

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

AIONE MARIA DA COSTA SOUSA

**O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE EM
MOSSORÓ-RN: as contradições para a efetivação da
universalidade**

**RECIFE-PE
2013**

AIONE MARIA DA COSTA SOUSA

**O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE EM
MOSSORÓ-RN: as contradições para a efetivação da
universalidade**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Gomes de Lucena

**RECIFE-PE
2013**

AIONE MARIA DA COSTA SOUSA

**O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE EM MOSSORÓ-
RN: as contradições para a efetivação da universalidade.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Maria de Fátima Gomes de Lucena
Deptº de Serviço Social, UFPE (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a. Ana Cristina de Souza Vieira
Deptº de Serviço Social, UFPE

Prof.^a Dr.^a Juliane Feix Peruzzo
Deptº de Serviço Social, UFPE

Prof.^a Dr.^a Maria Valéria Correia
Deptº de Serviço Social, UFAL

Prof.^a Dr.^a Telma Gurgel da Silva
Deptº de Serviço Social, UERN

Prof.^a Dr.^a Edelweis Falcão de Oliveira
Deptº de Serviço Social, UFPE

Prof.^a Dr.^a Iris Maria de Oliveira
Deptº de Serviço Social, UFRN

*A tod@s que defendem um mundo melhor
A tod@s que defendem o SUS público,
estatal e de qualidade.
A tod@s que lutam contra a exploração,
desigualdade e injustiça.
A tod@s que se mobilizam no mundo
inteiro e lutam pela emancipação humana.
À Frente Nacional Contra a Privatização da
Saúde.*

AGRADECIMENTOS

A Amós Teixeira, por todo amor, carinho e compreensão durante essa fase de ausência na nossa vida cotidiana.

A Fátima Lucena, uma dedicação especial, pela orientação, paciência e competência profissional.

As professoras e funcionárias da Faculdade de Serviço Social da UERN, especialmente Telma Gurgel e Iana Vasconcelos.

As professoras, funcionárias e colegas da Pós-graduação em Serviço Social da UFPE.

Enfim, aos meus familiares, amigos e amigas e todas as pessoas que de alguma forma contribuíram com a concretização dessa tese.

“Privatizaram sua vida, seu trabalho, sua hora de amar e seu direito de pensar. É da empresa privada o seu passo em frente, seu pão e seu salário. E agora não contente querem privatizar o conhecimento, a sabedoria, o pensamento, que só à humanidade pertence”.

(Bertold Brecht)

RESUMO

Esta tese parte da afirmação de que as relações entre o público e o privado dificultam a concretização da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, tomando como campo empírico a organização da saúde na cidade de Mossoró (RN), analisaram-se as intrincadas relações entre o público e o privado nesse município, identificando-se as forças ou grupos que atuam no comando do sistema em nível local, bem como os rearranjos políticos e econômicos que têm sido impressos, no sentido de priorizar o atendimento privado em detrimento do público. Estes, por sua vez, se constituem em mecanismos de redução, retração e negação da universalidade na saúde. O principal objetivo foi analisar as relações entre os sistemas público e privado de saúde em Mossoró e as contradições no processo de concretização dessa universalidade. Neste processo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental, reunindo como material empírico, textos e documentos produzidos em nível nacional, sobre a privatização da saúde, com vista a fundamentar o estudo da realidade histórica brasileira, na qual se reproduz o sistema desigual de acesso aos bens e serviços, frutos do trabalho humano dos que produzem a riqueza do país. Também se utilizou de livros, textos e documentos que serviram de base para fundamentar o processo de construção do sistema de saúde em Mossoró. Recontando-se a história da saúde no Brasil, a tese apropriou-se de algumas categorias teóricas, tais como: o patrimonialismo e o clientelismo, retratando a dependência estrutural do país às oligarquias, que contribuem para apropriação do fundo público pelo capital. Retomando-se os caminhos da reforma sanitária brasileira, identificaram-se os confrontos do ideário inicial de um sistema de saúde público, estatal e universal, o ideário neoliberal que reduz, focaliza, mercantiliza e privatiza o sistema. Compreendendo as categorias público e privado, foi possível abordar a dualidade do sistema de saúde brasileiro e a relação que reforça uma racionalidade instrumental que mercantiliza a saúde e contribui para o descaminho do acesso universal. A partir do campo empírico, a cidade de Mossoró, foi possível analisar o processo de materialização dos serviços, sua organização e identificar as forças políticas que disputam o controle do sistema de saúde. E, nesse sentido, comprovar onde se concentram os recursos da saúde, ou seja, no setor privado, principalmente, na compra de procedimentos caros que se realizam na média e alta complexidade. Esse fato, além de impossibilitar a ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), o torna um eterno dependente dos serviços privados. Portanto, essa forma de organização da saúde no Brasil distancia-se cada vez mais da concretização da universalidade.

Palavras-chave: Público; Privado; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This thesis shows that the relations between the public and private becomes difficult the concretion of the achievement of universality in the Unified Health System (SUS). Thus, taking as empirical field the organization of health in the city of Mossoro (RN), were analyzed the intricate relationships between public and private in this county, identifying the forces and groups operating in the command system at the local level as well as the economic and political rearrangements that have been printed, to prioritize care in private over public. These, in turn, constitute in reduction mechanisms, retraction and denial of universality in health. The main objective was to analyze the relationship between the public and private health systems of Mossoró and contradictions in the process of achieving this universality. In this process, we performed a literature and document search gathering as empirical material, texts and documents produced at the national level, on the privatization of health care in order to support the study of Brazilian historical reality, in which reproduces unequal access system to the goods and services, fruits of human labor, from people that produce the country's wealth. Also, were used books, texts and documents that were the basis for justifying the construction process of the health system in Mossoró. Recounting the history of healthcare in Brazil, the thesis was based in some theoretical categories such as: patrimonialism and clientelism, portraying the structural dependence of the country to the oligarchies that contribute to the public fund appropriation by capital. Picking up the ways of the Brazilian health reform, was identified the initial clashes of ideals of a public health system, state-owned and universal, the neoliberal ideology that reduces, focus, commercializes and privatizes the system. Understanding the public and private categories, was possible to address the duality of the Brazilian health system and the relationship that reinforces an instrumental rationality that commercializes health and contributes to the embezzlement of universal access. From the empirical field, the city of Mossoro, it was possible to analyze the process of materialization of services, their organization and identify the political forces fighting for control of the health system. And in this sense, prove where are concentrated the health resources, in the private sector, mainly in buying of expensive procedures that are performed in medium and high complexity. This fact, in addition to preclude the extension of the Unified Health System (SUS), makes an eternal dependent on private services. Therefore, this form of organization of health in Brazil distances itself from the achievement of universality.

Keywords: Public, Private, Unified Health System

RESUMEN

Esta tesis parte de la afirmación de que las relaciones entre el sector público y privado obstaculizan el logro de la universalidad en el Sistema Único de Salud (SUS). Así, tomando como espacio empírico la organización de la salud en la ciudad de Mossoró, se analizaron las intrincadas relaciones entre lo público y privado en este municipio, la identificación de las fuerzas y de los grupos que operan en el sistema de mando a nivel local, así como los reordenamientos políticos y económicos que se han imprimido para priorizar la atención en privado por encima del público. Estos, a su vez, constituyen mecanismos de reducción de la retracción y la negación de la universalidad de la salud. El objetivo principal fue analizar la relación entre los sistemas públicos y privados de salud en Mossoró y las contradicciones en el proceso de lograr esa universalidad. En este proceso, se realizó una investigación bibliográfica y recopilación de documentos como material empírico, textos y documentos producidos a nivel nacional, sobre la privatización de la atención médica a fin de apoyar el estudio de la realidad histórica brasileña, en la que el sistema reproduce la desigualdad de acceso a los bienes y servicios, los frutos del trabajo humano que produce la riqueza del país. También la utilización de libros, textos y documentos que sirvieron de base para justificar el proceso de construcción del sistema de salud en Mossoró. Haciendo un recuento de la historia de la salud en Brasil, la tesis consignó algunas categorías teóricas como: el patrimonialismo y el clientelismo, retratando la dependencia estructural del país a las oligarquías que contribuyeron a la apropiación de fondos públicos por parte del capital. Retomando el camino de la reforma de salud en Brasil, se identificó a los enfrentamientos iniciales de los ideales de un sistema de salud público, estatal y universal con la ideología neoliberal que reduce, focaliza, comercializa y privatiza el sistema. Entendiendo las categorías de público y privado, se aborda la dualidad del sistema de salud de Brasil y la relación que refuerza una racionalidad instrumental que comercializa la salud y contribuye a la malversación del acceso universal. Desde el campo empírico, la ciudad de Mossoró, fue posible analizar el proceso de construcción de los servicios, su organización e identificar las fuerzas políticas que luchan por el control del sistema de salud. En este sentido, resultan en que los recursos de la salud se concentran en el sector privado, principalmente en la compra de costosos procedimientos que se encuentran en la mediana y alta complejidad. Este hecho, además de impedir la extensión del Sistema Único de Salud (SUS), establece una dependencia permanente de los servicios privados. Por lo tanto, esta forma de organización de la salud en Brasil aleja cada vez más la concretización del logro de la universalidad de la salud.

Palabras claves: Público; Privado; Sistema Único de Salud.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACP – Ação Civil Pública

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ADITAL – Agência de Informação Frei Tito para América Latina

AHMO – Associação dos Hospitais de Mossoró

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMI – Ambulatório Materno Infantil

AMIL – Assistência Médica Internacional

AMM – Associação Médica de Mossoró

AMS – Assistência Médico Sanitária

ANS – Agência Nacional de Saúde

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APAMIM – Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância de Mossoró

ASIPERN – Associação dos Servidores do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Norte

BM – Banco Mundial

CAM – Clínica de Anestesiologia de Mossoró

CAPS– Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAP – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEPAL – Comissão Econômica das Nações Unidas para as Américas

CEOHM – Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CF – Constituição Federal

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CFS – Complexo Financeiro de Saúde

CIS – Complexo Industrial de Saúde

CMI – Complexo Médico Industrial
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRM – Conselho Regional de Medicina
CSDR – Casa de Saúde Dix-sept Rosado
CSLL – Contribuição sobre o Lucro Líquido
CSSL – Casa de Saúde Santa Luzia
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
DRU – Desvinculação de Receitas da União
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC – Emenda Constitucional
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
ESF – Estratégia Saúde da Família
FACEX – Faculdade de Ciências Cultura e Extensão
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEDP – Fundação Estatal de Direito Privado
FEF – Fundo de Estabilização Fiscal
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMI – Fundo Monetário Internacional
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FSE – Fundo Social de Emergência
FPAS – Fundo de Previdência e Assistência Social
FUNSAÚDE – Fundação Municipal de Saúde
GES – Gerência Executiva de Saúde
HCM – Hospital de Caridade de Mossoró

HDF – Hospital Duarte Filho
HICA – Hospital Infantil Cid Augusto
HMM – Hospital da Mulher de Mossoró
HPM – Hospital da Polícia Militar
HRF – Hospital Rafael Fernandes
HRTM – Hospital Regional Tarcísio Maia
HRTN – Hospital Regional Tancredo Neves
HWR – Hospital Wilson Rosado
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPMF – Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
LOS – Lei Orgânica da Saúde
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado
MP – Medida Provisória
MP – Ministério Público
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS – Ministério da Saúde
MST – Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra
NHS – Nacional Health Service
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG – Organização Não Governamental
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
OS – Organização Social
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS – Orçamento da Seguridade Social
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PDRE – Plano Diretor de Reforma do Estado

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PIB – Produto Interno Bruto

PLP – Projeto de Lei Complementar

PMS – Plano Municipal de Saúde

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

REDE UNIDA – Rede de Integração de Projetos Docentes

RG – Relatório de Gestão

RN – Rio Grande do Norte

RS – Reforma Sanitária

SAMEC – Serviço de Assistência Médica à Criança

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEGES – Secretaria de Gestão

SESAC – Semanas de Estudo sobre Saúde Comunitária

SESAP – Secretaria de Estado da Saúde Pública

SINDMED – Sindicato dos Médicos

SINDSAÚDE – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde

SINTRAPHAM – Sindicato dos Trabalhadores dos Hospitais Particulares de Mossoró

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMC – Secretaria Municipal da Cidadania

STF – Supremo Tribunal Federal

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUVISA – Subcoordenadoria de Vigilância Sanitária

ONU – Organização das Nações Unidas

OMC – Organização Mundial do Comércio

QDD – Quadro Demonstrativo de Despesa

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERN – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

UNICARDIO – Urgências Cardiológicas de Mossoró

UNICAT – Unidade Central de Agentes Terapêuticos

UNIPED – Unidade de Pediatria

UNP – Universidade Potiguar

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URSAP – Unidade Regional de Saúde Pública

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estabelecimentos de Saúde de Mossoró no ano 2009 IBGE	206
Tabela 2: Recursos do SUS aplicados por prestadores de serviço no período de 2004 a 2010	209
Tabela 3: Demonstrativo de despesas próprias com ações e serviços públicos de saúde do município de Mossoró no período de 2004 à 2010	211
Tabela 4: Demonstrativo de transferências federais e estaduais para o município e aplicação de recursos próprios com ações e serviços públicos de saúde	211
Tabela 5: Demonstrativo de transferências federais para o governo do estado do rio grande do norte e recursos próprios utilizados com ações e serviços públicos de saúde – 2004-2010 – RN	212
Tabela 6: Evolução do orçamento da saúde entre 2004/2012	213
Tabela 7: Número de Estabelecimentos segundo as esferas administrativas – Mossoró – RN 2010	213
Tabela – Tipo de Estabelecimento – Hospital Geral – Mossoró - RN	214
Tabela 9 – Tipo de Estabelecimento – Hospital Especializado	217
Tabela 10 – Mossoró - População residente entre 1970 a 2010	225

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Estabelecimentos Públicos Estatais de saúde do município de Mossoró em 2010 207

QUADRO 2: Dados referentes aos credenciamentos de Procedimentos no SUS pelo município de Mossoró – Rio Grande do Norte 252

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1 RECONTANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: porque nada será como antes	31
1.1 A constituição do sistema de saúde no contexto da formação sócio-histórica brasileira: clientelismo, patrimonialismo e apropriação do fundo público	31
1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS): do contexto de idealização ao dilema da concretização.	57
1.3 O contexto da contrarreforma neoliberal no Brasil: contradições na materialização do Sistema Único de Saúde.	65
CAPÍTULO 2. CAMINHOS E CONFRONTOS NA DIREÇÃO IDEOPOLÍTICA DO SUS: universalização <i>versus</i> focalização e privatização	85
2.1 Os caminhos da Reforma Sanitária: ideário do SUS	85
2.2 Os confrontos da Reforma Sanitária: hegemonia da racionalidade instrumental na saúde	100
2.3 O Sistema Único de Saúde entre o Estado e o Mercado: as contradições na efetivação da universalização	116
CAPÍTULO 3 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PÚBLICO E DO PRIVADO NA SAÚDE	126
3.1 Aproximações conceituais sobre os termos <i>público</i> e <i>privado</i>	126
3.2 O público e o privado na estrutura do sistema de saúde brasileiro	132
3.3 As novas modalidades de privatização da saúde: Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	149
3.3.1 Organizações Sociais	151
3.3.2 Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público	155
3.3.3 Fundações Estatais de Direito Privado	158
3.3.4 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	174

CAPÍTULO 4 A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM MOSSORÓ-RN	181
4.1 Conhecendo a cidade de Mossoró-RN	181
4.2 A Organização da Saúde em Mossoró-RN	193
4.2.1 Alguns recortes históricos iniciais para a compreensão do SUS em Mossoró	194
4.2.2 Os serviços públicos e privados de saúde em Mossoró	204
4.3 Forças/grupos políticos que têm assumido o controle da saúde em Mossoró	242
CONSIDERAÇÕES FINAIS	258
REFERÊNCIAS	264
ANEXOS	289

INTRODUÇÃO

Neste trabalho tratamos das relações público-privado na saúde em Mossoró – RN e afirmamos que tais relações dificultam e impossibilitam a concretização da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

O interesse pelo presente estudo decorreu da nossa experiência como assistente social nesta área no período de 1988 a 2002. Isto nos possibilitou a participação no processo de institucionalização do SUS no Rio Grande do Norte (RN), nas primeiras Conferências Municipais e Estaduais, na atuação e diretoria do Sindicato da Saúde do RN (SINDSAÚDE) e na primeira gestão do Conselho Municipal de Saúde de Mossoró (CMS), no período de 1992 a 1994.

Nesse sentido, a nossa inserção na saúde ocorreu no contexto da redemocratização do país, período em que se iniciava a Reforma Sanitária e que se inaugurava a nova Constituição Federal (CF), fundamentando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Desse modo, um marco que garantiu, no âmbito legal, os princípios do acesso universal, da atenção integral e participação da sociedade no controle das ações e serviços de saúde.

A partir de 2002, ingressamos na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), como professora do curso de Serviço Social, no qual mantivemos a conexão com a área da saúde por meio de ações de ensino, pesquisa e extensão, desde o acompanhamento de estudantes no estágio supervisionado, às orientações e participação em bancas examinadoras de monografias de graduação e pós-graduação, na ministração de cursos, seminários, oficinas e palestras para profissionais da área da saúde sobre temáticas referentes ao SUS.

Nesse contexto, acompanhamos a organização do Conselho Municipal de Saúde de Mossoró (CMS), que foi criado em 1991, tendo a diretoria eleita na I Conferência Municipal de Saúde. Assim, participamos dessa primeira gestão, que só foi empossada em 1992, devido às divergências políticas entre parte da diretoria eleita e gestores municipais. A entidade passou a funcionar precariamente (movida pela força de vontade dos conselheiros, a maioria vinculada ao movimento sindical e popular de esquerda); não tinha sede, nem recursos; as reuniões aconteciam em vários lugares; a documentação do CMS ficava sob a responsabilidade da secretária

(como assumimos esta função, conduzíamos tal material). Um fato curioso é que em um livro publicado em 2003, os autores João Bosco Filho e Carlos Bezerra de Lima afirmaram não haver encontrado fontes de registro da primeira gestão do CMS. No entanto, testemunhamos que foram realizadas várias reuniões e registradas em atas, assim como foi elaborado e aprovado o 1º Plano Municipal de Saúde. Além disso, também foi elaborado e aprovado o primeiro Regimento Interno do CMS e, ainda houve um processo de fiscalização dos serviços prestados pelo setor privado, que foi registrado em relatório elaborado por uma comissão do referido conselho.

O fato de termos participado deste espaço de disputa política, como também do SINDSAÚDE, permitiu-nos presenciar diversos confrontos de interesses e lutas pelo poder da condução da política de saúde local. Também nos possibilitou presenciar o posicionamento de representantes do setor privado na perspectiva de utilizar sua influência política e econômica para garantir espaços de controle e acesso aos recursos públicos, ou seja, de financiamento para as suas instituições hospitalares.

De forma geral, esse processo de mudanças, que se delineava no Brasil, em seus Estados e Municípios, despertou-nos o interesse em investigar e buscar compreender a relação entre o público e o privado na saúde, bem como as possibilidades de efetivação do acesso universal, diante dessas relações contraditórias presenciadas durante a participação das entidades de saúde de Mossoró. Nesse sentido, passamos a observar o cotidiano de prestação dos serviços, compreendendo que a institucionalização do SUS não ocorria conforme o previsto em Lei e o idealizado pelo movimento sanitário, visto que o sistema enfrentava uma extrema resistência.

Contudo, compreendíamos que tal fato não era uma especificidade das disputas localizadas na cidade de Mossoró, mas tratava-se de uma situação abrangente e parte de um processo que envolve aspectos da formação econômica, política e cultural do país, subordinada a produção capitalista internacional. Assim, o momento histórico de institucionalização do SUS foi de confronto com uma realidade em que a crise econômica do capital em nível mundial negava os direitos sociais.

O Brasil se libertava de uma ditadura que durou 20 anos. Os anseios democráticos fluíam em todos os espaços de organização da classe trabalhadora:

sindicatos, partidos de esquerda, movimentos populares e outros segmentos, na expectativa de construir uma sociedade democrática, livre e com acesso dos trabalhadores aos direitos políticos, sociais e ao controle do poder. Esse fato vai desafiar as oligarquias instaladas nos estados e municípios em cada canto do país. E em Mossoró, cidade do interior do Rio Grande do Norte- RN, os grupos oligárquicos reagiram a esse processo, no sentido de conservação do controle político e econômico.

Portanto, com a sequência de mudanças ocorridas no sistema de saúde em todo o país, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a aprovação da nova Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS), o município precisou se amoldar às exigências legais. A reação foi de embates políticos entre as frentes que dirigiam as reformas e os grupos conservadores locais, que inclusive, enfrentaram o processo de mudança mantendo-se no controle da situação.

Entre as décadas de 1980 a 2000 foram inquestionáveis as mudanças que ocorreram no sistema de saúde brasileiro, como: a descentralização, a municipalização e a ampliação dos serviços e do atendimento. No entanto, esse foi um processo que não concretizou, por completo, a reforma idealizada pelo movimento sanitário, pois as mudanças ocorreram na contracorrente histórica da crise do capital, do avanço do conservadorismo, da subordinação à política neoliberal que deram suporte à resistência e permanência das oligarquias locais preservando o predomínio do setor privado nos serviços de saúde.

Nesses termos, várias perguntas surgiram, particularmente, acerca da possibilidade de concretização da universalidade do sistema de saúde em face dessa realidade contraditória. Assim, nosso estudo se reportou a cidade de Mossoró, tomando o seguinte leque de questões:

- Como estão organizados os serviços de saúde (públicos e privados) em Mossoró?
- Que forças ou grupos políticos têm assumido o controle ou o comando desses serviços de saúde?
- Quais as alianças políticas que predominam nessa estrutura de saúde em Mossoró?

- Qual a relação entre a forma de organização e a (não)concretização da universalidade?

A nossa hipótese é a de que as relações entre o público e o privado na saúde dificultam a concretização da universalidade no SUS. Portanto, a tese levantada consiste na análise das intrincadas relações entre o público e o privado na saúde em Mossoró (RN), identificando as forças ou grupos que atuam no comando do sistema em nível local, bem como os rearranjos políticos e econômicos que têm sido impressos, no sentido de priorizar o atendimento privado em detrimento do público e que se constituem em mecanismos de redução, retração e de negação da universalidade do sistema. Para tanto, o principal objetivo foi analisar as relações entre os sistemas público e privado de saúde em Mossoró e as contradições no processo de concretização da universalidade.

