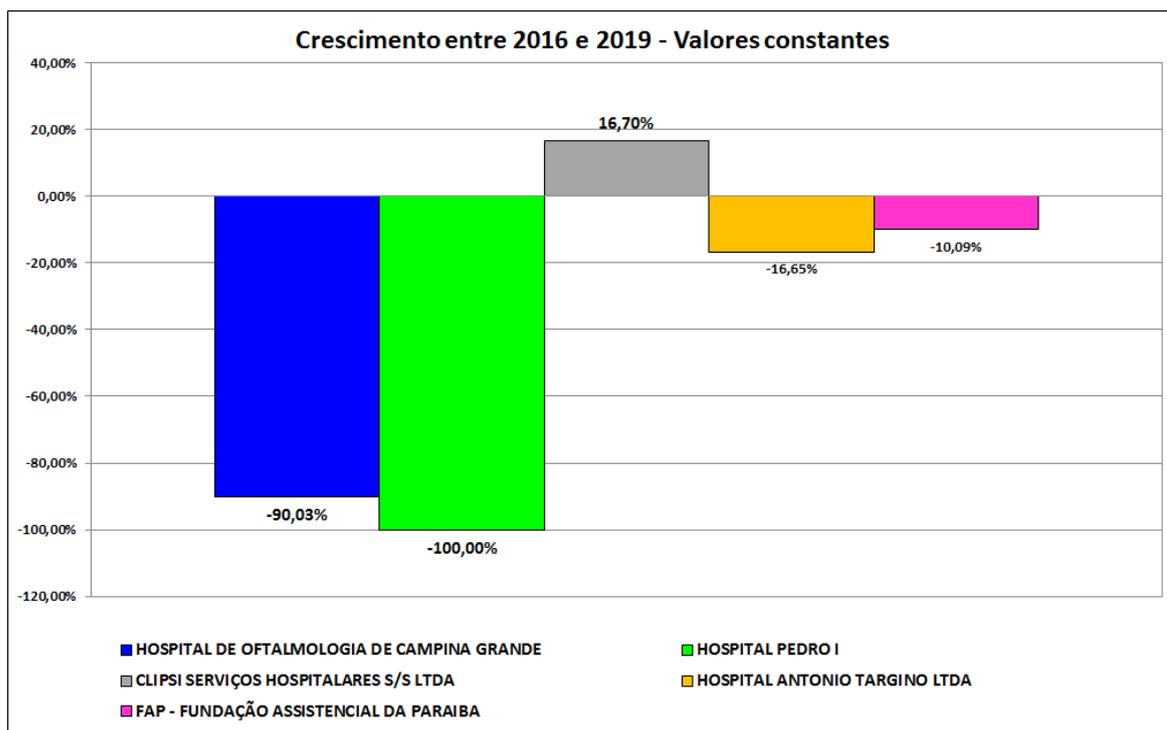


**Fonte:** SAGRES Online – TCE/PB, 2021.

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)**

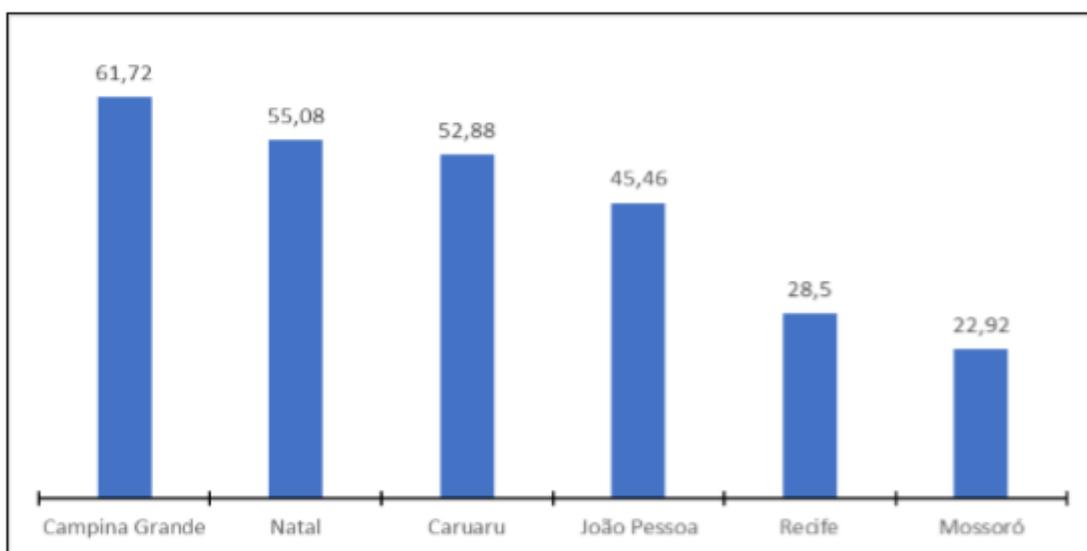
Estabelecimento	Serviços ofertado
<b>FAP</b>	Atenção à Doença Renal Crônica; Cirurgia Vascular; Medicina Nuclear (Serviço Terceirizado) Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento; Serviço de Atenção em Saúde Bucal; Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico; Serviço de Diagnóstico por Anatomia 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.
<b>Antônio Targino</b>	Ambulatorial; Internação; Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia; e Serviço de Urgência.
<b>Clipsi</b>	Ambulatorial; Internação; Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia; e Serviço de Urgência.
<b>Pedro I</b>	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 podermos observar na tabela a seguir:

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

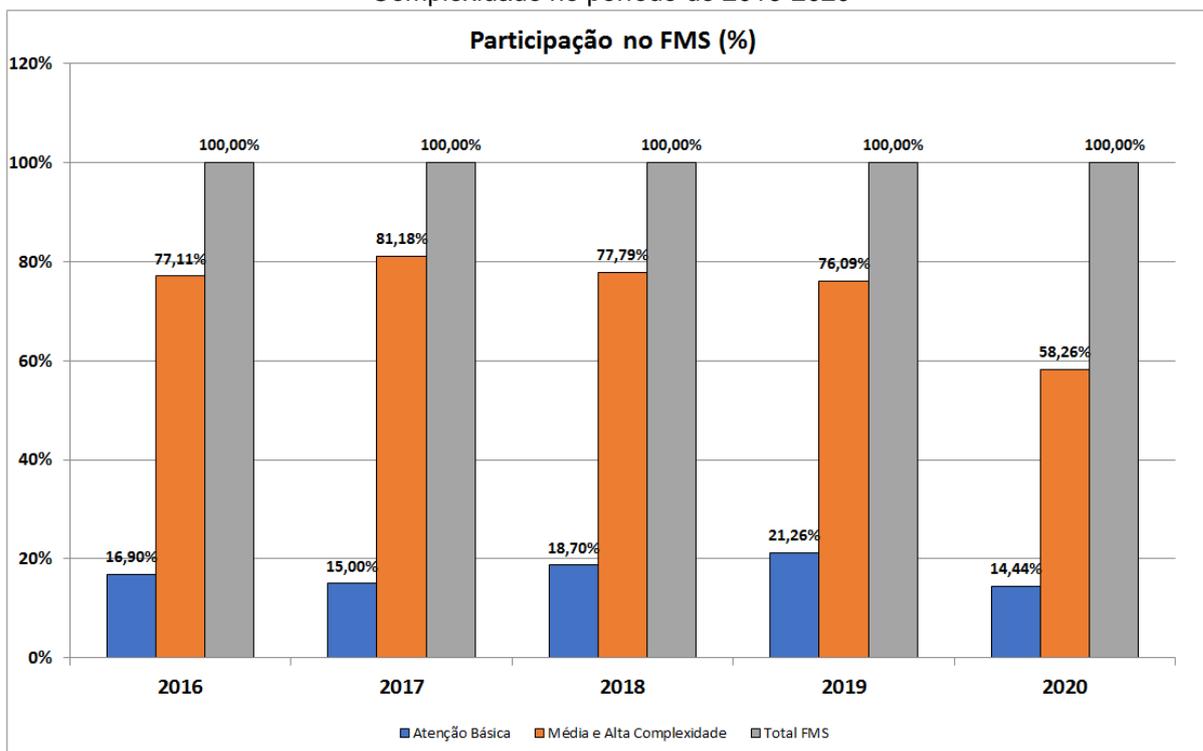
Ano	Nº Equipes Saúde da Família	Cobertura ESF	Cobertura Atenção Básica	Número de Agentes Comunitários de Saúde	Cobertura Agentes Comunitários de Saúde
2015	101	86,48%	96,94%	587	83,77%
2016	101	86,02%	97,41%	588	83,47%
2017	100	84,61%	98,96%	549	77,42%
2018	101	85,04%	100%	583	81,70%
2019	104	88,06%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

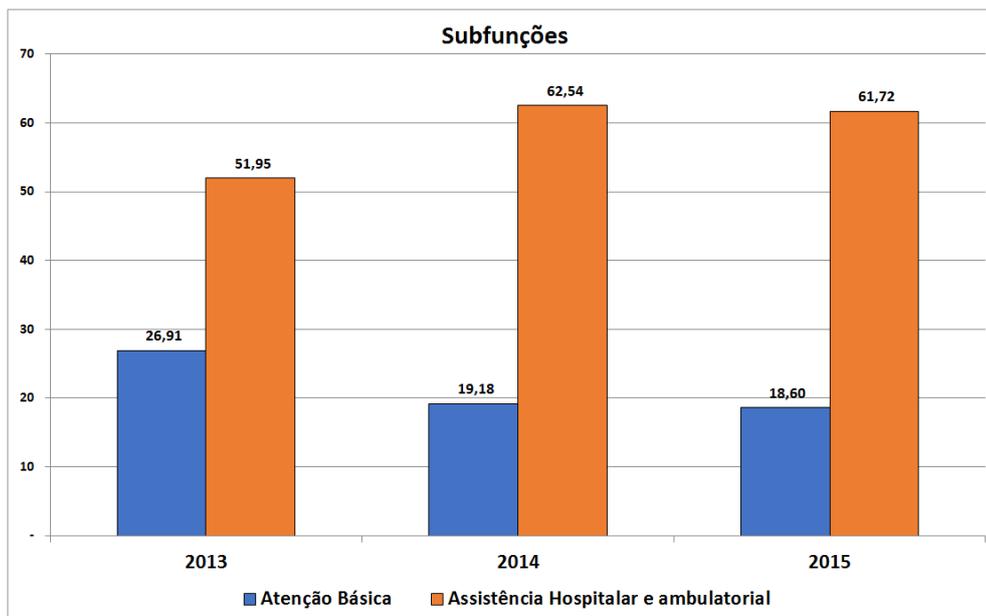
**Gráfico 08:** Participação no FMS (%) de Campina Grande/PB para Atenção Básica e Média e Alta Complexidade no período de 2016-2020