Nesse sentido, iniciamos o estudo com o mapeamento das redes de serviços públicos e privados existentes no município, realizado a partir de uma pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, bem como nos Relatórios de Gestão do Município. Posteriormente buscamos identificar as forças e alianças políticas que se estabeleceram historicamente no comando dos serviços de saúde em Mossoró, através de reportagens de jornais locais, *blogs* que denunciam a situação da saúde do município; verificando, por fim, as contradições que determinaram a negação da universalidade, ou seja, examinando a situação de atendimento a saúde do município a partir de comentários e denúncias na imprensa local, ações no ministério público, dentre outras.

Na execução da pesquisa partimos do entendimento de que o processo teórico-metodológico se configura em uma construção dialética, na qual conhecimento e realidade se apresentam como componentes da construção do novo. Tomando o objeto real concreto, para nos apropriar mentalmente no nível do pensamento, partindo das categorias mais simples, que são expressões de relações, “nas quais o concreto menos desenvolvido tem podido se realizar sem haver estabelecido ainda a relação mais complexa, que se acha expressa mentalmente na categoria concreta” (MARX, 2007, p. 258). Assim, abstraído pelo pensamento, cuja intenção do sujeito é de atingir a totalidade, precisará reproduzi-lo no seu contexto real para transformá-lo em concreto pensado.

Portanto, o nosso ponto de partida foi a “apreensão da dinâmica histórica da realidade para identificar a unidade contraditória que subjaz a aparência” (cf. MOTA, 2008, p. 2) do movimento de estruturação do SUS e da compreensão das relações público/privado que se materializam no processo de organização dos serviços de saúde em Mossoró-RN, universo deste estudo.

Nesse sentido, nos apropriamos do acervo teórico e histórico de constituição da realidade brasileira e de desenvolvimento do sistema de saúde no país, culminando no processo de construção do SUS e do seu confronto com as formas de resistência de oligarquias vinculadas ao sistema privado conservador. Assim, identificamos as macrodeterminações e as mediações que nos permitiram fazer as aproximações sucessivas com a realidade da saúde construída em Mossoró, a fim de reconstruí-la no plano abstrato, relacionando os fenômenos na sua singularidade e universalidade, para poder identificar as suas particularidades.

Os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa foram o estudo bibliográfico e o documental. O processo investigativo se fundou em um movimento dialético no qual a apropriação do material teórico do estudo bibliográfico ocorreu em concomitância ao acesso ao acervo documental e com as situações expressas no âmbito do cotidiano real.

No primeiro caso, ou seja, do estudo bibliográfico, realizamos leituras de autores que têm investigado e produzido acerca da realidade brasileira e mundial, extraindo análises acerca do processo construção dos sistemas de saúde, particularmente o do Brasil, examinando as relações público/privado. Esse caminho nos levou, necessariamente, a uma reconstituição histórica da saúde e discussão de categorias que nos permitiram compreender como este sistema misto de consolidou na saúde, e no movimento de construção do SUS, que implicações e contradições foram postas e dificultaram a efetivação da universalidade.

Entendemos que a pesquisa documental pode se constituir tanto como fonte principal de construção dos dados da pesquisa, como fonte secundária, neste último caso, ela serve como complementação de dados de outras técnicas utilizadas na investigação que não foram suficientes para responder as questões. Tomamos o

estudo documental como principal fonte de coleta, além da pesquisa bibliográfica¹. Entretanto, mantivemos durante o processo investigativo, principalmente na fase de coleta de dados, vários contatos que nos direcionaram a participação em reuniões, seminários, conferências, movimentos e visitas a instituições de saúde e isto nos permitiu ter uma visão mais concreta da situação de saúde em nível nacional e local.²

Nesse sentido, incluímos como uma das técnicas de pesquisa a *observação livre*. Esta ocorreu de forma espontânea a partir do nosso olhar crítico de pesquisadora e da necessidade de complementação dos dados documentais. Triviños (1987, p. 142), afirma que cada investigação tem suas próprias características, sendo necessária a avaliação das circunstâncias e dos melhores caminhos para seguir da investigação. Segundo este autor, a *observação livre* é importante, caracteriza-se pelo destaque de um conjunto de elementos a partir das peculiaridades identificadas num processo de observação que se constitui em forma padronizada. Neste caso o pesquisador observa sem a necessidade de utilização de grade de observação, este método é muito utilizado por antropólogos e sociólogos (BANDEIRA. Sd. p. 4).

Os documentos se constituem de impressões físicas produzidas historicamente por meio de registros diversificados, que podem ser: escritos impressos (livros, revistas, relatórios, projetos, leis, atas, cartas, jornais, boletins, mapas, etc); audiovisual (desenhos, fotografias, filmes, gravações, telas); escritos eletrônicos (*sites*, *blogs*, jornais, revistas, boletins eletrônicos etc.). A investigação pode envolver a análise de várias fontes não escritas que podem ser classificadas como documentos, embora os mais comuns sejam os impressos (BELL, 2008, p.103).

Na pesquisa, incluímos os seguintes documentos como principais fontes de coleta dos dados³:

¹ Consideremos que as fontes bibliográficas também são documentais, entretanto, se diferenciam na medida em que constituem publicações resultantes de estudos teoricamente fundamentados e extremamente diversificados, os quais permeiam diferentes concepções teóricas.

² O fato de estarmos pesquisando uma temática polêmica, que faz parte do cotidiano de todas as pessoas que precisam utilizar os serviços de saúde, fez com que alguns sujeitos espontaneamente enviassem informações por *email*, ou relatassem, pessoalmente, fatos ocorridos, tanto no atendimento público como privado, nos serviços de saúde em Mossoró.

³ Estamos utilizando a classificação adotada por Silva (2012, p. 57,58).

1 - Documentos estatísticos produzidos por órgãos públicos e privados referentes à Seguridade Social/Saúde.

- Relatório Síntese das Informações do IBGE/Cidades/Mossoró-RN/2009/2010;
- Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária/2009;
- Extratos do Fundo Municipal de Saúde de Mossoró/2004/2009;
- Relatórios Síntese dos Estabelecimentos de Saúde de Mossoró – CNES/MS;
- Cadastros dos Estabelecimentos de Saúde de Mossoró – CNES/MS;
- Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária do Rio Grande do Norte (Orçamento Fiscal e da Seguridade Social) dos anos de 2004/2009;
- Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária de Mossoró/RN (Orçamento Fiscal e da Seguridade Social/Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal) dos anos de 2004/2009;
- Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios IBGE/2009 - Comentários dos indicadores de 2004/2009;

2 - Leis, Normas, Regulamentos sobre a Seguridade Social/Saúde de abrangência nacional, estadual e municipal.

- Constituição da República Federativa do Brasil/1988;
- Leis Complementares e Ordinárias da Saúde
- Decretos, Emendas Constitucionais;
- Relatórios de gestão, planos, programas e projetos (2004/2009);
- Planilhas Orçamentárias.

3 – Documentos técnicos, científicos, literários, dentre outros, sobre o tema em discussão:

- Livros, Revistas, Periódicos, Informativos, Portais virtuais;
- Boletins estatísticos, informativos, periódicos, revistas, jornais, arquivos em mídia eletrônica e digital;

- Monografias, Dissertações e Teses;
- Relatórios, Planilhas, Atas.

A análise desses documentos consistiu na busca de elementos significativos para o estudo em execução. Compreendemos esses documentos como fontes de dados brutos. A análise empreendeu um conjunto de transformações executadas a partir dos dados coletados, com a finalidade de analisar o fenômeno em estudo, que se revela de forma imediata, na aparência dos dados brutos, mas que precisa ser examinado em sua essência, como dado real, resultante de relações concretas, estabelecidas socialmente.

De acordo com Kosik (1976), o concreto se torna compreensível através da mediação do abstrato. O método do abstrato ao concreto é o da ascensão da realidade ao pensamento, do fenômeno à essência, da totalidade à contradição e da contradição à totalidade. Nesse sentido, “é a dialética da totalidade concreta, na qual se reproduz idealmente a realidade em todos os seus planos e dimensões” (KOSIK, 1976 p.36,37). Segundo este autor, Marx distinguia dois momentos no processo de pesquisa: o da investigação que compreende a apropriação dos dados e a análise do material identificando, estrutura, desenvolvimento e coerência. E o momento da exposição, ou da apropriação crítico-científica da matéria investigada (KOSIK, 1976, p. 37).

Os dados coletados e a sua análise ocorrem num processo simultâneo, não se distanciam da realidade concreta. Inicia-se pelos primeiros questionamentos, seguindo com o planejamento e execução da pesquisa, por meio da recolha dos documentos, da sua leitura inicial, que no nível da aparência e do abstrato se faz necessária a sua fragmentação e divisão por fonte de informação. Ou seja, um estudo que se faz por aproximações sucessivas do objeto. Desse modo, as etapas que se seguem não se constituem de meras formalidades, mas na busca da compreensão e da fundamentação dos elementos que no nível da aparência se mostram em fragmentos, todavia precisam ser compreendidos em sua totalidade.

A conclusão dessa análise se realiza com a apresentação crítica dos dados por meio da reflexão e produção textual da realidade apreendida, que é o concreto pensado, após todo esse caminho percorrido, que vai do abstrato ao concreto para

daí retornar ao abstrato em forma de síntese das múltiplas determinações apreendidas através das aproximações sucessivas das situações concretas. Síntese que é análise do real, o concreto pensado.

Nesse contexto, no estudo empírico priorizamos a dimensão temporal entre 2004/2010, no entanto, incluímos informações de fatos ocorridos nos anos de 2011 e 2012, em virtude de em nível local, termos como referência dois mandatos de mesma gestão na Prefeitura Municipal de Mossoró. Gestão que têm como referência o grupo político predominante de uma oligarquia familiar, composta por uma ala conservadora que se encontra no poder desde a década de 1940. Representantes de uma mesma família, que se dividem na disputa pelo controle do poder público, se instalando em diferentes partidos políticos, que por vezes se aliam e, em outras se opõem. Assim, estão sempre nos cargos públicos representando o Município ou o Estado como: prefeitos, vereadores, deputados estaduais e federais, ou ainda no Senado ou governadoria do Estado. Este período é simultâneo, em nível nacional, aos mandatos do chamado “governo popular”, que eleito em nome da classe trabalhadora, foi iniciado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva e seguido pela presidenta Dilma Rousseff.

No caso do governo Lula, o fato de ter sido sindicalista, lutado contra a ditadura e em defesa da classe trabalhadora, sua eleição representou um forte anseio de mudanças por parte das massas populares, e em particular, dos sujeitos que fizeram parte do movimento de luta pela Reforma Sanitária. Entretanto, verificou-se em seu governo, a retomada das mudanças que foram, posteriormente, seguidas de um retrocesso privatizante.

Assim, a entrega do público ao privado, no Brasil, é histórica e faz parte de um processo gestado por mecanismos recorrentes de apropriação do fundo público, como veremos posteriormente. Entretanto, a ofensiva privatizante mais contundente foi disseminada durante a década de 1990, com o neoliberalismo e a subordinação do país aos ajustes estruturais determinados pelos organismos econômicos internacionais. Tal processo iniciou-se na era Collor, atravessou os governos Itamar e FHC e culminou com a redenção do governo Lula ao mesmo caminho trilhado por seus opositores.

Em nossa sociedade cuja tradição é autoritária, de relações configuradas de forma hierárquica, nas quais predominam situações de mando e obediência e as leis se constituem como mecanismos de privilégios daqueles que detém o poder. Assim, os direitos foram culturalmente concebidos como privilégio de classe. Uma cultura política que, como afirma Chauí (2008), legitima as desigualdades sociais e a exploração econômica, dificultando a consolidação da democracia.

Mas isso não significa que os movimentos de resistência não tenham tido influência. Os movimentos sociais no Brasil tiveram grande importância na luta contra a exploração, seja no campo ou na cidade. As lutas pela terra e contra o assalariamento são formas de enfrentamento contra a subordinação ao capital. Os “princípios emancipatórios no processo de construção do fazer político” se diferencia da lógica dominante marcada pela corrupção e pela cultura clientelista (SOUSA et alli, 2010, p.204).

Dessa forma, a reação mais recente aos efeitos da ofensiva privatizante na saúde constituiu-se em um levante de movimentos sociais em defesa do SUS, em todo o país, desencadeando a articulação de uma Frente Nacional Contra a Privatização da saúde e da formação de fóruns estaduais e municipais em defesa do SUS público, estatal e de qualidade.

Enfim, este estudo que reuniu como material empírico textos e documentos produzidos em nível nacional sobre a privatização da saúde, tomou como fundamento a análise da realidade histórica brasileira na qual se produziu e se reproduz o sistema desigual de acesso aos bens e serviços, frutos do trabalho humano, daqueles que produzem a riqueza do país, indevidamente apropriada pelos donos do poder. São estes que dualizam o sistema de saúde e concorrem ao fundo público. Também nos apropriamos de livros, textos, documentos oficiais, mas também documentos comuns como folhetos, jornais, revistas e aqueles produzidos na mídia eletrônica/digital como vídeos e *blogs*. O que serviram de base para fundamentar o processo de construção do sistema de saúde em Mossoró e principalmente identificar as forças em confronto, visto que em geral a mídia não é independente e são nesses espaços que se colocam mais diretamente no processo de disputa pelo poder.

Os *blogs* são compreendidos como uma nova forma de jornalismo, uma mídia independente, que têm como vantagem a agilidade na divulgação dos fatos. Grande parte do jornalismo tradicional já utilizam os *blogs* como fonte de informação. Entretanto, é preciso atentar para as informações postadas e selecionar o que é realmente significativo, verificar a veracidade dos fatos e, arquivar as informações utilizadas em documentos impressos, visto que a página virtual pode ser desativada a qualquer momento⁴.

A estrutura da tese divide-se em quatro capítulos. O primeiro reconta a história da saúde no Brasil e, ao mesmo tempo, destaca três categorias teóricas que retratam a dependência estrutural do país às oligarquias que contribuem para apropriação do fundo público pelo capital, que são: o clientelismo e o patrimonialismo, e a cultura política.

O segundo capítulo retoma os caminhos do movimento de reforma sanitária brasileira, o seu ideário de um sistema de saúde público, estatal e universal e os confrontos com o ideário neoliberal, que reafirma a hegemonia de uma racionalidade instrumental na saúde e impede a concretização do ideário reformista.

No terceiro capítulo nos apropriamos das categorias público e privado para em seguida descrever a relação dual que se estabelece no sistema de saúde brasileiro. Tal relação reforça uma determinada racionalidade, a instrumental, através da qual se constrói uma estrutura que reforça a mercantilização da saúde e o descaminho do acesso universal.

No quarto capítulo, em posse do material empírico de uma localidade específica – a cidade de Mossoró (RN) – analisamos como esse processo é materializado numa cidade do interior do Brasil, no contexto nordestino, ou seja: como os serviços estão organizados, quais as forças políticas que disputam seus recursos e que implicações isto tem na efetivação da universalidade. Uma realidade é referência para a análise da situação da saúde no país. Neste percurso seguimos a orientação metodológica de Marx, partindo do abstrato ao concreto para através

⁴ Sobre esse assunto já existem vários estudos nas áreas de Comunicação Social e de Estudos da Linguagem, para um maior aprofundamento recomendamos a Tese de Doutorado de: DANTAS, Daniel, **A argumentação como elemento discursivo na mídia digital**: um estudo sobre o *blog* Fatos e Dados, Programa de Pós-graduação em Estudos da Linguagem, UFRN, Natal, 2012 e a Dissertação de Mestrado de: BARBOSA, Aline R. **Blogs Jornalísticos**: Identidades em Interseção, memórias fluidas e influências políticas para a sociedade, Programa de Pós-graduação em Comunicação, UFF, Niterói, 2010.

das aproximações sucessivas ao objeto retomá-lo e apresentá-lo como concreto pensado.

CAPÍTULO 1 RECONTANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: porque nada será como antes

“O SUS é nosso ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e nem se vende” (Frente Nacional Contra Privatização da Saúde).

1.1 A constituição do sistema de saúde no contexto da formação sócio-histórica brasileira: clientelismo, patrimonialismo e apropriação do fundo público

Partindo da hipótese de que as relações entre o público e o privado na saúde dificultam a concretização da universalidade no SUS, a nossa tese consiste na análise das relações entre o público e o privado na saúde em Mossoró (RN), identificando as forças ou grupos que atuam no comando do sistema a nível local, bem como os rearranjos políticos e econômicos que tem sido impressos no sentido de priorizar o atendimento privado em detrimento do público e que se constituem em mecanismos de redução, retração e a negação da universalidade do sistema.

Compreendemos que as políticas sociais, em particular, a política de saúde, constituíram-se como resultado das lutas sociais empreendidas pela classe trabalhadora. Por conseguinte, em cada país, essas políticas possuem traços particulares da formação econômica, política, social e cultural, da forma de composição do Estado, dos interesses que permearam a produção da riqueza e a sua apropriação privada.

As políticas sociais possuem um caráter extremamente contraditório. De um lado, se caracterizam como uma forma de controle, dominação e exercício do poder dominante. Do outro lado, resultam da luta de classes, representando os ganhos/conquistas da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho. No entanto, estas têm sido consideradas, pela classe dominante, como: benesse, favor e bondade, o que fortalece as características patrimonialistas e clientelistas do exercício do poder no país.

Na nossa concepção, não há como se compreender as determinações da realidade social posta, sem recorrer a nossa formação sócio-histórica. E o resgate da história, no nosso caso, visa percorrer o contexto de organização do sistema de saúde no Brasil, particularizando as relações entre o público e o privado que foram cristalizando-se ao longo do tempo neste sistema. Portanto, consideramos importante destacar três elementos característicos na constituição da nossa sociedade, diretamente vinculados a esse processo, que se concretiza na privatização da coisa pública: o **patrimonialismo**, o **clientelismo** e as formas de **apropriação do fundo público**.

O primeiro, o *patrimonialismo*, se refere a uma relação social fortemente presente na sociedade feudal, na qual não se diferenciava o público do privado. Ou seja, um traço do Estado absolutista, ainda presente na cultura política atual, em que determinados sujeitos, ao assumirem o poder, se apropriam das instituições públicas e as tratam como suas propriedades privadas.

As bases do patrimonialismo brasileiro foram herdadas do passado colonial, que se perpetuou na formação político-institucional brasileira. A preponderância do poder real português fundou-se na apropriação da riqueza agrária e na constituição de um Estado centralizador no qual o rei considerava-o como extensão da sua própria casa, não havendo distinção entre patrimônio público e privado (FAORO, 2001).

Nesse sentido, condicionou uma forma de dominação na qual os interesses, os cargos e os recursos públicos se constituíam em fontes de ordem privada daqueles que detinham o poder de mando. Estes asseguravam uma ordem jurídica que lhes garantia privilégios, vantagens, posição social e controle do dinheiro público.

Na concepção de Neves (2008), essa indistinção entre o público e o privado persistiu no país juntamente com ideias, como por exemplo, de país atrasado, de povo passivo, que foi dando lugar a uma visão de um Brasil moderno que poderia superar as “[...] mazelas associadas ao imaginário da pobreza, desigualdade, políticas arcaicas, clientelismo, fisiologismo e patrimonialismo” (NEVES, 2008, p.84).

Nas Ciências Sociais, o termo *patrimonialismo* foi utilizado por Weber para se referir a situação em que o chefe político se apropria da administração pública como

se fosse patrimônio privado. O patrimonialismo então se constitui numa forma de poder de mando político que não diferencia o que é de competência do Estado dos aspectos de ordem familiar, ou do proprietário territorial, do senhor de servos/escravos (SCHWARTZMAN, 2006, p.1).

A origem dessa forma de dominação, conforme Schwartzman (2006), estava associada a outros mecanismos de exercício do poder, como o patriarcal, no qual o poder econômico, político, religioso e militar tem como referência o patriarca de um clã. Seguindo uma concepção semelhante, Faoro (2000) considera que a origem do patrimonialismo se assenta no patriarcalismo, afirmando a constituição de duas etapas no seu processo de formação:

- A patrimonial, em que a noção que imperava era do Estado como extensão da casa do soberano. Período em que o mercado e a utilização do dinheiro eram limitados e dificultava o desenvolvimento do capitalismo.

- A estamental, fase que ocorre com o desenvolvimento do capitalismo, a formação de uma economia monetária, o incentivo ao comércio, a criação do mercado e o crescimento das cidades. Com a nova ordem econômica, a política vai ser orientada por um patrimonialismo estamental que é diferente do patriarcal. Aqui, o capitalismo se desenvolve vinculado ao Estado, que passa a se responsabilizar pela racionalização da organização do trabalho. A situação estamental é caracterizada pela manutenção de privilégios e vantagens a determinados grupos que passam a controlar o Estado, sendo o patrimônio um elemento determinante da posição social (FAORO, 2000, p.44-57).

No Estado absoluto, resíduo do patrimonialismo, viverão atuantes, submersos mas vivos, os privilégios, condicionamento da vontade do soberano. O estamento – estado-maior da autoridade pública – apressa, consolidando-a, a separação entre coisa pública e os bens do príncipe. O reino não é mais o domínio do rei: o soberano é o domínio da nação. Os delegados do rei com direitos próprios que o estamento prestigia, não representam sua casa, senão o país. Quem delimita as fronteiras, que os Estado patrimonial não lograra firmar, são os juristas, agora com o primeiro lugar nos conselhos da Coroa. A tradição que o direito romano derramara, em resíduos sem coerência, ganha caráter racional, consciente, concertado – graças a palavra, acatada, respeitada dos juristas (FAORO, 2000, p. 54).

Para este autor, os estamentos diferenciam-se de classes sociais, pois enquanto os primeiros surgem na economia feudal, fundados no patrimonialismo, as classes sociais nascem no solo da economia de mercado. Entretanto, assim como em Portugal as práticas estamentais foram mantidas no seio do Estado, o Brasil seguiu dentro dos mesmos padrões de dominação. Os cargos de ordem privada se objetivaram na ordem pública, dentro do Estado se constituíram cargos de confiança do soberano. Assim se formam as elites políticas como camada dirigente e de poder de mando dentro das organizações estatais.

Nesses termos, de acordo com Faoro (2000, p.365), a colonização moldou a realidade estatal de um capitalismo moderno fundado no Brasil, assentado no tradicionalismo, particularmente numa concepção ideológica que qualifica a realidade como algo que “é assim porque sempre foi” e no domínio de um patrimonialismo que incentivou uma economia especulativa e, predominantemente, voltada para o lucro.

Na concepção de Bradley (1977), quando os portugueses começaram a ocupar as terras brasileiras, fundando o regime de Capitanias Hereditárias, consagraram “uma interdependência entre o poder político e a propriedade da terra”, na medida em que os lotes eram acompanhados de Cartas de Doação que concediam poderes públicos aos donatários (BRADLEY, 1977, p. 18). Como a doação de terras era feita por relações familiares ou de amizade, foram se formando os grupos que, detendo a posse da terra, controlavam o poder político exercendo funções de governo, assumindo os cargos públicos e controlando a propriedade.

Bradley (1977) considera que a sociedade formada com a colonização constituiu-se um sistema tradicional de estratificação social, no qual o proprietário da terra ocupava o topo da pirâmide, em seguida viriam os lavradores (portugueses e brancos), os feitores (encarregados da administração geral) e na base se encontravam os escravos (índios ou negros). De acordo com essa autora, o modo de produção escravista no Brasil foi instituído numa época em que a Europa evoluía para o capitalismo. Este sistema só vai se instalar em nosso país nos fins do século XIX e mesmo assim, a formação social oligárquico-latifundiária permanecerá sem alterações, no controle do poder.

Para Holanda (1995), a nossa sociedade foi fundada fora dos meios urbanos, e se constituiu numa civilização agrícola, de raízes rurais. Durante a Monarquia, e posteriormente na República, foram os fazendeiros e seus filhos, alguns dos quais profissionais liberais, que monopolizaram a política, dominaram os parlamentos, os ministérios e todas as posições de mando. De acordo com este autor:

Muitas das dificuldades observadas, desde velhos tempos, no funcionamento dos nossos serviços públicos, devem ser atribuídas, sem dúvida, às mesmas causas. Num país que, durante a maior parte de sua existência, foi terra de senhores e escravos, sem comércio que não andasse em mãos de adventícios ambiciosos de riqueza e de enobrecimento, seria impossível encontrar uma classe média numerosa e apta a semelhantes serviços. [...] Toda ordem administrativa do país, durante o Império e mesmo depois no regime republicano, há de comportar, por isso, elementos estreitamente vinculados ao velho sistema senhorial (HOLANDA, 1995, p. 87-88).

Faoro (2000) afirma que, mesmo na fase de institucionalização do capitalismo, no processo modernizador, vão se adaptando projeções do passado à realidade histórica brasileira, numa “persistência secular da estrutura patrimonial”. O caráter patriarcal é identificado no mando do senhor de engenho, dos coronéis e na figura patrimonial. Estes se apropriam das “oportunidades econômicas de desfrute dos bens, das concessões, dos cargos, numa confusão entre o setor público e o privado” (FAORO, 2000, p.366-367). Segundo Faoro, a compatibilidade do tradicional e do moderno é uma das chaves para a compreensão do fenômeno histórico da relação luso-brasileira.

O patrimonialismo pessoal se converte em patrimonialismo estatal, que adota o mercantilismo como a técnica de operação da economia. Daí se arma o capitalismo político, ou capitalismo politicamente orientado, não calculável nas suas operações. [...] se amolda às transições, às mudanças em caráter flexivelmente estabilizador do modelo externo, concentrando no corpo estatal os mecenismos de intermediação, com suas manipulações financeiras, monopolistas, de concessão pública de atividade, de controle do crédito, de consumo, de produção privilegiada, numa gama que vai da gestão direta à regulamentação da economia (FAORO, 2000, p. 367).

Assim, um sistema de forças políticas se apropriou do Estado e passou a governar por sua influência patrimonial, fundiária, detinham o poder econômico e o poder político e nestes foram se mantendo e se renovando através dos mesmos esquemas e valores criados desde sua origem. As elites foram moldando uma cultura no país de caráter patrimonial e clientelista, regada pelo apadrinhamento, pelo favoritismo e pelo poder de mando e subserviência, como afirma Sales (1994). Para esta autora, cidadania no Brasil se instituiu de forma concedida, resultante da submissão a uma *cultura política da dádiva* que sobreviveu desde os tempos do engenho.

Abordo as raízes dessa cultura da dádiva, que é a expressão política de nossa desigualdade social, mediante a relação de mando/subserviência cuja manifestação primeira se deu no âmbito do grande domínio territorial que configurou a sociedade brasileira nos primeiros séculos de sua formação. A dádiva chega a nossa *res publica* substituindo os direitos básicos de cidadania, que não nos foram outorgados pelo liberalismo caboclo que aqui aportou na passagem do século. E, nessa medida, a saída para as relações de mando/ subserviência que estão na base da cultura da dádiva, contribuindo para aprofundar nossas desigualdades, tem se dado em duas direções: em situações de fuga ou itinerância por parte do trabalhador rural e das populações pobres em geral, do que a história das migrações internas no Brasil é o exemplo mais contundente; e na reificação em todas as situações, dos que permanecem no local de origem ou dos que buscam saída na itinerância, do fetiche da igualdade. O fetiche da igualdade, para a definição do qual me vali dos conceitos "democracia racial" de Gilberto Freyre e "homem cordial" de Sergio Buarque de Holanda, são os fatores mediadores de nossas relações de classe, que têm ajudado a dar uma aparência de encurtamento das distâncias sociais, contribuindo dessa forma para que situações de conflito frequentemente não resultem em conflito de fato, mas em conciliação (SALES, 1994, p.1).

Nesse sentido, Sales (1994) considera que a gênese da nossa cidadania foi mediada pela subserviência, ou seja, pela submissão dos pobres aos que detinham o poder da propriedade e, conseqüentemente, de mando: senhores de terra, latifundiários, coronéis que exerciam seu domínio, de duas formas: pelo monopólio da violência ou pela subserviência. Essa cultura, expressão da desigualdade instituída no processo de formação social brasileira, gestou uma *cidadania concedida*, isto na concepção de Sales (1994) significa que:

[...] os primeiros direitos civis necessários à liberdade individual – de ir e vir, de justiça, direito à propriedade, direito ao trabalho – foram outorgados ao homem livre, durante e depois da ordem escravocrata, mediante a concessão dos senhores de terras. Essa dependência da população livre do Brasil escravocrata para com os senhores de terras é que dava aos observadores argutos aquela impressão de que o Brasil não tinha povo [...] Haveria que criar uma classe média rural como base social para a constituição de seu povo, proposição que marcou indelevelmente toda a discussão posterior que em vários momentos de nossa história acirrou exaltados ânimos contra a reforma agrária (SALES, 1994, p. 4).

Para Teles (1994), essas noções de *cultura da dádiva* e *cidadania concedida* postas em debate por Sales para desvendar as raízes da desigualdade social no contexto rural brasileiro, particularmente o nordestino, se constitui uma contradição, visto que tais noções afirmam o avesso da cidadania. Conforme Teles (1994) é preciso problematizar a noção de *cidadania concedida*. Ora, se os direitos são concedidos por uma situação de mando e subserviência, tomam um caminho contrário à forma como os direitos foram construídos. Existe uma antinomia entre o que é favor, concessão, proteção e o que direito e cidadania. Então, as relações sociais no Brasil se estruturaram sem direitos, regidas pelo arbítrio entre o favor e a violência. O deslocamento dos trabalhadores rurais, pela migração se constitui em mecanismos de fuga dessa condição de subordinação, assim como o recurso da força bruta também pode ser visto como forma de resistência. Teles, ainda afirma:

Arriscando-me em um terreno com o qual tenho pouca familiaridade, diria que violência e migração, tal como proposto por Teresa, poderiam ser vistas como expressão de um mundo social que se ordena sem as mediações representativas que os direitos constroem ou deveriam construir, de tal modo que resistências e recusas às opressões do mando privado são "resolvidas" no jogo bruto da força ou então por essa espécie de nomadismo de uma gente sem nome, com vidas que parecem regidas pela aleatoriedade dos destinos (e azares) de cada um. É certo que seria descabido formular as questões nesses termos quando a referência é a autarquia do mundo rural de décadas passadas. Mas já não o é tanto quando a referência é o Brasil atual, sendo que a questão que intriga, que suscita a reflexão, é precisamente a reiterada obstrução de uma dimensão pública que balize o jogo dos interesses e construa a medida a partir da qual identidades podem se constituir e sujeitos podem se firmar na trama mesma dos conflitos. Com isso não estou propondo explicações sobre

questões que escapam muito às minhas possibilidades, mas tão-somente sugerindo que talvez seja o caso de examinar um pouco mais detidamente a noção de cidadania, pelo prisma mesmo que é proposto no texto, ou seja, o modo como às relações sociais são ordenadas e, por essa via, interrogar as evidências de tradições persistentes (TELES, 1994, p.2).

Adentrando no segundo elemento de nossa discussão que é o *clientelismo*, concordamos com Souza (1995) quando afirma que “a base de sustentação do poder político dos chefes interioranos está na política assistencialista-paternalista e clientelista desenvolvida por eles no âmbito da máquina administrativa local” (SOUZA, 1995, p.321).

Esse autor resgata o conceito de clientelismo formulado por Avelino Filho (1994), que considera o desenvolvimento político em três estágios: o das **sociedades tradicionais**, nas quais partidos considerados “notáveis” se caracterizam “pela dependência dos recursos pessoais do patrono que se reflete num poder quase doméstico”. O das **sociedades em transição**, em que o poder pessoal dos ‘notáveis’ enfraquece e predomina a disputa dos partidos pelo aparelho do Estado e controle dos recursos públicos. E, as **sociedades politicamente desenvolvidas**, nas quais os partidos são ideológicos, de massa e têm maiores possibilidades de legitimação, devido atuação nas políticas sociais, através de planejamento e execução das ações, a longo prazo (SOUZA, 1994, p.326).

Para Souza (1994), o conceito de clientelismo baseia-se nos dois primeiros estágios, nos quais prevalecem relações de caráter doméstico e afetivas. A maior parte dos recursos apropriados vem do Estado, gerenciados por chefes locais como se fossem recursos próprios. Estes, sempre aderem aos partidos governistas como forma de ter acesso a recursos para realização de suas políticas assistencialistas, paternalistas e clientelistas. O poder é fortalecido em função desses recursos. Os referidos chefes locais foram ao longo dos anos denominados de *coronéis*, que, segundo Souza, foi um termo que teve origem na Guarda Nacional, criada em 18 de agosto de 1831. De acordo com este autor:

Os chefes locais mais destacados ocupavam nela os postos mais elevados, no caso, de coronéis, seguido de majores e capitães. Ela foi extinta logo após a proclamação da República, porém persistiu a denominação de 'coronel', de onde se originou o vocábulo 'coronelismo' (SOUZA, 1994, p. 322)

O coronelismo, na concepção de Leal (2012), se caracteriza pelo compromisso, pela troca de proveitos entre o poder público, que vai sendo fortalecido com a influência dos chefes locais e senhores de terra e as manifestações desse poder estão vinculadas a estrutura agrária e a sustentação de um poder privado, que ainda é visível no interior do Brasil.

O clientelismo, para Nunes (2010), se institui num conjunto de redes personalistas que se mantêm através de partidos políticos e instituições burocráticas, envolvendo relações, formando uma pirâmide que atravessa a sociedade de alto a baixo. No ápice estão os proprietários e elites políticas contando com uma “complexa rede de corretagem”, que se estende desde os altos escalões até a base da pirâmide (NUNES, 2010, p. 53).

[...] Os recursos materiais do Estado desempenham um papel crucial na operação do sistema; os partidos políticos – isto é, aqueles que apoiam o governo – têm acesso a inúmeros privilégios através do aparelho de Estado. Esses privilégios vão desde a criação de empregos, construção de escolas, nomeação de chefes e serviços de agências, tais como distrito escolar e o serviço local de saúde. Os privilégios incluem, ainda, a criação de símbolos de prestígio para os principais 'corretores' dessa rede, favorecendo-os com acesso privilegiado aos centros de poder. [...] outros meios 'indiretos' são criados, como linhas de crédito a serem utilizadas por fazendeiros ou homens de negócios locais, através do Banco do Brasil ou outros bancos estatais de desenvolvimento. Empreiteiras e construtoras que trabalham para o Estado por contrato frequentemente se beneficiam das redes de relações a fim de receber pagamento imediato pelos serviços prestados (NUNES, 2010, p. 53).

Assim, o clientelismo possui uma dupla face: 1) privilegia pessoas atribuindo o caráter de favor a algo que é direito; 2) serve de mecanismo de “tráfico de influência” para quem se encontra no poder e controle das instituições públicas estatais. Nesses termos, o acesso à coisa pública é facilitado por meio de uma política

personalista de um “governo do bem”, “protetor”, “que entende os anseios e a vontade da população” e esta lhe deve ser sempre grata. Trata-se de uma forma de “cobrança” que se faz para garantir a permanência deste ou daquele grupo político no poder (NUNES, 2010, p. 54).

Na concepção de Carvalho (1997), o clientelismo é caracterizado por um tipo de relação que envolve a concessão de benefícios públicos, sejam isenções fiscais, empregos, pavimentação de ruas, construção de escolas, dentre outros, em troca de apoio político e de votos. De acordo com esse autor, embora o coronelismo envolva também relações de troca que são de natureza clientelista, estes termos não podem ser confundidos, pois este segundo é mais amplo e se assemelha mais ao mandonismo, termo que o autor não deixa claro, afirma que se refere “à existência local de estruturas oligárquicas e personalizadas de poder” (CARVALHO, 1997, p. 3-4).

Para Farias (2000), os fundamentos do clientelismo não devem ser buscados nas situações abstratas de carência das classes populares, como a fome, a miséria e a pobreza, mas numa estrutura social particular de produção, a capitalista, que gera as desigualdades sociais, o analfabetismo, a falta de acesso aos direitos sociais. As práticas clientelistas estão arraigadas nessa estrutura social de produção e se expressam no conceito de barganha político eleitoral ou voto mercadoria:

A condição sócio-econômica para a proliferação do voto de barganha é a predominância de relações de produção capitalistas, basicamente a conversão da força de trabalho, através do assalariamento, em mercadoria – o que pressupõe a existência do trabalhador *livre*, isto é, despojado dos meios de subsistência, em particular do vínculo à terra. Trata-se do trabalhador que abandona a condição de dependência pessoal (o colonato, a moradia) frente ao dono de terras, para se submeter à dependência impessoal (assalariamento) relativa as coisas (FARIAS, 2000, p. 50).

Essa dependência apresenta um duplo aspecto: o do poder econômico do capitalista sobre o vendedor da mercadoria força de trabalho e o da constituição do trabalhador em sujeito de interesse. Desse modo, na reação política, o voto pode ser convertido em instrumento de barganha, abrindo espaço para a ação de um personagem que é o cabo eleitoral. Este é encarregado de barganhar o voto,

portanto, a liberdade de direito ao voto comporta a alternativa de negociá-lo. A barganha se dá em torno de vantagens materiais entre eleitor e cabo eleitoral, que, se constitui, em geral, de uma espécie de líder local, com o poder de representar a comunidade junto às “autoridades públicas”, por controlar um determinado número de votos e possuir condições de negociação (FARIAS, 2000, p. 50).

Os proprietários dos meios de produção têm interesse nesse tipo de política (partidária), e com esse intuito se organizam, participam e adquirem influência política, encaram esse processo como um investimento que terá um retorno posterior. Um investimento que está associado aos mecanismos de acesso e controle do Estado e, conseqüentemente, ao fundo público – elemento fundamental na manutenção das relações clientelistas. Trata-se de uma apropriação indevida de recursos que pertencem a toda sociedade para transformar, principalmente, as pessoas mais pobres em dependentes do favoritismo político e eternas eleitoras daqueles que lhes concederam benesses (FARIAS, 2000, p. 50).

Tanto o patrimonialismo como o clientelismo se constituíram componentes da nossa formação econômica, política, social e cultural que estão diretamente vinculados às formas de apropriação privada do fundo público, terceiro elemento dessa reflexão, que tem interferido diretamente no processo de materialização das políticas sociais, em particular, as de saúde.

O fundo público é constituído de recursos pagos por toda a sociedade através de impostos, taxas e contribuições que, sendo administradas pelo Estado, devem retornar à sociedade em forma de serviços de caráter coletivo, ou seja, como parte da riqueza socialmente produzida que deve ser redistribuída através da execução dos serviços e políticas sociais (SALVADOR, 2010; BERHING, 2010; BRETTAS, 2012).

Na concepção de Brettas (2012), o fundo público tem sido tratado como algo fundamentalmente técnico, ou seja, do ponto de vista da arrecadação de impostos e outros recursos, que precisam ser gastos de forma eficiente. Esta visão, segundo a autora, gera uma suposta neutralidade em relação aos gastos, na medida em que estes são informados através de mecanismos de adequação das receitas e das despesas e impõe uma forma de administração considerada competente, eficiente, e que, portanto, evita os desvios de recursos. Para a autora, esta forma de abordagem

do fundo público esvazia o seu conteúdo político, na medida em que desconsidera a correlação de forças existentes neste processo.

Por conseguinte, a autora explica que a arrecadação e os gastos não se resumem a uma questão técnica, mas têm como cenário uma forma de organização da sociedade e a correlação de forças que é resultado da luta de classes. Nesse sentido, o fundo público, composto de contribuições realizadas tanto pelos trabalhadores como os capitalistas, deve retornar para a sociedade sob a forma de políticas econômicas e sociais. Por isso, deve ser compreendido a partir de uma análise contraditória da realidade do modo de produção capitalista, no qual o Estado possui um papel e um caráter de classe e, portanto, a gestão do fundo público depende do seu compromisso com uma dessas classes (BRETTAS, 2012, p.91).

Conforme Oliveira (1988), o Estado, como produtor do bem estar social, se formou a partir do padrão de financiamento da economia capitalista, sistematizando uma esfera pública composta por regras universais e resultantes de um pacto. Neste pacto, o fundo público passa a financiar tanto a produção e acumulação do capital como a reprodução da força de trabalho.

A forma de financiamento do capital inclui: recursos para Ciência e Tecnologia, subsídios para a produção, criação de setores estatais produtivos, ampla militarização, provimento da agricultura e do mercado financeiro intervindo na circulação monetária e mantendo a valorização de capitais através de uma dívida pública.

No que se refere ao financiamento da força de trabalho, este ocorre por meio dos gastos sociais, seja com educação, saúde, previdência social, seguro-desemprego, ou subsídios para transporte e auxílio às famílias, dentre outros (OLIVEIRA, 1988, p.8).

Para Oliveira (1988), o fundo público é um antivalor porque não tem como finalidade a geração de lucro, através da extração de mais-valia. Alguns autores discordam dessa concepção, dentre os quais Behring (2008), que considera este posicionamento contraditório. A autora afirma que se o fundo público contribui com a produção e reprodução do capital, participa do processo de criação do valor, Behring (2008) propõe a seguinte crítica a esta visão de Oliveira.

Se seguirmos seu pensamento, segundo o qual o fundo público é estrutural para a geração de valor e que o capital não prescinde do mesmo para sua reprodução, parece contraditório não considerar o fundo público na reprodução geral do capital, através de subsídios, negociação de títulos públicos, de garantia das condições, de financiamento, e de reprodução mesma da força de trabalho como fonte de criação de valor, o que não é infirmado pela tendência contemporânea de expulsão da força de trabalho pela introdução de tecnologias poupadoras de mão-de-obra, considerando o lugar estrutural do exército de reserva. Dessa forma, consideramos que o fundo público, não poderia ser considerado um antivalor como pensa Oliveira, uma vez que participa de forma direta e indireta do ciclo de produção e reprodução ampliada do valor (BEHRING, 2008, p.54).

Outro autor que aborda essa discussão é Salvador (2010). Este afirma que o fundo público no capitalismo se materializa viabilizando políticas macroeconômicas, garantindo as políticas sociais, proporcionando o alargamento do consumo e, ainda, financiando políticas anticíclicas em períodos de crise do sistema capitalista. Para este autor, as políticas sociais no Brasil enfrentam enormes resistências, no sentido de se constituir direitos e conquistas sociais da classe trabalhadora. Isto tem relação com a formação do conservadorismo político, da dominação patrimonial e da indiferenciação entre o público e o privado predominante no país.

O Estado capitalista no Brasil, ao longo de sua história, tem se caracterizado por uma forte mistura de interesses entre o público e o privado, dominado pelo patrimonialismo, com o fundo público canalizando recursos, no passado para a acumulação do capital industrial e, no presente, com o predomínio dos interesses do capital financeiro. (SALVADOR, 2010, p. 388)

Compreendemos que cultura política possui fortes traços patrimonialistas e clientelistas, que impede a construção de um formato político-institucional no país voltado para a garantia dos direitos sociais. Além disso, com a industrialização tardia e a constituição da sociedade do trabalho no país não se assegurou emprego para todos. O mercado de trabalho, devido aos resquícios de um sistema fundado na escravidão, se formou tendo como base o trabalho de imigrantes, sendo constituído por relações informais, portanto, ausentes de direitos (SALVADOR, 2010, p. 31).

A cultura política se funda no percurso histórico específico de cada país. Segundo Chauí (2008), o termo *cultura* significa cultivo, cuidado, “uma ação que conduz à plena realização das potencialidades”. No século XVIII, com o Iluminismo, o termo ganha o sentido de civilização, vida civil, vida política ou regime político, sinônimo de progresso (CHAUÍ, 2008, p. 55).

No século XIX, sobretudo com a filosofia alemã, a idéia de cultura sofre uma mutação decisiva porque é elaborada como diferença entre natureza e história. A cultura é a ruptura da adesão imediata à natureza, adesão própria aos animais, e inaugura o mundo humano propriamente dito. A ordem natural ou física regida por leis de causalidade necessária que visam o equilíbrio do todo. A ordem vital ou biológica é regida pelas normas de adaptação do organismo ao meio ambiente. A ordem humana, porém, é a ordem simbólica, isto é, da capacidade humana para relacionar-se com o ausente e com o possível por meio da linguagem e do trabalho. A dimensão humana da cultura é um movimento de transcendência, que põe a existência como o poder para ultrapassar uma situação dada graças a uma ação dirigida aquilo que está ausente. Por isso mesmo somente nessa dimensão é que se poderá falar em história propriamente dita (CHAUÍ, 2008, p. 56).

Por essa compreensão há uma ultrapassagem dos dados imediatos pois com a linguagem e o trabalho, o ser humano alcança outra dimensão, como agente histórico, amplia a noção de cultura como algo que abrange criação e produção, que são histórica e materialmente determinadas. A estrutura social criada expressa a forma de vida, as relações sociais e de poder estabelecidas. Neste sentido, Chauí afirma que:

A cultura passa a ser compreendida como o campo no qual os sujeitos humanos elaboram símbolos e signos, instituem as práticas e os valores, definem para si próprios o possível e o impossível, o sentido da linha do tempo (passado, presente e futuro), as diferenças de espaço [...], os valores (como o verdadeiro e o falso, o belo e o feio, o justo e o injusto), instauram a idéia de lei, e, portanto, do permitido e do proibido, determinam o sentido da vida e da morte e das relações entre o sagrado e o profano (CHAUÍ, 2008, p.57)

Segundo Chauí (2008), a abrangência dessa noção de cultura se situa no nível da formação das comunidades e nas sociedades modernas instituídas com o modo de produção capitalista. Há uma separação dos indivíduos, uns dos outros, ocorre uma fragmentação, com a divisão social de classes. Nesse sentido, é que pode ser percebida outra divisão, na qual se afirma uma cultura dominante e uma dominada (CHAUÍ, 2008, p.58).