**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 Previnha 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.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve por objetivo analisar o fundo público, verificar de que forma ele se constitui, e como este é repassado para os serviços de saúde no município de Campina Grande/PB. 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.

## 6. REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Boitempo Editorial, 3ª. edição, São Paulo.2000.

BARROSO, Aloísio Sérgio; SOUZA, Renildo. A grande crise capitalista global 2007-2013: gênese, conexões e tendências. In: FILGUEIRAS, L.; OLIVEIRA, E. **A crise econômica mundial do capitalismo**. (P. 77-97). (Orgs.)

1. ed. São Paulo: Anita Garibaldi: Fundação Maurício Gabrois, 2013.

\_\_\_\_\_. A grande crise capitalista global 2007-2013: gênese, conexões e tendências. In: BALANCO, Paulo. **Crise geral e crise financeira no capitalismo contemporâneo**. (P. 99-116). (Orgs.)

1. ed. São Paulo: Anita Garibaldi: Fundação Maurício Gabrois, 2013

BEHRING, Elaine. Política social: notas sobre o presente e o futuro. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Org.). **Política social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: UnB, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004. P. 161-80.

\_\_\_\_\_. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Fundo Público, valor e política social**. São Paulo: Cortez, 2021.

BOSCHETTI, Ivanete. Expropriação e direitos no capitalismo. (Org.). – São Paulo: Cortez, 2018.

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.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: MARE, 1995.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA GM Nº 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017**. Altera a Portaria de Consolidação Nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde no Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília, 2017.

BRAZ, Marcelo. **Capitalismo, crise e lutas de classes contemporâneas: questões e polêmicas**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.111, p. 468-492, jul./set. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *SER Social. Estado, democracia e saúde*. Brasília, v. 22, n.46, jan./jun. de 2020.

BRETTAS, Tatiana. *Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil Rio de Janeiro: Consequência*, 2020.

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.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. **Crise Econômica Atual e seus impactos para a organização da classe trabalhadora**. *Revista Aurora*, ano IV, número 6 – Agosto de 2010. ISSN: 1982-8004.

CASTELO, Rodrigo. *O social-liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal*. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CHESNAIS, F. Mundialização: o capital no comando. Publicado em **Les Temps Modernes**, 607, 2000 e reproduzido em português com a permissão do autor e da revista. Trad. Ruy Braga.

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, 2005.

CRUZ, M. V. **O consenso de Washington e suas reformas para a América Latina**. PUC-RJ: Rio de Janeiro, 2004.

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, (P. 75-95).

FONTES, Virgínia. A transformação dos meios de existência em capital – expropriações, mercado e propriedade. In BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Expropriação e Direitos no Capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018. Cap. 1, p. 17-61.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

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.

LENIN, Vladimir. **Imperialismo, estágio superior do capitalismo**. 1ª edição. São Paulo: Expressão popular, 2012.

MACÁRIO, Epitácio. Dimensões da crise brasileira: dependência, trabalho e fundo público. (Org.). CARCANHOLO, Marcelo Dias. **A crise do capitalismo dependente brasileiro**. (P. 23-55). 1. ed. – Fortaleza: EdUECE; Bauru: canal 6, 2018.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital: os fatos e a sua interpretação marxista**. Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1990.

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.

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

\_\_\_\_\_.; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, p. 1105-1119, 2018.

\_\_\_\_\_.; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**. Brasília, v. 22, n. 46, jan./jun. 2020.

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.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. et. Al. (Orgs.) **Hegemonia às avessas**. São Paulo: Boitempo, 2007.

REIS, Vilma. **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-contr-a-cortes-na-saude-para-subsidiar-o-diesel/34448/>. Acesso em: 02 jul. 2018.

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.

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

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. R. Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. Mai. 2020. Disponível em <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020> . Acesso em: 26 mai. 2020.

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.

\_\_\_\_\_. A Contrarreforma na Política de Saúde e a Função dos Intelectuais Coletivos. 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, (P. 23-51).

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.

<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-mil-habitantes.ghtml>  
Acesso em: 04 out. 2021.