A partir dessa discussão a autora aborda a relação entre democracia e autoritarismo. Para Chauí (2008), a sociedade democrática se institui quando além de eleições e partidos há respeito à vontade da maioria e constituição de direitos como resultado da criação social, esta se realiza como contra-poder que “determina, dirige, controla e modifica a ação estatal e o poder dos governantes” (CHAUÍ, 2008, p. 69).

Tomando como exemplo a situação brasileira, a autora afirma que cidadania aqui foi conhecida através da figura do senhor de escravos, o cidadão, e concebida como privilégio de classe, numa sociedade autoritária “na qual as diferenças e assimetrias são transformadas em desigualdades, e estas, em relação de hierarquia, mando e obediência”. Relações que “tomam a forma da dependência, da tutela, da concessão e do favor” (CHAUÍ, 2008, p.70). Uma sociedade em que as leis são mecanismos para preservar privilégios dos que dominam e como meio de repressão dos dominados e os direitos vistos como concessão, outorga feita pelo Estado.

Nessa sociedade, não existem nem idéia, nem prática da representação política autêntica. Os partidos políticos tendem a ser clubes privados das oligarquias locais e regionais, sempre tomam a forma clientelística na qual a relação é de tutela e de favor. É uma sociedade, conseqüentemente, na qual a esfera pública nunca chega a constituir-se como pública, pois é definida sempre e imediatamente pelas exigências do espaço privado, de sorte que a vontade e o arbítrio são as marcas dos governos e das instituições ‘públicas’. A indistinção entre o público e o privado (a política nasce da distinção entre ambos, como vimos) não é uma falha accidental que podemos corrigir, pois é a *estrutura do campo social e do campo político que se encontra determinada pela indistinção entre o público e o privado*. Essa indistinção é a forma mesma de realização da sociedade e da política: não apenas os governantes e parlamentares praticam a corrupção sobre os fundos públicos, mas não há uma percepção social de uma esfera pública das opiniões, da sociabilidade coletiva [...]. (CHAUÍ, 2008, p.71).

O predomínio de uma cultura dominante legitima a exploração econômica e o controle político. Para Chauí (2008), “a sociedade brasileira está polarizada entre a carência absoluta das camadas populares e o privilégio absoluto das camadas dominantes e dirigentes” o que bloqueia a consolidação da democracia. (CHAUÍ, 2008. p. 74). Contudo, há expressões de resistência, de contestação, de organização, que adquirem, em cada momento do processo histórico, mais ou menos força e poder de pressão política.

O Brasil, até a metade do século XX, constituiu-se de uma economia agrária fundada na exportação de produtos primários, como: cana-de-açúcar, cacau, algodão, borracha, madeira, minério e outros, centrando-se, por um determinado período, na produção do café. Por muitas décadas, a oligarquia agrária explorou o trabalho escravo e sedimentou uma tradição patrimonial e clientelista através dessa forma de exploração do trabalho. Esses traços foram sendo mantidos na cultura brasileira, de acordo com a condução das mudanças econômicas, políticas e sociais num processo de modernização conservadora.

Fernandes (1981), em sua obra clássica *A Revolução Burguesa no Brasil*, afirma que o processo de transição ao capitalismo ocorreu no Brasil, de uma forma bastante diferente dos países europeus. Aqui, o processo de modernização deu-se a partir de conciliações pelo alto, entre as frações das classes dominantes, sem a participação das massas populares. A relação patrimonial, o clientelismo e outras formas de subordinação são resultados dessa inserção do país no mundo capitalista. Segundo esse autor, a formação da “burguesia brasileira” estaria amarrada ao padrão de civilização que orientou a “vocação histórica” do povo brasileiro. Como não houve um regime feudal, nem burgos, o burguês aqui já nasceu especializado seja como agente artesanal ou negociante (FERNANDES, 1981, p.15-30).

O “burguês”, que nascera aqui sob o signo de uma especialização econômica relativamente diferenciada, iria representar, portanto, papéis históricos que derivavam ou se impunham como decorrência de suas funções econômicas na sociedade nacional. Ele nunca seria, no cenário do Império, uma figura dominante ou pura, como força socialmente organizada, consciente e aut noma. Mas erigiu-se no fermento daquele espírito revolucionário de que fala Nabuco, que “a sociedade abalada tinha deixado escapar pela primeira fenda dos seus alicerces”. Um “espírito revolucionário”, em suma, que eclodia em condições ambíguas e vacilantes,

afirmando-se mais indiretamente e segundo objetivos egoísticos e difusos, que de modo direto, organizado e esclarecido. Ainda assim, mesmo manifestando-se dessa forma, ele teve um alcance criador, pois deixou o palco livre para um novo estilo de ação econômica: a partir daí, seria possível construir “impérios econômicos” e abrir caminho para o “grande homem de negócios” ou para o “capitão de indústria”, figuras inviáveis no passado recente (como atesta o infortúnio de Mauá). (FERNANDES, 1981, p. 19)

Assim, as mudanças ocorridas no país foram necessárias ao sistema capitalista, na expansão da produção industrial em sua fase competitiva, bem como na criação de seus mercados consumidores. Esse fato não implicou em alterações profundas no Brasil, pois à medida que se integrava a esse sistema mercantil em expansão, o modelo de liberalismo aqui instituído não foi capaz de consolidar uma ordem social autônoma e provocou uma formação social heteronômica. O referido autor enfatiza que:

[...] o liberalismo forneceu, não obstante todas as limitações ou deformações que pairaram sobre sua reelaboração sociocultural no meio brasileiro, as concepções gerais e a filosofia política que deram substância aos processos de modernização decorrentes, primeiro, da extinção do estatuto colonial e, depois, da desagregação lenta e heterogênea mas progressiva, da própria ordem colonial. Ele não afetou (nem poderia afetar) os aspectos da vida social, econômica e política que continuaram a gravitar em torno da escravidão e das formas tradicionais de dominação patrimonialista. (FERNANDES, 1981, p. 36)

De acordo com Behring (2008), o Estado brasileiro já nasceu marcado pela ambiguidade entre o liberalismo formal e o patrimonialismo, em uma prática que garantia os privilégios estamentais. Assim, a noção de política econômica estava associada ao modo de desenvolvimento, no qual o Estado encarregava-se de “obrigações” que deveriam ser assumidas pela iniciativa privada. Nesse sentido, este se transformou em executor de um desenvolvimento desigual, que não alterou a estrutura da propriedade e nem garantiu direitos sociais (BEHRING, 2008, p.93).

Ora, as primeiras fábricas surgiram no Brasil, ao final do século XIX, ou seja, um século depois da industrialização dos países europeus. Isso fez com que o sistema de proteção social só viesse a desenvolver-se, várias décadas após a

consolidação do Estado de bem estar social europeu. Sendo assim, a forma como os direitos sociais foram instituídos no Brasil, herdou as especificidades características da formação sócio-histórica, isto é, o atraso, a dependência, a subordinação, o controle patrimonial e clientelista.

Segundo Fernandes (1995), o governo brasileiro desempenhou um papel ambíguo, desde o período monárquico, ou seja, ao mesmo tempo em que representava as oligarquias, assumia uma face de país democrático. A integração ao capitalismo ocorreu de forma vertical, não houve uma revolução social, ou forças que se rebelassem contra a forma de dominação anterior. As mudanças representaram a conjunção de interesses dominantes e ocorreram com a conivência de quem já detinha o poder. Portanto, o espaço público foi monopolizado pelos grupos oligárquicos que se apoderaram do controle do Estado.

O espaço público era privilégio dos de cima; consequentemente, os de baixo (a população de um modo geral) nunca eram atendidos de maneira direta. Eram atendidos indiretamente, porque, às vezes, vivendo na mesma cidade, eram favorecidos pelo fornecimento de água e captação de esgotos, que atingiam setores variados da população (FERNANDES, 1995, p. 51).

Para se entender o desenvolvimento capitalista é preciso adotar a perspectiva de classe. O aparecimento do trabalho, como categoria histórica, insere-se em um processo de mudança no qual surge o movimento operário e as organizações da classe trabalhadora que vão concentrar-se na criação de uma nacionalidade e na garantia da cidadania (FERNANDES, 1995, p. 52).

Neste contexto, o operário aparece como inimigo da ordem na sociedade capitalista emergente. Os patrões, não tinham uma mentalidade empresarial e queriam tratar o trabalhador livre como era tratado o trabalhador escravo. [...] Mas havia nos setores civil e militar pessoas que tinham capacidade suficiente para compreender o mundo dentro de uma perspectiva nova, e com isso surgem os líderes políticos que se associam aos partidos em formação (anarquismo e comunismo) (FERNANDES, 1995, p. 52).

Portanto, a garantia do direito social nasceu de expressões de luta da classe trabalhadora. Mas seguiu a lógica do seguro, que afirmou, inicialmente, os direitos previdenciários em um compromisso assumido pelo Estado populista, dentro de uma perspectiva corporativista. Desse modo, a proteção social era compreendida pela classe dominante como mecanismo de integração social, estratégia de enfrentamento à questão social e forma de incorporação da classe trabalhadora ao sistema capitalista.

De acordo com Boschetti (2007), a proteção social em nosso país surgiu vinculada ao seguro social, seguindo duas lógicas distintas: a do seguro - bismarckiana - e a da assistência – beveridgiana. A autora explica que:

A lógica do seguro, nascida na Alemanha Bismarckiana do fim do século XIX, assemelha-se aos seguros privados, pois as políticas orientadas por esse modelo cobrem principalmente (e, às vezes, exclusivamente) a classe trabalhadora, o acesso é condicionado à uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional a contribuição efetuada. Quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de pessoas empregadas e empregadores, baseada na folha de salários. Quanto à gestão, teoricamente (e originalmente) deveria ser gerido pelos contribuintes, ou seja, empregadores e pessoas empregadas.

O chamado modelo assistencial, fundado na lógica beveridgiana e implementado inicialmente na Inglaterra após a Segunda Guerra Mundial, ao contrário, preconiza que os direitos devem ser universais, destinados a todas as pessoas incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos (testes de meios), mas garantindo mínimos sociais a todas as pessoas em condições de necessidade. O financiamento é proveniente, majoritariamente, (e, às vezes, exclusivamente) dos impostos fiscais e a gestão é pública estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios (BOSCHETTI, 2007a, p. 92).

Segundo Boschetti (2003), o Estado de bem estar social, ou *Welfare State*, foi uma das expressões mais utilizadas no século XX para designar o ‘conjunto’ de políticas que se ergueram com base no modelo fordista-keynesiano e tem sido utilizada imprecisamente para se referir a quaisquer tipos de política social. A autora adverte para os cuidados com o uso dos conceitos para não cair em uma armadilha de considerar que todas as experiências de proteção social têm um mesmo sentido. Os conceitos não se caracterizam apenas pela abstração do fenômeno pelo

pensamento, mas se relacionam ao contexto e especificidades históricas, nas formas de proteção social gestadas. Assim, como o *Welfare State* refere-se à especificidade da Inglaterra, o Estado Social é específico da formação alemã, o Estado Providência, da realidade francesa e assim por diante (BOSCHETTI, 2003, p.60).

Por conseguinte, o modelo de proteção social, desenvolvido na Alemanha, era restrito aos trabalhadores assalariados e o acesso aos seguros sociais estava condicionado a uma contribuição prévia. No caso do plano Beveridge, na Inglaterra, a lógica do seguro social foi substituída por um sistema de seguridade social universal, que incluía todos os cidadãos, independente da renda, e que era financiado com recursos de três fontes: do tesouro nacional, dos trabalhadores e dos empregadores (SALVADOR, 2010, p. 53-75).

O movimento operário no Brasil teve sua origem nas ideias anarquistas e comunistas. As primeiras organizações de lutas políticas remontam ao final do século XIX. As greves ocorridas eram em defesa de melhoria salarial, redução da jornada de trabalho, descanso semanal, férias, dentre outras. Foi a partir dessas lutas que foram conquistadas as primeiras formas de proteção social no país.

Por exemplo, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), nos anos de 1930, resultaram desse processo. Porquanto, os acordos realizados com o empresariado, favoreceram, inicialmente, os setores ferroviário e marítimo. Essas Caixas constituíram-se em uma espécie de seguro social, com uma função previdenciária, mas prestavam outros serviços, como os de saúde. De início, eram autofinanciadas, com recursos provenientes das empresas e do salário dos trabalhadores, sem a participação estatal. Só mais tarde, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), é que a interferência estatal se estabelece. As raízes da privatização da saúde estão exatamente aqui, na criação dos IAPs, quando se inicia a compra dos serviços de saúde ao setor privado através da previdência social.

Assim, a criação dos IAPs, na década de 1940, dá início a um sistema público de proteção social com a contribuição formal do trabalhador, empresariado, com a participação e controle do Estado. Então, ocorre um crescimento progressivo do fundo público previdenciário. De acordo com Salvador (2010), o fundo público

acumula reservas de interesse econômico e o fundo previdenciário funcionou como um “dos mais importantes ‘sócios’ da União e das empresas estatais criadas por Getúlio Vargas” (SALVADOR, 2010, p. 33).

Segundo Aciole (2006), os IAPs foram se tornando os maiores compradores de serviços médicos-hospitalares e os únicos com poder de compra, pelo alto volume de recursos que dispunha. E por não investirem em equipamentos próprios, foram se tornando dependentes da estrutura médico-hospitalar privada. O aumento do número de contribuintes e a elevação dos custos com a assistência médica influenciaram o governo na construção de equipamentos públicos de saúde. Assim, entre os anos 1948/1949, alguns hospitais e ambulatórios públicos foram inaugurados em todo o país, mesmo assim, a compra de serviço ao setor privado é predominante.

O Sistema Previdenciário permanecerá como comprador direto dos serviços de assistência hospitalar, somente modificando a gestão e a forma administrativa dos negócios, mas praticamente mantendo inalterada a natureza dependente em face da estrutura privada hospitalar. Estabelece a prática da compra de serviços de terceiros, em vez de investir em serviços próprios; política que é acompanhada de legislação com expressos limites sobre a concessão de aposentadorias e pensões pagas pelos Institutos de Previdência no período (ACIOLE, 2006, p. 144).

Com o avanço tecnológico e industrial da saúde, ocorre uma revolução na prática médica que aumenta os custos com saúde. A medicina previdenciária se transforma em mecanismo de grande interesse empresarial e vai sendo confiscada à medida que os investimentos em saúde vão sendo ampliados. Estes serviços vão se tornando mecanismos de exercício do poder econômico e político partidário, um espaço do controle, disputa, dominação e impregnados por práticas clientelistas.

Desta forma, na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem

política que se constituiu nesse período. É o próprio rosto de nossa estrutura social que se desenha sobre essa dupla face, ao menos no que esse rosto tem de mais atroz e recorrente em termos de poder (LUZ, 1991, p. 140).

É nesta estrutura de face duplicada a que se refere esta autora, que podemos verificar a ampliação do interesse capitalista com a saúde, contribuindo para o surgimento das empresas de saúde, como ocorre a medicina de grupo, as seguradoras de plano privado, as cooperativas médicas e outras⁵, assim como as indústrias de equipamentos médicos, de medicamentos, de insumos e outros produtos.

No Brasil, os anos 1950 foram caracterizados por estratégias de desenvolvimentismo e modernização econômica, a favor de um projeto nacional integrado à ordem capitalista industrial e guiado por uma ideologia que vinculava a pobreza e as doenças ao subdesenvolvimento. Isto concorreu para a institucionalização de políticas sociais, como a de saúde pública e para a criação do Ministério da Saúde, em 1953 (LUZ, 1991, p.140).

Ao longo do presente estudo, foi possível compreender o caráter dicotômico da política de saúde brasileira, pois, de um lado, estava a medicina previdenciária, cujos serviços eram prestados pelo setor privado e se constituíam de ações curativas e individualizadas. De outro lado havia um setor público de saúde, com caráter campanhista, caracterizado pela principal ação das campanhas de combate à epidemias e endemias, que foi concebido dentro de uma concepção militarizada e burocratizada.

Posteriormente, com a expansão do desenvolvimento industrial e a consequente aceleração urbana, ocorre um assalariamento crescente da população e uma maior pressão dos movimentos sociais pela extensão da assistência médica. Amplia-se, portanto, a prática de convênios entre o setor privado de saúde e as empresas médicas. E isso também contribui para expansão do setor industrial na saúde, pois na medida em que se amplia a demanda por serviços, cresce o setor prestador que necessita de equipamentos, instrumentos e medicamentos. Os

⁵ Mais adiante tratarei da composição e organização do setor privado de saúde, explicando melhor a constituição da medicina de grupo e outras formas de empresariamento da saúde.

grandes hospitais privados incorporam tecnologias de última geração e adotam a lógica da especialização dos recursos humanos. Estes, vão se constituir em principal referência de assistência à saúde no país (BAPTISTA, 2007, p. 38). E o fundo público vai cumprir a sua função de financiamento do capital e atender às demandas do trabalho. Como aborda Oliveira:

O que torna o fundo público estrutural e insubstituível no processo de acumulação do capital, atuando nas duas pontas de sua constituição, é que sua mediação é absolutamente necessária pelo fato de que, tendo desatado o capital de suas determinações autovalorizáveis, detonou um agigantamento das forças produtivas de tal forma que o lucro capitalista é absolutamente insuficiente para dar forma e concretizar, as novas possibilidades de progresso técnico abertas. Isto somente se torna possível apropriando parcelas crescentes da riqueza pública em geral, ou mais especificamente, os recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedades capitalistas (OLIVEIRA, 1988, p.16-17)

Nessa perspectiva, a instauração do regime militar, em 1964, aprofundaria a apropriação do fundo público pelo capital. Isto é, na medida em que o processo de centralização e privatização foi predominando em um contexto marcado pelo autoritarismo, repressão e censura. Uma das medidas desse governo foi a unificação dos IAPs, em 1967, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concentrando poder e controle de recursos em um único órgão. É neste momento que a Medicina de Grupo capitalizar-se-á e que o setor privado ampliar-se-á de forma crescente. Em um processo que tinha por base:

[...] máxima acumulação de capital, privilegiando o espaço hospitalar, ações curativas, especialização e sofisticação tecnológica. Houve entrada de capital estrangeiro nas áreas de medicamentos e equipamentos e amplo financiamento de hospitais particulares com dinheiro público via INPS. (CHAMIS e SILVA, 2008, p. 110)

Com o “milagre brasileiro”, na década de 1970, o atendimento a saúde torna-se cada vez mais segmentado: individual/coletivo; preventivo/curativo. Por sua vez, a saúde é tratada como bem de consumo voltado ao mercado e ao atendimento

cada vez mais massificado, estimulando a ampliação progressiva do setor médico-empresarial subsidiado pelo Estado e centrado na lógica lucrativa. Além disso, a formação médica vinculava-se a um modelo de especialização, sofisticação tecnológica e sem a conexão com a realidade social. Ou seja, totalmente distanciada das condições de vida da população (LUZ, 1991, p.142). Foi esse modelo médico assistencial que se tornou hegemônico durante a ditadura militar, voltado à acumulação do capital monopolista para expansão do setor privado, por meio da previdência social, a fim da constituição do complexo médico industrial hospitalar e farmacêutico; bem como para ampliação do financiamento público do setor privado de saúde. Segundo Vianna (2002), o complexo médico industrial é:

resultante de uma etapa particular do desenvolvimento capitalista da área médica, no qual as práticas privadas e capitalistas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções e relações de cada ator no interior do setor saúde. Nesse sentido, esse complexo não está sozinho *vis-a-vis* outras políticas do Estado e as necessidades de acumulação do restante da economia. Ao contrário, ele depende – em gênero, número e grau – da integração orgânica que consegue estabelecer com o sistema de produção que o delimita (VIANNA, 2002, p. 381).

Então, o termo *complexo-médico-industrial* começa a ser utilizado quando a lógica empresarial e lucrativa se torna predominante na área da saúde, originando vários segmentos produtivos: indústria de medicamentos, equipamentos médicos e hospitalares, assunto que abordaremos no segundo capítulo dessa tese.

Durante este período, entre as décadas de 1970 e 1980, a previdência social foi responsável pelo financiamento do referido complexo médico-industrial e tecnológico privado. Isso ocorreu com a ampliação da cobertura do atendimento, pois, mediante o aumento do número de contribuintes do INPS, foi necessário expandir a estrutura ambulatorial e hospitalar. A construção de hospitais privados, com tecnologia de ponta, foi realizada com subvenções públicas, acentuando as desigualdades no atendimento e fortalecendo o modelo privatista.

De acordo com Marques (1999), foi preciso não só aumentar a rede própria, mas contratar um grande número de estabelecimentos privados, e como este setor não possuía uma rede institucional que comportasse essa ampliação, precisou

expandir a estrutura hospitalar e ambulatorial. Para tanto, contou com o financiamento público. Nesse contexto, o fundo público foi utilizado para a expansão de um sistema privado de alta complexidade. Os recursos provinham do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pelo governo militar em 1974. “Esses recursos eram entregues ‘a fundo perdido’, quando destinados ao setor público e a juros subsidiados quando dirigidos ao setor privado” (MARQUES, 1999, p. 12).

Além de subsidiar a construção desse complexo, o Estado ainda comprava do setor privado os serviços médico-hospitalares. O INPS dividia suas ações entre o seguro social e a saúde. E com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, as ações são divididas entre previdência, assistência social e assistência médica. O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) responsabiliza-se pela administração dos serviços médicos. Este atuava, de um lado, coordenando o sistema próprio, composto de uma rede de serviços e equipamentos hospitalares e ambulatoriais, e de outro, comprando serviços do sistema privado, que estava subdividido em: 1) subsistema credenciado, no qual o pagamento ocorria por unidade de serviços e 2) subsistema conveniado, que atuava com mecanismos de pré-pagamento pelos serviços que iriam ser prestados.

O Estado financiava internações de baixa complexidade em um sistema de faturamento aberto, e ainda era o dono de um considerável parque hospitalar de maior complexidade. Com isso, além de vender serviços ao setor público, o setor privado viabilizava a transferência para os hospitais públicos de seus pacientes de maior custo.” (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p. 181).

Em resumo, o *mix* público-privado constitui-se em uma das principais características do sistema de saúde brasileiro, processo que se aprofundou historicamente, com a capitalização dos serviços de saúde. De acordo com Luz (1991), a ditadura militar reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista e o modelo curativo da atenção médica previdenciária, aliando-os numa estratégia de medicalização social. Com o fim do milagre o país entra em uma

profunda crise econômica e segue-se com ela a revelação de escândalos acerca dos desvios de recursos do INAMPS, decretando-se, desse modo, a falência do sistema médico-previdenciário. É momento em que ressurgem os movimentos sociais, protestando contra o desemprego, a inflação, a carestia, as condições de vida e pelo fim da ditadura. Emergem, portanto, os movimentos sociais organizados em defesa da saúde.

Os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde (LUZ, 1991, p.143).

O principal movimento em defesa da saúde era constituído por profissionais desta área, aglutinando vários segmentos: entidades, partidos e outros movimentos em torno de um projeto de reforma sanitária. Propunha-se a ocupação dos espaços institucionais e a realização de mudanças radicais na política de saúde, com a construção de um novo sistema que garantisse a universalização do direito à saúde, a descentralização da gestão, a integralização e a democratização, propiciando a participação popular no processo decisório. Tratava-se de um projeto que indicava um conjunto de mudanças direcionadas à estrutura do Estado para que a saúde fosse assumida como responsabilidade governamental, ou melhor: como direito de todos e dever do Estado.

O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores do serviço privado passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas as suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. 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 à prestação de serviços a população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público. (RELATÓRIO DA 8ª CNS, 1986, p. 12)

Nesse sentido, a constituição do SUS é decorrente de uma trajetória de luta, que teve início no final da década de 1970, resultante de embates políticos e ideológicos travados por diversos setores da sociedade, principalmente a classe trabalhadora e os profissionais de saúde. Tais forças políticas delinearam-se no processo de redemocratização do país, influenciaram os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde e definiram propostas que resultaram em um desenho bastante heterogêneo do sistema de saúde instituído, devido à tentativa de conciliação de propostas contraditórias.

1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS): do contexto de idealização ao dilema da materialização.

Conforme já afirmamos, antes da década de 1980, o sistema de saúde brasileiro segmentava-se em: medicina previdenciária, destinada aos trabalhadores vinculados ao mercado formal; saúde pública, que tratava da assistência preventiva à saúde com as campanhas de controle às doenças endêmicas e epidêmicas e o mercado privado, constituído por consultórios, clínicas particulares, hospitais e maternidades, destinados aos que podiam pagar. Vale salientar que alguns dos hospitais e maternidades existentes, possuíam um caráter filantrópico e atendiam aos pobres e indigentes. Estes constituíam o principal alvo do clientelismo político.

Logo, a reforma da saúde pretendia superar esse sistema discriminatório que segmentava a população e priorizava o atendimento individual, curativo, em detrimento de um atendimento coletivo, preventivo e de um sistema universal. Ao longo da constituição do sistema de saúde no Brasil e, particularmente, durante o regime militar, constituía-se em um sistema no qual predominavam os interesses empresariais do setor médico-hospitalar. A proposta do novo sistema de saúde pretendia romper com as formas tradicionais de atenção à saúde, perpassadas ao longo da história, que priorizavam a assistência médica privatizada, curativa, individualizada e hospitalocêntrica, em detrimento de uma saúde coletiva e pública, que priorizasse a atenção primária com ênfase na prevenção e promoção da saúde.

A radicalidade das propostas aprovadas na 8ª CNS revelou o nível de organização da classe trabalhadora, em um momento de mudança conjuntural e de influências sociais-democratas – que em condições ditatoriais eram considerados socialistas e comunistas – revelavam os anseios populares e que foram incorporados às bandeiras dos setores progressistas integrantes do MDB (Movimento Democrático Brasileiro), da companhia das “Diretas Já”, em prol da redemocratização do Estado Brasileiro.

A década de 1980 se caracteriza por ser um período de ascensão de uma cultura política democrática, de crítica ao Estado autoritário, burocrático e centralizador e de instituição do fenômeno da participação popular, com as propostas de criação dos conselhos e de redefinição do entendimento de controle social.

Escorel (1989) considera que a luta pela saúde possui tanto um potencial revolucionário como de consenso. No primeiro caso, “adquire um caráter subversivo” na medida em que se contrapõe ao caráter de mercadoria, que lhe é concedido pelo sistema capitalista, sendo, portanto, um campo privilegiado da luta de classes. Para esta autora, no campo da saúde, essa luta “assume uma espécie de manifestação da luta ideológica da sociedade como um todo, em que a valorização da vida e da sobrevivência humana adquire relevância”. No segundo caso, o elemento potencial de consenso refere-se aos valores compartilhados, capazes de unir forças, fazer alianças e empreender a luta pela sua conquista (ESCOREL, 1989, p. 183-84).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) não foi um evento de posições homogêneas. Muito pelo contrário. Ela foi composta de uma diversidade de propostas acordadas no embate político ideológico e que, por fim, deliberou em prol da Reforma Sanitária, aprovando propostas que foram posteriormente instituídas na Constituição de 1988. A saúde foi reconhecida como direito de todos, dever do Estado e suas ações consideradas relevantes serviços de saúde pública. O artigo 198, a Constituição Federal afirma que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 2004, p. 117). As bases da construção do SUS fundamentam-se nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e nas diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização e da participação social.

O horizonte da Reforma Sanitária no Brasil foi de instituição de um sistema público de saúde, totalmente estatal. Contudo, os *lobbies* do setor privado no Congresso Nacional mantiveram esse sistema em caráter complementar. Isso garantiu a permanência da sua configuração híbrida: público/privado. Tal fato não ocorreu sem polêmica, pois na 8ª Conferência, as propostas em confronto, tais como a defesa do sistema completamente estatal e de um sistema público com livre iniciativa privada, teve como decisão final a criação de um sistema que deveria passar por um processo de estatização progressiva.

Consideramos que o acesso da população aos serviços de saúde sempre foi resultado de conquistas dos movimentos sociais, isso ocorreu na Inglaterra, na França, na Itália e demais países. Assim, podemos afirmar que a Constituição de 1988 foi fruto dessa luta histórica, do avanço político no Brasil, que pôs fim ao Estado autoritário. Desta ascendeu uma sociedade democrática e o sistema de saúde que é considerado um dos maiores avanços, em termos de proteção social, já alcançado no país. Sendo assim, o SUS, sistema que deveria se constituir, predominantemente, com caráter público, contemplará uma estrutura hospitalar e ambulatorial majoritariamente privada.

Foi um período de grande efervescência dos movimentos sociais, de mudança no regime governamental do país, com a derrocada da ditadura e o início do processo de redemocratização, em que muitos dos ideais da classe trabalhadora, particularmente os referentes à saúde, foram incorporados nas propostas de mudança e, posteriormente, sistematizadas na Carta Constitucional.

O rigor, a profundidade das discussões e análises, refletia-se nas propostas apresentadas no processo de preparação constituinte. O período era caracterizado pela mobilização popular, pelos anseios democráticos, mas, também, pela revolta face as profundas marcas e desigualdades sociais que resultaram dos 20 anos de repressão política e arrocho econômico. Portanto, a concepção de saúde, construída pelo movimento sanitário, refletia a necessidade de superação dessa realidade, no cenário das profundas desigualdades, da miséria, do desemprego e da falta de acesso às condições humanas e sociais.

A concepção de saúde originária do movimento sanitário foi sistematizada na 8ª CNS de forma ampla, negando a visão hegemônica que a relacionava

exclusivamente como ausência de doença. Também extrapola a concepção predominante instituída pela Organização Mundial de Saúde de “pleno bem estar físico, mental e social”, reconhecendo que a saúde apenas não se limita a ausência de doença, mas não estabelece relação com a estrutura econômica, política, social e cultural fundada pela ordem capitalista.

No relatório da 8ª Conferência: “a saúde é definida em um contexto histórico de uma determinada sociedade, em um dado momento histórico vivido por essa sociedade e é conquistada pela população nas suas lutas cotidianas”. Constitui assim um direito que deve ser garantido pelo Estado e integrado às demais políticas sociais e econômicas, o que implica em garantia de outros direitos como: trabalho para todos, em condições adequadas, moradia, informação e educação, defesa do meio ambiente, transporte, lazer, segurança, liberdade, participação e acesso universal e igualitário aos serviços (BRASIL, 1986, p. 4).

Os ideais revelam bem um determinado momento histórico no Brasil: o da luta pela redemocratização do país. Assim, o anseio de mudança e busca da igualdade, da liberdade, da democracia se expressam através das propostas que partem de uma análise da realidade social vivida naquele momento histórico, da necessidade de materializar a saúde como direito social conquistado por uma população que estava submetida a uma enorme desigualdade, em que a concentração de renda e fundiária era extrema, e a fome, a miséria, a desnutrição constituíam parte do cenário da saúde no Brasil, no qual predominavam interesses empresariais da área médico-hospitalar e das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos.

Para fins do nosso estudo, destacamos aqui algumas polêmicas presentes nas discussões realizadas na 8ª CNS:

1. A que tratou da natureza ou condição do sistema na sua relação público-privada, ou seja, havia uma proposta radical, a favor da estatização integral e imediata de todas as instituições destinadas à saúde;
2. A que prevaleceu, defendia a estatização progressiva do sistema de saúde, argumentando a necessidade de fortalecer o seu caráter público e manter o setor privado na condição de serviço público “concedido”, através da realização de contrato regido por normas do direito público.

3. Houve também uma proposta conflituosa que se referia à estatização da indústria farmacêutica, que foi aprovada na Assembleia Final, apesar de não haver sido aprofundada no processo das discussões.

4. Uma grande polêmica se referiu à separação Saúde/Previdência, principalmente no que se refere às fontes de financiamento da saúde, cuja proposta foi que a receita fosse formada por impostos gerais, constituindo-se um orçamento próprio para a saúde. Os recursos do INAMPS seriam parte provisória desse orçamento até que fosse realmente constituído o próprio orçamento da saúde (BRASIL, 1986, p. 02-03).

Dentro do jogo de forças em confronto na Conferência, cedeu-se lugar à permanência do sistema dual. Em que pese a defesa da instituição do SUS, este permaneceu aberto à lógica do mercado, do lucro, que, por conseguinte seguiu com a expansão das empresas de Medicina de Grupo e os Seguros Privados.

A relação com o setor privado definida na 8ª CNS não foi totalmente incorporada pela CF 1988, que deveria estar fundada no controle pelo poder público, subordinada às seguintes orientações: estabelecimento de um contrato padrão regido pelos princípios do Direito Público, sendo o setor privado um concessionário do público. Os critérios de adequação e avaliação, considerando o perfil epidemiológico da população e a qualidade do serviço; intervenção estatal rigorosa dos serviços que tiverem incidência de fraude, os quais deveriam inclusive ser expropriados em caso de comprovação de fraudes, além disso, a proposta da estatização progressiva não foi levada em consideração.

Outro fator que consideramos importante destacar refere-se à discussão sobre o processo de universalização da saúde, que envolvia, além da ampliação da demanda por serviços, (visto que incluía toda a população no sistema), a desvinculação da saúde do âmbito da previdência social, que detinha a principal fonte de recursos. Como grande parte dos recursos dessa fonte era destinada aos benefícios sociais, como: pensões, aposentadorias, dentre outros, ficou claro que haveria necessidade de se criar novas fontes para compor o orçamento do sistema de saúde. Então, além daquela fração já destinada pela previdência social, tinham que ser definidas pela Constituição Federal as fontes que iriam compor a seguridade social e, particularmente, a saúde.

A universalização também implicava na necessidade de constituição de uma rede de serviços ambulatoriais, hospitalares, públicos e estatais, que dessem conta da demanda a ser recebida pela assistência à saúde. Entretanto, a maior parte dos estabelecimentos existentes pertencia ao sistema privado. Por isso, uma das propostas aprovadas na 8ª CNS em relação ao processo de formulação do sistema nacional de saúde era a de redirecionar os fundos públicos, que antes serviam para financiar a construção, a reforma, a ampliação de estabelecimentos e mesmo, a compra de equipamentos para as instituições privadas, para que se tornasse fonte exclusiva de financiamento da rede de serviços públicos estatais. (BRASIL, 1986, p. 16).

Com tais posicionamentos aprovados na 8ª CNS, evento de maior peso na construção do SUS, as vanguardas contavam com a realização de uma ampla Assembleia Nacional Constituinte, defendida pelas forças da esquerda brasileira. Entretanto, as forças conservadoras conseguiram que a formulação da Carta Constitucional fosse elaborada em um Congresso Constituinte, isso impossibilitou a aprovação de alguns aspectos importantes previstos no Relatório Final da CNS, como foi o caso da estatização progressiva dos serviços de saúde.

Com a aprovação da Constituição Federal do país, a saúde passou a compor o tripé da seguridade social. E várias dificuldades foram enfrentadas no processo de sua implementação, dentro da perspectiva definida pelo movimento de reforma da saúde, particularmente para a concretização da universalização, em face de um sistema cuja capacidade de atendimento era deficiente e insuficiente, resultado do processo de institucionalização dicotomizado, fragmentado e dualizado no qual prevaleciam os serviços privados de saúde.

Segundo Paim (2009, p. 43), a ideia central do movimento de reforma era a criação de um sistema no qual a saúde fosse reconhecida como um direito. Este deveria ser algo que garantisse o acesso a todas as pessoas, independente de mérito, da condição de pobreza ou do poder aquisitivo. Um sistema solidário, cujos valores prevalescentes fossem da democracia, da igualdade, da equidade. Isto é, um sistema sem privilégios e sem discriminação.

O SUS, como sistema, envolve um complexo de agências. São as instituições responsáveis pela promoção, proteção, recuperação da saúde e dos agentes

trabalhadores que compõem as equipes executoras das ações de saúde. Este sistema também requer uma tomada de consciência da população acerca das necessidades, dos determinantes da saúde, das causas das doenças e dos direitos sociais. Na concepção deste autor, apesar desse adjetivo de 'único', o sistema de saúde é composto por uma diversidade de organizações: públicas e privadas (com e sem fins lucrativos). Por isso, compreende-se para além do conjunto de estabelecimentos e serviços (PAIM, 2009, p. 16).

O sistema de saúde é integrado não só pelos estabelecimentos de saúde, mas também pela mídia, escolas, financiadores, indústrias de equipamentos e de medicamentos, universidades, institutos de pesquisa etc. Daí que alguns documentos técnicos façam a distinção entre sistema de saúde e sistema de serviços de saúde, embora na linguagem comum tenham o mesmo significado. Tecnicamente, porém, o sistema de saúde é considerado algo mais abrangente, contemplando um conjunto de agências e agentes que realizam as ações de saúde [...]. Já o sistema de serviços de saúde é mais restrito, limitando-se aos prestadores de cuidado de saúde, ou seja, representando uma parte ou um subsistema do sistema de saúde, conjunto de agentes e agências, públicos ou privados, que se relacionam entre si, visando a atenção à saúde dos indivíduos e da população (PAIM, 2009, p.16-17)

De acordo com esse autor, no sistema de serviços de saúde, os objetivos são divergentes. Isso quer dizer que os interesses não são comuns. Há aqueles que têm a finalidade de assegurar a saúde da população, mas há os que estão preocupados apenas com os lucros. Portanto, um dos grandes desafios é o de conciliar esses interesses contraditórios (PAIM, 2009, p. 17). Todavia, não há como conciliar interesses extremamente divergentes, um exemplo é tratar a saúde como mercadoria, elemento de troca e fonte de lucro, quando esta é uma condição de manutenção da própria existência.

Por conseguinte, embora o SUS constitua-se como universal, não rompeu com o padrão dual e segmentado, visto que os interesses divergentes e contraditórios concorrem para manutenção do sistema dualizado. Desse modo, há uma camada da população que não tem condições de pagar pelos serviços, sendo atendida pelo sistema público, ao mesmo tempo em que se cria, por outro lado, uma camada de consumidores de serviços e planos de saúde privados. O próprio texto

constitucional afirma, no artigo 199, que a saúde é livre à iniciativa privada. Assim, ao mesmo tempo em que a CF/1988 reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, também assegurou a participação do setor privado no sistema, de forma complementar.

Nesse sentido, a contradição foi mantida no texto legal que reconheceu indiretamente a saúde como mercadoria, garantindo a liberdade de mercado. Isto contribuiu para a abertura das comportas para a compra e a venda de serviços e procedimentos de saúde, mercado em que o maior comprador acaba sendo o SUS. Mesmo considerando a inserção privada de forma complementar, com prioridade, para as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, no caso da prestação de serviço para o SUS, as instituições privadas com fins lucrativos passaram a ocupar lugar de destaque no país. Essa duplicidade tem se aprofundado, a implantação da política de regulação, por exemplo, nada mais é do que o reconhecimento da atuação do setor privado lucrativo no mercado de saúde brasileiro. O crescimento do mercado privado de saúde ocorreu paralelo a institucionalização do SUS.

De acordo com Bahia (1999), o SUS pretendia superar as características duais, entretanto, esta foi se disseminando de tal forma que, no final da década de 1980, já se apresentavam as evidências do potencial do mercado privado de saúde no país. Isto ocorreu porque como o SUS teve condições estruturais imediatas para atender a crescente demanda, o mercado apresentou-se como a alternativa mais viável. Assim, os recursos públicos que deveriam ser direcionados para a assistência a toda população, passaram a ser destinados aos mais pobres e aos mais carentes. Por outro lado o mercado foi ocupado pelo que tivessem condições de pagar. Nesse sentido, ocorreu uma focalização que foi anteposta a universalização (BAHIA, 1999, p. 17-18).

Assim, o diagnóstico de uma incapacidade crônica do SUS, para expandir suas bases de financiamento, melhorar a qualidade e ampliar o acesso aos serviços de saúde, estava associado às formulações de alternativas de convocação do setor privado para o desempenho de funções que liberassem o Estado das funções assistenciais e até das fiscais. Os novos horizontes para o setor privado se estendiam desde a mera terceirização dos serviços até a formação/adaptação de consórcios intermunicipais, entidades privadas sem fins lucrativos, que administrariam dois tipos de planos privados: um para os que “não podem pagar” e que atualmente

representam os clientes do SUS e outro para os que estão cobertos por planos mantidos direta ou indiretamente pelas empresas empregadoras. Estes planos seriam financiados com recursos governamentais e por recursos diretamente repassados pelas empresas, que teriam o direito de abatê-los das contribuições que realizam para a seguridade social. (BAHIA, 1999, p. 19).

Então, apesar dos avanços legais conquistados na saúde terem sido significativos, houve uma contradição na materialização dos direitos sociais que se manteve fortemente tensionado pela ofensiva político-econômica neoliberal. As reformas no aparelho do Estado que foram sendo instituídas, nesse contexto, significaram enormes retrocessos para as políticas e direitos sociais, como veremos a seguir.

1.3 O contexto da contrarreforma neoliberal no Brasil: contradições na materialização do Sistema Único de Saúde

O neoliberalismo configurou-se como uma ideologia hegemônica nos países capitalistas desenvolvidos, no final da década de 1970, embora suas bases doutrinárias remontem o início do século XX, quando Hayek e Fridman alertaram que o intervencionismo keynesiano constituía-se em uma ameaça ao desenvolvimento do capital e da liberdade individual. Mas somente a partir da grande crise do capital, no final dos anos de 1970, com as altas taxas de inflação, a queda da taxa tendencial de lucro, o reduzido crescimento econômico, causando estagnação, recessão, desemprego; o alvo de ataque deu-se nas políticas de proteção social. E as ideias neoliberais foram trazidas à tona, com medidas que visam a estabilidade monetária, a diminuição dos gastos sociais e a desestabilização dos movimentos sociais, particularmente, do movimento sindical.

A institucionalização do sistema de seguridade social, no Brasil, ocorreu em um momento de questionamento da viabilidade do Estado de bem estar social nos países centrais, os quais passaram a propagar de forma ofensiva as estratégias de privatização das políticas sociais e de redução das funções do Estado. A ideia de

atenção universal, baseada na concepção de saúde como direito, entrou em confronto com a dinâmica das reformas mundiais, que foram sendo instituídas com a crise do capitalismo mundial ocorrida na metade da década de 1970.

A crise do capital, no final do século XX, abalou a ordem de acumulação em nível mundial e definiu, entre as décadas de 1980/1990, uma nova orientação econômica, política, social e cultural, provocando mudanças em todas as dimensões da vida social. Compreender esse processo requer entender as transformações ocorridas na conjuntura mundial, a partir da segunda metade dos anos 1970, que redirecionaram o capitalismo a uma estratégia de recomposição do padrão de produção e acumulação. É uma perspectiva de recuperação de uma grave crise que se encaminhou para um processo de reestruturação de produção, de retomada das taxas de lucro, conduzindo a ascensão do capitalismo entre as décadas de 1930/1970.

Para Meszáros, trata-se de uma crise estrutural, pois afeta as condições de autoexpansão do capital, perturbando a sua tripla dimensão interna (produção, consumo e distribuição). Esta crise rompe com o percurso normal de crescimento e desloca as contradições acumuladas pelo sistema. Significa que as condições internas próprias da sua autoexpansão foram modificadas de forma radical. São disfunções antagônicas que tendem a se tornar cumulativas e, portanto, estruturais. Entretanto, como o objetivo do capital é a sua autorreprodução, todas as necessidades humanas lhe devem estar subordinadas (MÉSZÁROS, 2011, p.799-800).

Nas condições socioeconômicas crescentemente instáveis, são necessárias novas 'garantias políticas', muito mais poderosas, garantias que não podem ser oferecidas pelo Estado capitalista tal como se apresenta hoje. Assim, o desaparecimento ignominioso do Estado de bem-estar-social expressa claramente a aceitação do fato de que a *crise estrutural de todas as instituições políticas* já vem fermentando sob a crosta da 'política de consenso' há bem mais de duas décadas. O que precisa ser acentuado aqui é que as contradições subjacentes de algum modo se dissipam na crise das instituições políticas; ao contrário, afetam toda a sociedade de um modo nunca antes experimentado. Realmente, a crise estrutural do capital se revela como uma verdadeira *crise de dominação* em geral (MÉSZÁROS, 2011, p. 800).

Essa crise estrutural afeta todas as dimensões da vida humana, todos os espaços de produção e reprodução, determinando rearranjos na economia, na política, na cultura, no meio ambiente, nos valores, sob os quais o capital intensifica sua natureza destrutiva, impõe a necessidade de reorganização do processo produtivo, visando retomar seu processo de autoexpansão e recuperar seus níveis de lucratividade, o que determina mudanças em todos os lugares do planeta, com medidas de reestruturação econômica.

Essas medidas de recomposição do capital foram mediadas por mecanismos de ajustes estruturais de fundamentação neoliberal, que recaíram pesadamente sobre os países menos desenvolvidos, particularmente os latinoamericanos. Por determinação dos grandes organismos internacionais: Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Mundial do Comércio (OMC), Organização das Nações Unidas (ONU), os países da América Latina foram submetidos a ajustes estruturais, com medidas de liberalização do mercado; de redução dos recursos orçamentários destinados às políticas públicas, de privatização e de manutenção de *superávit* para pagamento da dívida pública.

Essas medidas instituídas no Brasil, no final dos anos de 1980, vieram para dismantlar as conquistas democráticas asseguradas na constituição de 1988, e o SUS foi afetado duramente em todo esse período marcado pela manutenção e ampliação de um projeto de privatização, que abre ao mercado perspectivas para implantação, pelas grandes agências, de planos e seguros privados, para a formação de cooperativas médicas e ampliação dos serviços privados de assistência à saúde. Ao mesmo tempo, os cortes orçamentários contribuíram para a redução das políticas sociais universais, afirmando a seletividade, a focalização e a restrição de direitos sociais.

Os mecanismos de ajustes estruturais do receituário neoliberal impuseram uma reforma do Estado, que implicou em: liberalização de capitais, abertura a privatização, flexibilização do mercado de trabalho e redução das políticas e direitos sociais. Orientações que se confrontaram com os princípios do projeto de reforma sanitária, inerentes à implantação do SUS, particularmente, o da universalização da saúde.

A cultura neoliberal é da negação das políticas sociais como direitos sociais e da sua afirmação como mercadoria, preconizando uma perspectiva do cidadão comprador de serviços, um *cidadão consumidor*⁶. O projeto neoliberal recupera, portanto, a cultura política dominante, conservadora, na medida em que responsabiliza os indivíduos pela manutenção e execução dos direitos sociais de forma privada, negando, as conquistas políticas democráticas, resgatadas na década de 1980.

Segundo Paim e Teixeira (2007), a reforma neoliberal segue um modelo gerencialista que desresponsabiliza o Estado com uma parcela significativa dos direitos sociais conquistados, assegurando a terceirização e a precarização do trabalho em saúde. Na concepção de Behring (2003), o ajuste neoliberal, além de provocar um aumento do desemprego, amplia o empobrecimento e consequentemente as demandas por serviços sociais públicos, promovendo uma verdadeira antinomia entre política econômica e política social, visto que, corta gastos, flexibiliza direitos e propõe a privatização dos serviços. Para esta autora, a contrarreforma do Estado trouxe impactos regressivos, destrutivos e criou obstáculos ao avanço da democracia reduzindo as garantias constitucionais, especialmente, no campo da seguridade social, que na saúde o conceito de universalização excludente é confirmado na configuração dualizada, ou seja:

[...] um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros, já que os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade permanecem no setor público, sendo inclusive utilizados pelo setor privado, especialmente com a criação das organizações sociais. [...] Já os atendimentos de média complexidade e que requisitam tecnologia de ponta, muitas vezes restringem-se ao setor privado, o que torna seu acesso mais difícil por parte da maioria da população. (BEHRING, 2003, p. 268).

No contexto das orientações neoliberais, o papel do Estado, em relação à proteção social, é reducionista, pontual, seletiva e segmenta a sociedade entre os que podem e os que não podem pagar. As funções do Estado devem atender aos

⁶ Nos termos de MOTA (1995).

interesses do capital, subordinando os direitos sociais à lógica do mercado. O Estado é responsabilizado por deficiências na gestão do fundo público pela corrupção, pelo mau investimento e pelos desvios do dinheiro público.

O SUS foi se estruturando e avançando dentro dessa lógica definida pela ordem do capital, sob as orientações de ajuste estruturais, em um processo bastante contraditório, que implicou em distanciamento dos princípios fundadores do sistema, em particular do acesso universal, à medida que predominaram as ações pontuais, seletivas, focalizadas e individualizadas, conformando a efetivação de uma “universalização excludente”, segmentada pelas contradições entre a necessidade de afirmação do direito à saúde e as dificuldades de sua concretização (FAVERET FILHO e OLIVEIRA 1989; MENDES 1993).

E em face deste contexto, Bravo (2006) ressalta a existência de dois projetos em tensão: o da reforma sanitária tentando assegurar que o Estado seja o responsável pelas políticas sociais; e o privatista, pautado na política de ajuste, de contenção dos gastos, de racionalização da oferta e descentralização isenta as responsabilidades do poder central. A autora afirma que, nestes termos, o Estado deve garantir um mínimo aos que não podem pagar e destinar os outros ao mercado, subordinando a política de saúde à ordem econômica.

A universalidade, além de ser um dos fundamentos centrais definido no projeto de Reforma Sanitária, tem sido um dos princípios que tem provocado maior resistência, visto que o projeto da saúde articulada ao mercado é guiado por concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, que se contrapõe às concepções coletivas e universais do SUS (BRAVO, 2006).

Nesse sentido, o cenário de institucionalização do SUS caminhou por mudanças regressivas com o programa de estabilização financeira e ajuste fiscal, sob a orientação neoliberal das duas grandes instituições financeiras internacionais: o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). Essas definiram um processo de desregulamentação da economia e do mercado de trabalho, bem como a minimização do Estado com um processo de “enxugamento”. Isso ocorreu com a adoção de uma série de medidas que incluíram a privatização de empresas estatais. Então, podemos afirmar que o processo de estruturação do SUS ocorreu como “um movimento contra-hegemônico a um modelo político-econômico predominantemente

excludente” que privilegiou o ajuste econômico em detrimento das políticas sociais (BRASIL, 2000, p.12).

A conjuntura foi marcada também por movimentos de resistência ao processo de desmantelamento do Estado. Contexto em que foram criados os Sindicatos da Saúde, por meio de um processo de unificação das entidades por categorias e de sua substituição por um sindicalismo organizado por ramo de atividade, sob a orientação da Central Única dos Trabalhadores (CUT). Este momento conjuntural foi desfavorável às mudanças necessárias à institucionalização do SUS e propiciou o crescimento, empresariamento e reconfiguração do setor privado, na medida em que se multiplicaram as agências de saúde suplementar.

O governo liberal e conservador, eleito no início dos anos de 1990, deu início ao ajuste neoliberal e boicotou a implantação do SUS, bem como reduziu o repasse de recursos para a saúde. Período em que se reivindicava a aprovação da legislação de regulamentação do SUS, permeado por fortes embates entre as forças contrárias ao SUS e os defensores da reforma. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) foi aprovada com inúmeros vetos, principalmente, nos artigos que tratavam do financiamento e do controle social, dividida em duas leis: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.

Dada à complexidade estrutural do país, a descentralização requerida na implantação do SUS foi instituída por meio da edição de Normas Operacionais Básicas (NOB), que orientavam o processo definindo e os critérios de transferência dos recursos da esfera federal para os estados e municípios.

A primeira NOB foi editada pelo INAMPS, em 1991, e ainda considerava o município como um mero prestador de serviços. Concedia pouca autonomia na execução das ações, serviços de saúde e definia a transferência de recursos com base na produção, não distinguindo serviços públicos e privados. A NOB editada em 1993 definiu o processo de construção da autonomia municipal. Isto após um intenso movimento municipalista que se encaminhou até a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, defendendo que o caminho para a consolidação do SUS seria a municipalização.

De acordo com Santos *et al* (2008, p.1433), o SUS foi constituído sob uma base fortemente privatizada, resultando em um modelo peculiar no qual há uma

estreita vinculação do estatal (público) e do privado que são caracterizados como os principais elementos estruturantes do sistema de saúde. Ao mesmo tempo em que vai sendo institucionalizado, há um “crescimento expressivo da assistência médica privada, proporcionado por planos e seguros de saúde”.

As reformas de caráter neoliberal iniciadas com o governo Collor/Itamar, prosseguiram nos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), conduzindo a mudanças regressivas nas políticas e direitos sociais, o que tornou ainda mais visível a grande contradição entre a lógica universalista e privatista no sistema de saúde.

O governo Collor deu o pontapé inicial, provocou desmantelamento do aparelho do Estado, com demissões em massa, extinguindo órgãos importantes numa reforma administrativa fundamentada em paradigmas de racionalização, redução de custos e redefinição do papel do Estado (COSTA, 2008, p.860). Mas foi FHC que introduziu os planos de ajuste e de estabilização econômica que além de desregulamentar a economia, reduziu a influência do Estado, flexibilizou as relações capital-trabalho e promoveu uma reforma através da qual executou uma grande privatização de empresas estatais.

O problema do financiamento foi um dos mais polêmicos desde a criação do SUS, sendo objeto de intensa discussão, tanto no que se refere às fontes de financiamento, como as formas de transferência de recursos entre as instâncias federativas. De acordo com Ocké-Reis (2009, p.11), com a Constituição de 1988 foi criado o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Definiu-se que 30% (trinta por cento), deveriam ser destinados à saúde. Com isto, esperava-se superar o modelo de seguro social, alargando e diversificando a base de financiamento da saúde. Entretanto, o OSS foi desmontado.

Segundo Marques e Mendes (2009, p.58), antes de 1988, o financiamento da saúde era viabilizado com recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Com a Constituição de 1988 e a Seguridade Social, a base de financiamento foi ampliada, sendo definido que deveriam ser destinados recursos dos orçamentos da União, estados e municípios, contribuições de empregadores e trabalhadores, faturamento e lucro, além das receitas de concursos e prognósticos, dos quais, 30% deveriam ser destinados para a saúde; percentual que nunca foi

cumprido. O que não foi definido: quanto seria a participação de receitas provenientes da União, estados e municípios.

Em 1993, 15,5% deveriam ter sido repassados para a saúde, provenientes da previdência social, mas não foram repassados por alegação de falta de recursos. E o Ministério da Saúde passou a solicitar empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Foi criado o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), mas não vinculava a destinação de recursos. Com o impasse da falta de recursos para a saúde, houve tentativas de destinação de recursos desse imposto para a saúde. E como não ocorreu nenhuma definição, esse imposto foi extinto em 1994, mediante alegação de inconstitucionalidade. E, posteriormente, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Em virtude dos problemas de financiamento, foi elaborada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169), definindo a vinculação de recursos para a saúde. Aprovada em 2000, como Emenda Constitucional 29 (EC 29).

De acordo com a EC 29, a União deveria alocar, para o primeiro ano, pelo menos 5% a mais do que foi empenhado no orçamento do período anterior, e, para os seguintes, o valor apurado no ano anterior corrigido com a variação do PIB nominal. Para os estados e municípios, a EC 29 definia a alocação de pelo menos 7% de suas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, para o primeiro ano, sendo que o percentual deveria aumentar anualmente até atingir, no mínimo, para os estados, 12%, em 2004, e, para os municípios, 15% (MARQUES e MENDES, 2007, p. 18).

Com a implantação do Plano Real, em 1994, foi criado um mecanismo de desvinculação entre receitas e despesas, permitindo a contenção de 20% do total de impostos e contribuições federais para o Fundo Social de Emergência (FSE), que depois passou a ser Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, posteriormente, Desvinculação de Receitas da União (DRU).

Nesse sentido, evidenciaram-se as dificuldades de financiamento e os recursos previstos para a saúde, em 1995, não foram suficientes. Isso gerou uma discussão acerca da criação de um imposto para a saúde (ALMEIDA *et al*, 1999). O imposto retorna em 1996, com a denominação de Contribuição Provisória sobre

Movimentação Financeira (CPMF), que foi aprovada no Congresso Nacional em 1995, com destinação de recursos para a saúde, mas não significou ampliação de recursos, pois, de outro lado, houve a redução de outras fontes que antes eram destinadas ao Ministério da Saúde.

Idealizada como recurso adicional e provisório, enquanto não se fizesse a reforma tributária e, nesta, eventualmente se aprovasse a vinculação de parte do orçamento da seguridade para a saúde, a CPMF tornou-se um recurso substitutivo das fontes de que dispunha o setor, particularmente a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL). Em 1995, o Ministério da Saúde recebeu 58% da arrecadação da Cofins, mas essa proporção caiu para 24%, em 1998 (AUGUSTO e COSTA, 2000, p.206).

Instituída a reforma do aparelho do Estado, se inaugurou a perspectiva da administração gerencial. O Plano de Reforma foi liderado por Bresser-Pereira e teve como principal argumento combater a crise do Estado através de uma reformulação composta por pilares, como: ajustamento fiscal, reformas econômicas orientadas para o mercado, política industrial e tecnológica competitivas; inovação dos instrumentos de políticas sociais para a melhoria na qualidade dos serviços; aumento da '*governança*' do Estado, traduzida na capacidade de promover e implementar políticas públicas eficientes (COSTA, 2008, p.863).

O ponto estratégico do PDRE (Plano Diretor de Reforma do Estado) estava no modelo conceitual, apoiado segundo Costa (2008, p. 864), em três dimensões: as formas de propriedade, os tipos de administração pública e os níveis de atuação do Estado. Nesse sentido, Costa (2008) afirma que:

Tradicionalmente, o senso comum e a ciência do direito distinguem dois tipos de propriedade — a pública e a privada, sendo pública toda aquela que está no domínio do Estado, e privada, por exclusão, todas as demais, que ordinariamente se diz estarem na esfera do mercado. O modelo propõe que a propriedade pública possa ser classificada em dois tipos: a propriedade pública estatal e a propriedade pública não-estatal. A propriedade estatal seria aquela tradicionalmente designada como propriedade pública, ou seja, o conjunto de bens sob controle estatal. Já a propriedade pública não-estatal compreenderia todos aqueles bens que, embora não sejam propriedade do Estado, servem ao interesse público.

Está nessa categoria o patrimônio de todas as instituições sem fins lucrativos dedicadas a prestar serviços à comunidade, como as fundações, as associações sem fins lucrativos, as sociedades civis de interesse público, as beneficências. Na hipótese de extinção, o patrimônio delas reverte ao Estado (COSTA, 2008, p. 864-865).

É nessa base conceitual que se encontra o esquema engenhoso do processo de privatização das políticas públicas e sociais. Por este caminho Bresser-Pereira, em seu PDRE, considera que a administração gerencial é mais adequada às agências autônomas, como as organizações não-governamentais e empresas privadas, induzindo a redução da participação do Estado na gestão dos serviços sociais (COSTA, 2008, p.865).

Foi provocado um “esmaecimento da linha que separa o Estado do mercado” (ELIAS, 2004), focalizando os gastos nos setores de extrema pobreza, descentralizando a gestão da esfera federal para estados e municípios, sem garantir a contrapartida necessária à execução das ações, ao mesmo tempo, em que desloca a prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, com a participação de entidades não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas (CORREIA, 2005).

De acordo com Silva (2011, p. 12), o desmonte na estrutura estatal veio afirmar a lógica de expansão do capital financeiro, ou capital portador de juros. Esta é uma contrarreforma que tem como um dos seus principais alvos a captura do fundo público para alimentar esse capital.

Segundo Chesnais (1996), o capital portador de juros, refere-se à centralidade do capital financeiro que, sob a forma de juros, empréstimos, dividendos, em uma especulação que busca gerar mais dinheiro sem sair da esfera financeira, que ele chama de propriedade patrimonial (títulos imobiliários, mobiliários, etc) ou rentista. A classe de capitalistas rentista situa-se na exterioridade da produção, em um sistema de relações econômicas cuja centralidade é financeira. Entretanto, não há um deslocamento entre produção e financeirização, mas uma articulação na qual se concretizam altas margens de lucros.

O processo de reestruturação e mundialização do capital, com o ajuste macro econômico, subordinaram os Estados nacionais a mecanismos de contenção das despesas públicas, e com o argumento de aumento da eficiência, eficácia e melhoria da qualidade dos serviços induziram o público ao residual e à predominância do privado.

O projeto de Reforma Administrativa Gerencial do Estado, no governo FHC, colocou em evidência as iniciativas de privatização e terceirização das políticas sociais, com a regulamentação das Organizações Sociais (OS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que teve seu crescimento estimulado, principalmente, com a experiência de sua implantação no estado de São Paulo. Seguindo as orientações dos organismos financeiros internacionais, particularmente do Banco Mundial, o SUS investiu na atenção básica, priorizando os programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma cesta mínima para as populações excluídas do mercado. Ao Estado, caberia a função de regular o mercado.

O ajuste fiscal na saúde teve impacto na restrição de recursos, precarizando cada vez mais o SUS, favorecendo o crescimento dos planos e seguros de saúde, comprometendo a universalidade e aprofundando a dualidade do sistema. Augusto e Costa (2000) afirmam que em 1999 havia uma estimativa de 40 milhões de brasileiros usuários de planos e seguros de saúde. De acordo com Andreazzi (2002), neste período, consolida-se um mercado privado de saúde bastante heterogêneo, sinalizando o interesse do capital financeiro com a atenção privada de saúde.

Considerando os aspectos aqui tratados, afirmamos então que o governo FHC concretizou uma contrarreforma gerencial do Estado, que seguiu as determinações dos organismos internacionais (FMI e Banco Mundial) de ajuste fiscal, de liberalização do mercado interno, de privatização dos serviços essenciais, de execução de *superávit* primário para o pagamento da dívida pública, de redução dos recursos orçamentários destinados à área social e estimulou a expansão privada com a venda das estatais. Esses mecanismos perversos, que vigoraram durante os dois governos de FHC e afetaram, principalmente, as políticas universais

inscritas na Constituição e comprometeram os gastos sociais com o pagamento da dívida pública, vão ser retomados e reproduzidos durante o governo Lula.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, trouxe a esperança para as mudanças na situação da classe trabalhadora. E que as políticas e direitos sociais, conquistados ao longo da história de lutas sociais, seriam priorizadas. Para a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi gerada uma grande expectativa de retomada dos princípios da reforma sanitária, segundo Bravo (2005, p. 2), um ponto importante no processo de discussão foi o fortalecimento da concepção de seguridade social. No entanto, na prática, essa concepção não foi valorizada e foi mantida a fragmentação das políticas de saúde, assistência social e previdência. A política macroeconômica foi o eixo condutor do governo, com os esforços voltados à eliminação do *déficit* fiscal, pagamento dos juros, encargos e amortização da dívida pública. Nesse momento, as políticas sociais foram subordinadas a essa lógica.

As propostas do governo Lula seguiram as orientações neoliberais que vinham sendo implantadas em governos anteriores. No seu primeiro mandato, encaminhou reformas estruturais iniciadas no governo FHC, e no segundo mandato, deu continuidade às políticas sociais focalizadas e compensatórias, limitando cada vez mais o gasto público destinado à Seguridade Social, priorizando novamente a política macroeconômica. No sistema de saúde, isso se reverteu em uma maior abertura à expansão do setor privado, que se beneficiou de várias formas: na oferta/venda de serviços ao SUS; assegurando e ampliando a saúde suplementar; na manutenção de mecanismos de renúncia fiscal e na inserção das novas modalidades de gestão (terceirizações, fundações e Organizações Sociais).

A perspectiva do governo esteve fundada na aliança com setores conservadores e não criou mecanismos para a defesa de uma política de saúde universal, integral e pública, mas para o desenvolvimento de políticas cada vez mais focalizadas e compensatórias, contribuindo com a perspectiva de privatização do público, de incentivo à lucratividade e o alargamento das grandes organizações que controlam os serviços de saúde. Na realidade, enquadra o sistema de saúde na lógica da acumulação e favorece cada vez mais a hegemonia do setor privado. E dentro dessa lógica, dá continuidade a concentração de investimentos na atenção básica – ou que não interessam ao mercado – bem como contrata serviços privados

dos setores vislumbrados com ninchos de mercado, ou seja, a média e alta complexidade.

De acordo com Boschetti (2007b), assim como no governo FHC, o governo Lula restringiu os direitos sociais e reforçou a lógica do seguro nas políticas de seguridade reduzindo benefícios, abrindo caminho para a expansão de planos privados, fundos de pensão, fragilizando a atenção básica e diluindo os princípios do SUS pela manutenção de uma “cesta básica”, sem assegurar os atendimentos de urgência, além de usar a política de medicamentos para favorecer o setor privado, por meio das farmácias populares, parte destas funcionando por meio de parcerias com o setor privado (BOSCHETTI, 2007b, p.13).

O governo Lula, portanto, deu prosseguimento aos ajustes fiscais restringindo os recursos para as políticas sociais, permitindo o desenvolvimento de mecanismos compensatórios focalizados nas camadas mais pobres e que não alteram a estrutura da desigualdade social. Além disso, ampliou a carga tributária sem que isso se revertisse em políticas sociais universais e redistributivas, contribuindo, ao contrário, para uma maior concentração de renda e riqueza.

Nesse sentido, “na política macroeconômica, o governo Lula elevou os *superávits* fiscais primários para mais de 4.25% do PIB” (DRUCK E FILGUEIRAS 2007, p. 28). Para esses autores, nesse governo houve uma continuidade da política adotada nos mandatos de FHC, tanto em relação às medidas econômicas, que mantiveram a hegemonia do capital financeiro, como nas sociais, que reduziram os direitos dos trabalhadores. Na concepção de Druck e Filqueiras (2007), ocorreu um *transformismo* político em relação ao governo Lula e o Partido dos Trabalhadores (PT), pois no processo de luta contra a ditadura e, particularmente, no final do regime militar, o PT tinha um posicionamento ao lado dos movimentos social e sindical, defendeu os direitos dos trabalhadores no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, conseguindo inserir na lei maior do país as reivindicações históricas desses movimentos e garantir como estatuto legal, uma seguridade social de fato universal (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007, p. 28).

Na concepção desses autores, em 2002, Lula representou a esperança de reversão das políticas neoliberais e de adoção de um novo modelo econômico que priorizasse políticas de emprego, renda e garantia dos direitos sociais legalmente

constituídos. No entanto, outro rumo foi seguido pelo governo dos trabalhadores, que contrariou a sua origem e a sua história. Este rompeu com as propostas anteriores e passou a incorporar “em seu discurso e em suas ações, a defesa da ‘via única’ para a sociedade brasileira”: a da ordem econômica mundial que é a do capital financeiro internacional (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007, p. 32).

A política social foi se transformando em sinônimo de política social focalizada, voltada para os mais pobres e miseráveis – com a criação de inúmeros programas de complementação de renda. Implementada de forma tímida pelos governos Cardoso, tal política vai ser ampliada e aprofundada pelo governo Lula, que lhe dá continuidade sob os aplausos do Banco Mundial. (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007, p. 29)

Conforme Magalhães (2010), o governo Lula, em nenhum momento, rompeu com o neoliberalismo, repetiu a política econômica de seu antecessor, durante o primeiro mandato. E no segundo, teve a intenção de programar uma nova política econômica, colocando em pauta o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Entretanto, os investimentos do PAC concentraram-se em infraestrutura e o que determina o desenvolvimento são as atividades produtivas, para as quais não houve investimento suficiente. Nesse sentido, as expectativas de crescimento foram ficando cada vez mais difíceis de serem concretizadas.

Na concepção de Freitas (2007), nesse governo, o medo assumiu o lugar da esperança. O ciclo de desigualdade e pobreza, produzido ao longo da história do país, não foi rompido. Muito pelo contrário, teve um enorme aprofundamento. O governo, que possuía uma grande legitimidade popular, eleito com o apoio dos movimentos sociais, classe média e setores do empresariado, optou por dar continuidade ao ajuste econômico estrutural iniciado por seus antecessores. Portanto, seguiu os rumos da política econômica já estabelecida anteriormente, com o processo de reestruturação produtiva, em uma expectativa desesperada de recuperar a credibilidade do mercado financeiro internacional e estabilizar a economia, realizando, assim, acordos de metas com as organizações financeiras internacionais (FREITAS, 2007, p.66).

Sader (2010), na defesa do governo Lula, afirma que este herdou uma dura situação econômica dos anos neoliberais, forjada por consensos nacionais. E por isso precisou manter alguns elementos da política do governo anterior. Sendo esse um dos pontos mais contraditórios para um governo eleito pelo campo popular, pois teve que se confrontar com as posições do movimento social, tanto no processo de ajuste fiscal, como das reformas, como a Reforma da Previdência Social.

Barbosa e Souza (2010) concordam com Sader, ao afirmarem que Lula precisou enfrentar os grandes desafios que foram gerados por um ataque especulativo iniciado no período eleitoral. Esse fato provocou uma aceleração inflacionária e contribuiu com a deterioração das finanças públicas. Nesse sentido, no início do governo, foi necessário adotar medidas na perspectiva de se “estabelecer um ajuste macroeconômico sólido para retomar o controle da situação monetária, fiscal e cambial do país” e para garantir a queda da inflação, tendo sido necessário elevar a taxa básica de juros (BARBOSA e SOUZA, 2010, p.59).

Na concepção desses autores, apesar dessas dificuldades, no governo Lula, o Brasil entrou em uma nova fase de desenvolvimento com crescimento econômico, de redução das desigualdades sociais, melhor distribuição de renda, redução do número de famílias abaixo da linha de pobreza e ampliação do número de pessoas na classe média, mantendo a estabilidade macroeconômica, com o controle da inflação, reduzindo a dívida do setor público e a vulnerabilidade das contas externas do país diante das crises internacionais.

Na concepção de Dias (2006), o que ocorreu foi um *transformismo* de um governo que chegou ao poder assumindo promessas de demandas da classe trabalhadora e resultou corroborando com os anseios da burguesia. Referenda que as alianças realizadas com parte da burguesia tiveram seu preço. O governo Lula assumiu um discurso ambíguo, ressaltando as ideologias de continuidades das reformas, que consolidaram “a nova situação de expressão da continuidade” e de um futuro que seria “parido com sacrifícios”. O governo, caracterizado pelo apoio das massas, passou a reproduzir, no discurso e nas ações, os interesses da burguesia.

Nesse sentido, não alterou as políticas macroeconômicas herdadas do governo FHC, ao contrário, estas foram radicalizadas, fortalecendo o *superávit*

primário, reduzindo recursos da área social. A Seguridade Social, que na Constituição engloba saúde, previdência e assistência, em perspectiva universalista e solidária, perdeu essa característica com a reforma da previdência, ao legitimar a mercantilização, por meio de fundos de pensão, e fortaleceu o capital financeiro, abrindo as possibilidades de capitalização e privatização da saúde.

Na concepção de Lesbaupin (2004), neste governo, os projetos da agenda neoliberal foram implementados, inclusive com a ‘compra’ de emendas parlamentares. Além disso, em pouco tempo, foram viabilizadas reformas como a da previdência e a tributária, aprovada as Leis das falências e de liberação de plantio dos transgênicos além do projeto das parcerias público-privadas. Segundo este autor, o Partido dos Trabalhadores (PT) sempre se caracterizou pela defesa dos direitos dos trabalhadores e pelo compromisso ético, mantendo oposição à política neoliberal. Esse partido, após assumir o governo, mudou completamente, pois passou a fazer alianças nos processos eleitorais de municípios e estados para aumentar o seu poder e se aliou com o Partido da Frente Liberal (PFL), o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e Partido Popular (PP). Recebeu apoio de Sarney, Antônio Carlos Magalhães, Paulo Maluf, dentre outros. Este partido deixou de defender os trabalhadores para privilegiar os banqueiros. Com isso, os canais de reivindicação, de manifestação da esquerda foram se fechando e a Central Única dos Trabalhadores (CUT) se tornou “um braço auxiliar do governo na área sindical” (LESBAUPIN, 2004, p.8).

Segundo Bravo (2011), a saúde, no primeiro mandato do governo Lula, sinalizava a retomada da reforma sanitária. Entretanto, foram mantidos dois projetos em confronto: o privatista e o de reforma. O governo ora fortalecia o modelo privatista, ora fortalecia o reformista. A autora destaca as seguintes ações que podem ser consideradas como formas de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, que ocorreram no início do primeiro mandato do governo Lula:

[...] o retorno da concepção de reforma sanitária; [...] a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do governo; [...] alteração na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua

realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha de representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. (BRAVO, 2006, p.102).

Como meios de continuidade da contrarreforma dos governos anteriores, a autora referenda “a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização de recursos humanos, no desfinanciamento”. Expõe como exemplo de ação focalizante, a centralidade no Programa Saúde da Família (PSF), que não se transformou em estratégia de reorganização da atenção básica, pois a cobertura foi voltada para as famílias carentes, desconsiderando o princípio da universalidade, como também o da integralidade, na medida em que não articulava a atenção básica com os demais níveis de assistência (BRAVO, 2006, p.104).

Como forma de precarização e terceirização de recursos humanos, a autora reforça que houve contratação de trabalhadores de saúde cujas categorias não haviam sido regulamentadas. No que se refere ao desfinanciamento, argumenta acerca da utilização de recursos da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas.

Na atenção hospitalar, destacam o fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários com o SUS, a estruturação de serviços de emergência, como o Programa Nacional de Atenção Integral a Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bem como as Centrais de Regulação Regionais de Urgências (BRAVO, 2011, p.18). Entretanto, esse governo permaneceu com a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos e desfinanciamento do sistema. Ou seja, priorizou o PSF, não como estratégia de reorganização da atenção básica, mas como extensão de cobertura aos mais carentes.

De acordo com Bravo (2011), pode-se identificar em estudos, de alguns autores, que a política de saúde no governo Lula sofreu impactos da política econômica e as questões centrais, como: universalização, financiamento, política de gestão do trabalho e educação em saúde e política nacional de medicamentos, não foram resolvidas (BRAVO, 2011, p. 18).

No segundo mandato, na concepção de Bravo, esse governo já não apresentava compromisso com a reforma sanitária, não enfrentava as questões centrais e a concepção de Seguridade Social, a política de recursos humanos, gestão do trabalho, educação em saúde e saúde do trabalhador. E apresentava proposições regressivas, como a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), projetos de lógica privatista. Deu continuidade, portanto, a lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro, em detrimento das políticas sociais, subfinanciando a saúde, ampliando a desigualdade e não permitindo a concretização da universalidade. Isto é, consolidando “um modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado com ênfase na privatização” (BRAVO, 2011, p. 24).

Enfim, entre os dois mandatos do governo Lula não houve alteração fundamental que o qualificasse como um verdadeiro representante dos trabalhadores. Oliveira (2007) considera que houve uma “hegemonia às avessas”, na qual a classe dominante cedeu ao discurso, desde que fossem mantidos os fundamentos da dominação. E o Programa Bolsa Família se constituiu em base dessa hegemonia, que garantiu a reeleição em 2006. Afirma que “Lula se transformou num mito. E os mitos estão acima da política, dos conflitos e das classes sociais” (OLIVEIRA, 2007)⁷. A “hegemonia às avessas” não leva em consideração a existência de conflitos de classe. O governo representa a vontade da classe dominante, dos ricos, e simula uma anulação da luta de classes, criando o consenso.

Para Singer (2009), Lula se transformou num fenômeno político recente e polêmico: o *lulismo*, e não se constitui uma “hegemonia às avessas”, mas se trata de uma consagração popular, pois na sua re-eleição o ex-presidente contou com o apoio dos pobres, principalmente os de baixíssima renda. O eleitorado brasileiro se dividiu em ricos e pobres. “A polarização social do pleito deu-se pela implantação de Lula entre os eleitores de baixíssima renda, visível desde o primeiro turno, assim como a de Alckmin, entre os eleitores de renda mais alta” (SINGER, 2009, p.86). Para este autor, a diferença entre o primeiro e o segundo turno da eleição de Lula está num deslocamento que ocorreu da classe de renda média e a de renda

⁷ Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/chicooliveira040207.pdf>.

baixíssima. Foi esta última que deu suporte ao *lulismo*. A configuração ideológica é que constituiu a raiz do *lulismo*, pois aliou elementos de esquerda e direita, que no discurso e na prática uniu a manutenção da estabilidade econômica e mecanismos de ação distributiva do Estado.

Tal estabilidade econômica e ação distributiva são questionáveis quando nos voltamos para os dados expostos por Fattorelli (2012), na auditoria cidadã da dívida brasileira. Para esta autora, em meio às exposições da mídia acerca da corrupção no interior do Estado, a verdadeira corrupção institucional está se dando no campo financeiro, com as privatizações dos serviços e patrimônios públicos (previdência, jazidas de petróleo, aeroportos, florestas, rodovias, hospitais universitários etc).

Qual a justificativa para a entrega de áreas estratégicas ao setor privado? Por que criar um mega fundo de pensão para os servidores públicos do país quando os fundos de pensão estão quebrando no mundo todo, levando milhões de pessoas ao desespero? Por que leiloar jazidas de petróleo se a Petrobrás possui tecnologia de ponta? Por que abrir mão da segurança nacional ao entregar os aeroportos mais movimentados para empresas privadas e até estrangeiras? Por que privatizar os hospitais universitários se esses são a garantia de formação acadêmica de qualidade? Por que privatizar florestas em um mundo que clama por respeito ambiental? Por que deixar que serviços básicos, sejam automaticamente privatizados, a partir do momento em que se corta recursos destas áreas? O que há de comum em todas essas privatizações e em todas essas questões? (<http://www.viomundo.com.br/politica/maria-lucia-fattorelli-estado-maximo-so-para-os-bancos.html>)

Para Fattorelli (2007), a resposta a todas essas questões é que o beneficiário “é um ente estranho à nação”, ou seja, o setor privado financeiro e as grandes transnacionais. Há uma enorme falácia de que está tudo sob controle com a economia brasileira. A autora questiona: se o Brasil vai tão bem porque o patrimônio público está sendo rifado? Não se pode negar que houve um crescimento do PIB e o que o país é, hoje, a 6ª potência mundial. No entanto, ocupa a 84ª posição no que se refere a Direitos Humanos. Há uma visível incoerência entre a riqueza do país e a sua realidade social. Segundo essa autora, a crise do capital que afetou as grandes potências em 2008, também afetou o Brasil. Essa crise que vem abalando todos os

países tem seu foco no setor financeiro. As instituições financeiras correm risco de quebra.

Fattorelli (2007) explica que a desregulamentação econômica permitiu a emissão de muitos derivativos pelos bancos, ou seja, papéis sem lastro financeiro, que a autora denomina de “ativos tóxicos”. Trata-se de uma especulação incalculável que tem afetado as economias, aumentando a dívida pública e impondo ajustes fiscais, sacrificando os trabalhadores com a perda dos direitos sociais. Na concepção da autora, as privatizações se constituem formas de reciclagem dos “ativos tóxicos”. Portanto, é necessário que os trabalhadores defendam o patrimônio público contra a privatização que ocorre em função do pagamento da dívida pública, e tem como objetivo preservar o Estado Mínimo, para o social e o Estado Máximo, para o capital.

Após toda essa discussão cabe retomarmos os caminhos e confrontos da direção ideopolítica do SUS, para podermos situar o processo de reforma e contrarreforma da saúde, numa ofensiva privatizante que, como afirma Fattorelli, ocorre em função do pagamento de uma dívida pública que não pertence aos trabalhadores, mas aos grandes organismos internacionais.

CAPÍTULO 2. CAMINHOS E CONFRONTOS NA DIREÇÃO IDEOPOLÍTICA DO SUS: universalização *versus* focalização e privatização

“Do meu direito não abro mão nós somos contra a privatização” (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde).

2.1 Os caminhos da reforma sanitária e o ideário do SUS

A nossa principal afirmação nessa tese é a de que as relações entre o público e o privado na saúde dificultam a concretização da universalidade no SUS. Nesse sentido, nosso empreendimento é analisar as intrincadas relações entre o público e o privado na saúde em Mossoró (RN), identificando as forças ou grupos que atuam no comando do sistema a nível local, bem como os rearranjos políticos e econômicos que tem sido impressos no sentido de priorizar o atendimento privado em detrimento do público, que se constituem em mecanismos de redução, retração e a negação da universalidade do sistema.

Antes de adentrarmos na realidade de saúde, de nosso campo de estudo empírico, consideramos importante compreender como se deu o processo de reforma da saúde no Brasil. Isso nos dará fundamentos para nos situarmos em relação às mudanças que foram sendo intuídas em Mossoró a partir desse período.

O SUS foi o ideário da reforma sanitária que tomava como proposta um sistema de saúde, fundamentalmente estatal e de superação da dicotomia assistência médica individual e ações coletivas de saúde, baseado em princípios como a integralidade, a participação social, e, particularmente, a universalidade. O movimento de reforma teve seu palco de discussão e surgimento nos departamentos de medicina social e medicina preventiva e escolas de saúde públicas. Arouca (1975), em sua tese de doutorado *O dilema preventivista* aborda que esses dois enfoques possuem diferenças, tanto do ponto de vista da sua origem, como do ponto de vista ideológico.

O enfoque preventivista foi alvo de polêmicas, discussões e definições de novos paradigmas. Fundado em uma ideologia que passava pelo paradigma da medicina integral, que, na concepção de Paim (1997, p. 12), tem por base a história natural das doenças e as noções de multicausalidade que definem o normal e o patológico no processo saúde/doença. Segundo Garcia (1989, p.159), a medicina social tem sua origem em 1848, no interior dos grandes movimentos sociais ocorridos na Europa, no período de transição e revoluções, em que a burguesia aliada à classe trabalhadora assume o controle do poder político. Tal aliança é dissolvida na medida em que a burguesia assume efetivamente o controle do poder, deixando para trás aqueles que contribuíram, inclusive com as suas próprias vidas, no processo de transformação radical que ocorreu com a passagem do feudalismo ao capitalismo. Se referindo a medicina social, Garcia (1989) afirma que:

O conceito, apesar de ser utilizado de forma ambígua, tratava de assinalar que a doença estava relacionada com os 'problemas sociais' e que o Estado deveria intervir ativamente na solução dos problemas de saúde. De mesmo modo, o termo entrelaçava-se com as novas concepções quantitativas sobre a saúde e a doença, abandonando a visão da diferença qualitativa entre estas situações. Assim, a medicina social aparece como uma concepção moderna, adequada as novas formas produtivas que estavam se desenvolvendo na Europa (GARCIA, 1989, p. 150).

Conforme esse autor, o termo *medicina social* é pouco utilizado nesse período e reaparecerá na Inglaterra, na década de 1940, com a criação do Serviço Nacional de Saúde nesse país. E se difunde pela Europa, mas não entra nos Estados Unidos devido ao ambiente anticomunista criado pelo *macarthismo*⁸, que vinculava o termo social e ideia de socialismo. Então, as escolas médicas desse país passam a utilizar o termo *medicina preventiva*, e introduzem nessa área disciplinas das Ciências Sociais, particularmente, o positivismo.

De acordo com Donnangelo (1976), o termo *medicina social* foi forjado por Jules Guérin, compreendendo-a como a reprodução de componentes como: "análise dos problemas sociais e suas relações com a saúde e a doença, determinação de

⁸ Termo referido ao Senador anticomunista norteamericano Joseph McCarthy.

medidas de promoção da saúde e prevenção das doenças; e finalmente, a medicina como terapia social” (DONNANGELO, 1976, p. 57). Entendia que a politização do campo médico se expressava na temática da medicina social e da incorporação na prática de projetos de reorganização coletiva.

Na década de 1950, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), encarregando-se da ‘modernização na formação médica, introduz os conteúdos tanto da medicina social como da medicina preventiva nas escolas na América Latina. De acordo com Escorel:

A construção desse novo pensamento sobre saúde recebeu estímulos também da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) que, ao longo da década de 1960, divulgou a aplicação das ciências sociais na análise dos problemas de saúde. A mesma organização disseminou nos países latino-americanos os programas de medicina comunitária voltados para os grupos mais pobres caracterizados por serem de baixo custo, simplificados e que contavam com a participação da comunidade na sua execução (ESCOREL, 2008, p. 394).

Na década de 1970, nas escolas de Medicina, tanto de São Paulo como do Rio de Janeiro, predominava uma concepção positivista do modelo preventivista, importado dos Estados Unidos. Norteados por conceitos de multicausalidade, a história natural da doença e a crença de que a doença seria um desequilíbrio da relação entre o homem e o meio ambiente. Os Departamentos de Medicina Preventiva tinham um enfoque funcionalista da realidade de saúde, acreditando que qualquer melhoria nas condições de saúde seria instrumento de rompimento com a pobreza e a estagnação econômica. E na medida em que se desenvolvia uma concepção crítica das propostas de Medicina Preventiva e Comunitária no Brasil, e em alguns países da América Latina, ressurgiu a concepção europeia de Medicina Social (PAIM, 1997, p. 14).

Rompendo com a orientação positivista, uma nova dimensão teórica de compreensão da Medicina é desenvolvida, enfatizando as práticas de saúde coletiva. Os trabalhos publicados por Sérgio Arouca (O Dilema Preventivista, 1975) e Cecília Donnangelo (Saúde e Sociedade, 1976) foram determinantes para o início da construção teórica de um movimento que defendia as ideias de uma abordagem

teórico-crítica da medicina e da saúde (SCOREL, 2008, p 397). Pondo em discussão o preventivismo, Arouca (1975) apresenta as diferenças que existem entre a Medicina Preventiva e a Medicina Social, afirmando que estas possuem caráter ideológico bastante contraditório. Portanto, entram em confronto. Nesse sentido, o autor afirma que:

[...] a Medicina Preventiva aparece como uma prática ideológica, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e existindo como uma norma que não se instaura, por suas próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática. E por outro lado, a Medicina Social, que tenta realizar uma ruptura com esta postura ideológica e delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora. Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais, assumindo uma posição diante destas contradições na teoria (AROUCA, 1975, p. 109).

Portanto, cresce uma produção teórica na área da saúde, que traz à tona os conceitos de “determinação social da doença” e “processo de trabalho em saúde”, e argumentando que os determinantes do binômio saúde/doença não poderiam ser explicados exclusivamente por suas causas biológicas e ecológicas, mas, que devem ser considerados no processo de produção e reprodução social capitalista. Assim, a concepção de saúde deve estar diretamente vinculada às formas de organização social e distribuição de riqueza, ou seja, das formas de exploração e de produção das desigualdades sociais.

O materialismo histórico dialético passa a ser objeto de discussão e fundamentação da concepção, criando-se uma vertente crítica ao pensamento social dominante. O referido debate tem como fundamento a contribuição de Marx, por sua vez, revela a existência de duas lógicas: a da razão ontológica e aquela da razão instrumental. Para compreendermos a influência da razão instrumental, tanto no campo científico como na vida social, é necessário entendermos como esta perspectiva teórico-ideológica foi fundada historicamente e se tornou predominante, desde a ascensão da modernidade.

O pensamento moderno teve como base as transformações econômicas, sociais, políticas, culturais, científicas e tecnológicas que ocorreram entre os séculos XVI a XVIII e, particularmente, o movimento iluminista. Com esse processo houve uma reversão nas formas de compreensão da existência humana e criação do mundo, rompendo-se com as concepções míticas de interpretações que se pautavam na fé e na religião mudando o campo epistemológico no qual se fundava a explicação do mundo e da realidade.

Houve, portanto, uma verdadeira revolução na forma de pensar e conceber o mundo, rompendo com o teocentrismo, instituindo uma concepção antropocêntrica. No entanto, quando ocorre uma mudança dessa natureza, não significa que haja um rompimento total com as formas de pensamento anteriores, os seus resquícios permanecem e o sistema se torna heterogêneo e permeável a prováveis ofensivas que sobrevivem nesse processo de mudança. São confrontos de projetos contraditórios que vão imprimindo determinadas direções, reatualizando estatutos anteriores. Estes são, em algumas vezes, negados e, em outras, reafirmados. Trata-se de projetos que estão vinculados a uma forma política, cultural, econômica, ideológica de pensamento e tem seu caldo cultural fermentado numa determinada formação sócio-histórica, que envolve formas de concentração do poder e lutas sociais.

Segundo Tonet (2006), a discussão sobre o mundo moderno passa por uma tomada de posição entre duas racionalidades: uma de caráter ontológico e outra de caráter fenomênico. A de natureza ontológica tem sua origem desde o nascimento da filosofia, pois os primeiros filósofos tomavam posicionamentos ontológicos diante do mundo real e não ao mundo das ideias.

Conforme o referido autor, essa foi também a preocupação de Marx. Embora, sua concepção diferencie-se daquela filosofia inaugurada com a perspectiva metafísica. A ontologia marxiana se volta para um caráter histórico social do Ser. Nesse caminho, Marx considera que o ato fundante do ser social é o trabalho, “síntese de teleologia e realidade objetiva e como atividade de transformação da natureza para a produção de valores de uso” (TONET, 2006, p. 3). É pelo trabalho que os homens estabelecem entre si as relações de produção material:

Podemos dizer que uma razão de caráter ontológico é uma forma de racionalidade que tem como ponto de partida uma teoria geral do ser, no caso de Marx, uma teoria do ser social, e que tem na realidade objetiva o pólo resolutivo das questões relativas ao conhecimento. (TONET, 2006, p.4)

Na concepção de Tonet (2006), a razão ontológica é posta pelo mundo do trabalho. Não o trabalho abstrato, mas àquele que se opõe ao capital e que produz valores de uso para satisfazerem as autênticas necessidades do ser humano. A outra racionalidade, a fenomênica, fundamenta-se na concepção kantiana de que não é possível conhecer a “coisa em si” e que, portanto, não podemos ter acesso a essência das coisas, mas, apenas a aparência. A razão fenomênica é, então, uma racionalidade que “opera sobre os dados fornecidos pelos sentidos, classifica-os, organiza-os e extrai deles as regularidades (leis), resultando disso o objeto de conhecimento científico” (TONET, 2006, p.6), que se manterá sempre no nível da aparência, do que é visível pelos dados empíricos. Como explica Tonet:

O que caracteriza a razão fenomênica é o fato de que ela parte dos dados empíricos e termina nos dados empíricos, só que, desta vez organizados e sistematizados. Seu material básico são dados singulares. A tarefa de transformar esses dados em totalidade organizada cabe ao sujeito do conhecimento. Uma vez posta em parênteses a categoria ontológica da essência, esvai-se junto com ela a outra categoria que é a totalidade. Esta última, então, apenas volta a existir como um construto mental, mas não como uma determinação da própria realidade (TONET, 2006, p. 7).

Conforme Guerra (1995), a trajetória da razão na história está vinculada a discussão da liberdade, ou seja, da liberação dos homens do domínio da natureza e, posteriormente, de suas conquistas tecnológicas e científicas. Esta “tem sido objeto de diferentes abordagens no interior da filosofia ocidental” (GUERRA, 1995, p.41). Concordando com Coutinho⁹, esta autora afirma que a razão moderna foi edificada em três pilares: humanismo, historicismo e a dialética:

⁹ A autora utiliza a 1ª edição de 1972, publicada pela Editora Paz e Terra. Aqui estaremos utilizando a 2ª edição dessa mesma obra, de 2010, publicada pela Editora Expressão Popular.

A razão dialética pode ser compreendida tanto como uma perspectiva como um conteúdo do ser: se a realidade constitui-se por meio do movimento do ser no sentido da sua auto-reprodução, que engendra a reprodução da espécie humana, estes 'modos de ser', pelos quais o ser social se compõe, indicam os caminhos que a razão deve trilhar para galgar o conhecimento (GUERRA, 1995, p. 42).

Para se compreender a categoria racionalidade, segundo a autora, é preciso “captar as suas determinações lógicas e ontológicas” (GUERRA, 1995, p.43) estabelecendo o confronto entre os conteúdos e significados adquiridos na história, assim como, a vinculação ideológica que determina a forma de apreensão do real. Para essa autora:

[...] a racionalidade dada pela razão dialética é a síntese de procedimentos ativos e intelectivos e torna-se adjetivo da razão que desaliena, desmistifica, nega o dado na sua aparência e é capaz de engendrar ações que ultrapassem a dimensão manipulatória e instrumental (GUERRA, 1995, p. 44).

Há uma concepção na economia, a liberal, que afirma que o sistema deve ser formado por pontos de equilíbrio e que o Estado deve ter uma intervenção mínima, deixando que o mercado corrija os pontos de desequilíbrio através de uma “mão invisível”. No entanto, as crises do capitalismo mostram que a situação não é tão simples assim. E dependendo do momento histórico político, se decide por uma maior ou uma menor intervenção do Estado.

Marx entendia o Estado como instrumento do capital e que a emancipação humana só poderia ocorrer com a sua superação. Essa concepção contrapõe-se a outra que veio influenciar capitalistas e trabalhadores no século XX, a keynesiana. Essa vertente propôs uma saída, dentro do capitalismo, para melhoria de vida da classe trabalhadora, através do Estado de bem estar social. Compreendemos, então, que os sistemas de proteção social universalistas são importantes para garantir uma melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, mas não fazem parte de uma concepção revolucionária, nascem influenciados por uma visão de saída por

dentro do capitalismo. A lógica do desenvolvimento capitalista sob a ótica da proteção social busca uma forma de harmonização dos interesses entre capitalistas e trabalhadores que se definem por caminhos contraditórios. Esses caminhos perpassam lógicas diferentes na relação de confronto entre capital/trabalho, que tem sua origem desde a constituição da modernidade e surgimento do capitalismo.

Segundo Coutinho (2010), na etapa desse surgimento a burguesia correspondia aos interesses da totalidade do povo, em uma reação ao regime absolutista feudal. Com o triunfo do capitalismo, a burguesia rompe com a tradição progressista e o proletariado torna-se uma classe autônoma e passa a enfrentar as contradições geradas pela nova ordem social. Conforme esse autor, esse rompimento não ocorre com a totalidade do pensamento, mas com a tradição progressista, há então uma continuidade na filosofia da decadência. O marxismo é então, “a expressão filosófica do processo pelo qual o proletariado recolhe a bandeira abandonada pela burguesia, supera seus limites e contradições, elevando a racionalidade dialética a um nível superior, materialista” (COUTINHO, 2010. p 23).

No contexto histórico global a burguesia assume outras perspectivas filosóficas, seja as do positivismo, as do pensamento cartesiano, ou do existencialismo e do estruturalismo. Naquele momento, o capitalismo representou uma revolução na história da humanidade. A conquista da natureza pela racionalidade matemática e ciências físicas explicita a afirmação do caráter racional dos processos histórico-sociais. Compreender o real como totalidade, é submeter-se “a leis e a afirmação da historicidade dos processos objetivos” como momentos determinantes de uma nova racionalidade (COUTINHO, 2010, p 25).

Esse caráter objetivamente progressista do capitalismo permitia aos pensadores que se colocavam do ângulo do novo a compreensão do real como síntese de possibilidade e realidade, como totalidade concreta em constante evolução (COUTINHO, 2010, p. 25)

No pensamento da época clássica, na economia inglesa, desenvolve-se uma teoria da relação orgânica entre a realidade social e a atividade humana, a forma da relação entre trabalho e mercadoria. Entretanto, no iluminismo francês, a ação

humana era concebida de forma abstrata, individualista e idealista, uma ação de “esclarecimento”. Mas os economistas ingleses entendiam que a ação era determinada a partir de uma base real: o trabalho econômico.

Conforme Coutinho (2010), coube a Hegel sintetizar a dialética afirmando que o “homem é produto de sua própria atividade histórica e coletiva” e que essa autoprodução “é um processo submetido às leis dialéticas” (COUTINHO, 2010, p 26). Mas, o caráter da sociedade burguesa reside no irracionalismo e agnosticismo, num caráter conservador que está sujeito aos limites da superficialidade da realidade.

A determinação social do pensamento burguês foi explicitada por Marx, quando se referiu às controvérsias ideológicas da Revolução de 1848, afirmando que a burguesia acreditava que as condições de sua emancipação estavam nas condições gerais, sem as quais a sociedade moderna não poderia ser salva, nem evitada: a luta de classes (COUTINHO, 2010, p 31).

Sintetizando, o capitalismo foi erguido a partir da destruição de uma forma de organização do trabalho: a feudal. Ampliou a liberdade humana: de servo ao trabalhador livre. Então, o desenvolvimento da indústria generalizou a socialização do trabalho, requerendo uma cooperação em vários ramos de produção e uma integração desses trabalhadores a esses ramos de produção. Essa nova objetividade capitalista permitiu elevar o conceito de “realidade humana como totalidade concreta de complexos teleológicos (fundados no trabalho e em sua objetivação), cujo movimento depende de leis racionais” (COUTINHO, 2010, p. 33).

A divisão capitalista é essencialmente contraditória, ao mesmo tempo em que libera o trabalhador das amarras do feudalismo, transforma-o em mercadoria, desenvolve uma contradição entre a socialização do trabalho e a apropriação privada do seu produto. E é a partir dessas contradições que o proletariado surge como força social. O pensamento burguês transforma-se em justificação teórica da realidade existente, um pensamento imediatista, centrado nas aparências fetichizadas da realidade, para não reconhecer a realidade como contraditória que poderá fornecer as armas teóricas ao movimento anticapitalista da classe operária.

O método materialista dialético, exposto pela teoria marxiana, constituiu-se em uma grande contribuição para a compreensão de que não há consenso na

definição precisa do método. Marx não chegou a desenvolver sistematicamente o seu método, mas a sua teoria fornece os elementos para se traçar as linhas gerais e fundamentais de uma investigação. Fornecendo-nos também a base da qual deverá partir a sistematização teórica, Marx não se propôs criar esquemas, procedimentos técnicos, o conhecimento resulta da construção efetuada pelo pensamento, consiste numa representação mental do concreto pensado (PRADO Jr., 2001, p. 6).

Na concepção metafísica, sujeito e objeto são vistos de forma separada, realidade e pensamento são apartados. Entretanto, o conhecimento é dado pela essência, não se elabora propriamente no pensamento, porque este é encontrado na realidade. A essência da realidade é que é transferida para o pensamento, da esfera objetiva para a subjetiva. O pensamento apreende e representa mentalmente as relações presentes na realidade, constituindo em conhecimento.

Na lógica kantiana, a realidade em si é separada do conhecimento. Para Kant, a realidade é inalcançável ao entendimento humano, conhecemos apenas os fenômenos, pois a essência permanece no nível ideal. Dessa forma, Kant separa: razão/entendimento, conceitos/ideias, fenômeno/realidade em si, que pode ser interpretada como separação entre sujeito/mundo, ser humano/natureza, espírito/realidade (CHAUÍ, 2000, p.202). Diferentemente, Hegel considera que a razão não é exclusivamente objetiva, nem exclusivamente subjetiva, mas comporta uma unidade entre sujeito e o objeto, entre sujeito do conhecimento e realidade das coisas, que a razão é histórica, pois é a partir dos conflitos e contradições que ela se fundamenta (CHAUÍ, 2000, p. 80). O pensamento fundado na racionalidade crítico-dialética é aquele que toma como fundamento a perspectiva de totalidade. A sociedade burguesa assenta-se em relações contraditórias, tomando como hegemônico o conhecimento formal-abstrato.

Assim, no cotidiano da vida humana, as formas de pensamento que tem predominado passam pela vertente formal-abstrata e adentram os vários campos do conhecimento, particularmente o da saúde. Arouca (1975), em sua tese de doutorado *O dilema preventivista* ressalta essa questão, enfatizando os efeitos nefastos do avanço do capitalismo monopolista com a formação de oligopólios multinacionais, controlando e influenciando em todos os aspectos da vida social. Ele afirma que essa ordem econômica interfere na prática da medicina liberal,

controlando a “organização de produção, distribuição e consumo dos cuidados médicos” (AROUCA, 1975, 165).

A medicina de caráter liberal se torna instância ideológica de reprodução do capital, com a ampliação da racionalidade industrial, a atividade profissional passa a se constituir em objeto do capital, sendo submetida às mesmas condições de controle e produção do trabalho, e o cuidado médico é transformado em mercadoria (AROUCA, 1975, p.166). A racionalidade instrumental, que predomina nesse sistema de produção, transforma os trabalhadores e as necessidades sociais em objetos do capital, em valor-de-troca, sendo utilizada como forma de extração de mais-valia, para garantir o lucro das empresas monopolistas, racionalizando e controlando o trabalho. Arouca argumenta que:

Desta forma, no mínimo, a sociedade capitalista cria dois tipos de necessidade: o primeiro, que são aqueles conjuntos de necessidades que devem se constituir em consumo para a produção industrial, permitindo a realização da mais-valia, e o segundo, como sendo aquele conjunto de necessidades decorrentes do próprio funcionamento do sistema, como as doenças carenciais, mentais, a violência, ocupacionais, etc. Assim, a produção cria não somente o consumo produtivo, mas também uma necessidade que não se realiza, ou seja, que não consome nem é consumida no processo produtivo (AROUCA, 1975, p.168-69).

Esse debate crítico põe em evidência as necessidades de reforma sanitária no Brasil e teve uma importante influência do médico italiano Giovanni Berlinguer. Este, a partir de debates com a categoria médica plantou uma semente para a formação de uma nova consciência sanitária entre os intelectuais da saúde no país. As produções de Berlinguer (1988), segundo informações do próprio autor, sempre insistiram na crítica da organização sanitária italiana, tanto nas suas bases científicas como nas finalidades políticas. Nesse sentido, a aprovação da Lei nº 833 de 23 de dezembro de 1978, criando o novo sistema sanitário na Itália, segundo o autor, apesar de apresentar lacunas deu início à reforma sanitária no seu país.

Mais ainda, devo dizer que com a lei nº 833, o verdadeiro processo de reforma não está terminado, mas apenas encaminhado. E que agora se

apresentam dificuldades, obstáculos e armadilhas mais consistentes e mais evidentes do que no passado, É provável que os conservadores no futuro, procurem imputar as carências assistenciais e as disfunções operacionais que inevitavelmente surgirão, não a pesada herança por muito tempo dilatada, mas a lei da reforma e a própria idéia de que a saúde pública é passível de reforma (BERLINGUER, 1988, p.2).

O autor revela que, apesar da garantia legal, irão surgir obstáculos no processo de materialização da reforma na saúde e afirma a necessidade de uma ampla mobilização de trabalhadores, profissionais, intelectuais na direção do processo, enfatizando que:

a reforma sanitária não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolve milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de províncias, de municípios, de quadro dos movimentos sindicais, femininos, corporativas, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, de técnicos de enfermeiros (BERLINGUER, 1988, p.3)

Nesse sentido, Berlinguer (1988) considera que a ocorrência de um processo como esse se concretiza em uma política democrática, que rompe com mecanismos reacionários, particularismos e com corporativismos. Ainda afirma esse autor, que a saúde deve ser um bem garantido a todos. Assim, não pode ser distribuída de forma desigual, nem se constituir em objeto do capital. Foi com esse pensamento que se construiu o movimento de reforma sanitária no Brasil, caracterizado como revolucionário, no momento de efervescência das lutas contra o autoritarismo ditatorial e em defesa da democracia.

Como afirmavam Gallo e Nascimento (1989, p.93), o projeto de reforma se contrapunha aos interesses de uma fração da classe dominante, formada pelos proprietários de empresas privadas e multinacionais da área da saúde. Tratava-se de um projeto que defendia os interesses dos trabalhadores e estava inserido em um contexto de luta de classes, que transcendia o espaço corporativo profissional, fazendo parte de uma luta mais geral. Ou melhor, era um projeto contra-hegemônico

que envolvia não só as condições de vida e de trabalho, no interior da sociedade capitalista, mas se reportava a uma mudança radical no interior dessa sociedade. Os sujeitos envolvidos nesse processo receberam uma grande influência da teoria gramsciana e fundamentavam suas ideias com base em conceitos de: sociedade civil, sociedade política, bloco histórico, guerra de posição, guerra de movimento e hegemonia (GALLO e NASCIMENTO, 1989, p.93).

Um ponto fundamental do movimento sanitário foi o do compromisso assumido com a luta em defesa da democracia e por uma reforma que garantisse os direitos sociais, particularmente, os da saúde. Apresentava, portanto, uma necessidade de mudança no Estado e na sociedade civil, como desdobramento da desconcentração do poder autoritário que vigorava no país. O sistema proposto tinha como fundamento a democratização do Estado e o reconhecimento da saúde como um direito social inalienável.

De acordo com Escorel (1989, p.184), a saúde tornou-se um campo privilegiado de lutas, em que ocorria a formação e transformação da consciência em uma luta ideológica, no qual se chocaram diferentes concepções, tornando-o um palco de lutas nas quais se enfrentavam forças revolucionárias e forças contrarrevolucionárias. Na concepção dessa autora, a saúde possuía um potencial de formação de consensos e congregação de diferentes forças em uma aliança em torno de um objetivo comum. Portanto, não foi um processo que ocorreu sem rupturas, mesmo diante do pacto democrático-popular estabelecido por trabalhadores através de suas entidades sindicais e partidárias e as elites burguesas da indústria, comércio e de serviços hospitalares. Escorel (2008) identificou três vertentes que dão origem a essa abordagem teórico-crítica do movimento sanitário.

- A primeira, constituída pelo movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), tinha como característica difundir a teoria da Medicina Social. O movimento estudantil encarregou-se da realização de Semanas de Estudos sobre a Saúde Comunitária (SESAC), que reunia estudantes, profissionais e professores em debates sobre os determinantes sociais, econômicos e políticos de saúde, além de estudos sobre as práticas comunitárias desenvolvidas. De acordo com a autora, este espaço serviu para a difusão do pensamento médico-social e formação de uma consciência

sanitária. Enquanto o CEBES atuava como instrumento de difusão da produção teórica com a criação da *Revista Saúde em Debate* e de articulação com os movimentos sociais (ESCOREL, 2008, p. 407).

- A segunda vertente era formada por médicos residentes e de renovação médica. A sua arena de difusão era o mundo do trabalho, havendo divergência de concepções entre a ideologia liberal e a ideologia trabalhista. A trabalhista constitui “em um movimento para a conquista dos instrumentos de luta dos trabalhadores: os sindicatos” trazia a realidade das relações de trabalho, do assalariamento e da necessidade de organização coletiva da categoria, a deflagração de greves por melhores condições de trabalho e remuneração (ESCOREL, 2008, p. 409).
- A terceira vertente era constituída pela academia, ou seja, pela docência e pesquisa, que contribuiu para a construção do marco teórico e ideológico do movimento sanitário (ESCOREL, 2008, p. 410).

Nesse contexto, o ideário da reforma sanitária estava fundado na concepção de Medicina Social que, posteriormente, institui a concepção de saúde coletiva. Uma nova vertente que se contrapõe aos posicionamentos, até então, predominantes, assumindo a vanguarda das iniciativas inovadoras empreendidas nas universidades, com a realização de pesquisas articuladas aos serviços e a comunidade, realizando duras críticas ao modelo hegemônico burguês.

Segundo Nunes (1994, p.5), a emergência do projeto de saúde coletiva teve suas bases constituídas na América Latina, na segunda metade dos anos de 1950. No Brasil, especificamente, o autor denomina de fase pré-saúde coletiva, o período que marca a instauração do projeto preventivista até o final dos anos de 1970, quando se reforça a perspectiva da Medicina Social e se estrutura o campo da saúde coletiva. Esse processo ocorre a partir de um conjunto de eventos que marcam o debate sobre diferentes abordagens no interior da formação médica, que resultam em projetos de mudanças. De um modo geral reflete as crises de um contexto econômico, social, político, cultural, ideológico, que se coadunam com o plano epistemológico da formação e de materialização das práticas em saúde. Conforme Nunes:

A idéia de uma área denominada Saúde Coletiva é tratada em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia e, na Reunião sub-Regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto; ambas tiveram como objetivo redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde. Para isso, sentia-se a necessidade da existência de uma instituição que pudesse congrega, através de uma associação, os interesses das instituições formadoras num momento em que se sentia o esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública clássica e a da medicina social. Isto se concretiza em dezembro de 1979, quando é criada a ABRASCO (NUNES, 1994, p.16) .

Nesse movimento pela reforma sanitária, instituições importantes do meio intelectual integraram a referida luta: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976, teve como principal eixo a luta pela democratização da saúde e da sociedade. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979, como uma Associação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, com ênfase na residência em Medicina Preventiva e Social, possuía convênio com o INAMPS e com as universidades. Foi protagonista na defesa da reforma sanitária, participou de vários fóruns de mobilização, de produção de instrumentos de divulgação teórica, como a *Revista Saúde em Debate*. E a Rede de Integração de Projetos Docentes (Rede UNIDA) criada em 1985, na Universidade Federal de Minas Gerais, teve como objetivo promover mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde. Vinculou-se ao movimento de reforma sanitária, com participação ativa nas discussões da VIII CNS, bem como na elaboração da Constituição de 1988.

O ideário de reforma foi resultado de um processo de construção do novo, que na concepção de Arouca (2003), tratava-se de um projeto civilizatório que deveria incluir princípios e valores fundamentais a serem incorporados pela sociedade como um todo. Esse autor realizou essa afirmação em vários dos seus discursos em aberturas de eventos, palestras realizadas, que podem ser acessadas na Biblioteca Virtual criada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

[...] A reforma sanitária não é um projeto administrativo, só, não é um projeto técnico-gerencial, só, também é não é um projeto técnico-científico, só, também é, mas, mais do que qualquer coisa, o projeto do movimento da reforma sanitária brasileira é um projeto da civilização humana [...] (FIOCRUZ, 2003)¹⁰.

Segundo Paim (1997), é preciso diferenciar a reforma em seu formato “puro” e o seu processo de concretização no qual elementos contraditórios vão surgindo. Dentre os obstáculos no processo de reforma, o autor chama atenção para alguns impasses: a conjuntura não era totalmente favorável, embora tenham sido efetivados avanços com a implantação do SUDS, a aprovação das Leis Orgânicas, mas havia o dilema da crise fiscal do Estado, do pagamento da dívida externa que indicavam problemas no financiamento do sistema. Portanto, o processo de reforma, que passou das AIS ao SUDS, teve uma implantação distorcida. Mas, desde o início já se tinha consciência de que seriam enfrentados alguns impasses na implantação e condução da reforma sanitária (PAIM, 1997, p. 16).

2.2 Os confrontos da reforma: hegemonia da racionalidade instrumental na saúde

A transição democrática, ocorrida nos anos 1980, no Brasil, preservou um arcabouço político ideológico e cultural que transitou da ditadura para o Estado democrático de direito, mantendo a predominância do patrimonialismo e do clientelismo vigentes, nos diferentes contextos históricos brasileiros. E foi esse perfil político ideológico que manteve, na Constituição de 1988, a dualidade do sistema público e privado, sendo este último reconhecido como complementar.

A abertura legal, na Constituição, da livre iniciativa privada na execução das ações e serviços de saúde, bem como da garantia concreta de contratos e convênios do setor privado com o SUS, além das dificuldades enfrentadas pelo sistema público no processo de universalização da saúde, assegurou o crescimento ampliado da privatização. Manteve-se, portanto, a concorrência de projetos

¹⁰ Disponível em: <http://www.bvsarouca.iciet.fiocruz.br/galeria/video.htm>

contraditórios, que se aprofundou com a política econômica dos governos neoliberais.

A política econômica conduzida por esses governos foi desfavorável à implantação do SUS e muitos obstáculos foram sendo criados para a consolidação das mudanças requeridas. O conservadorismo neoliberal, cuja política de ajuste estrutural impedia a afirmação do ideário reformista e contribuiu com o crescimento da assistência suplementar e do complexo médico industrial e hospitalar privado. A desregulamentação econômica, a desestabilização da moeda, a privatização de empresas estatais e as contrarreformas na previdência social foram formas de desmonte dos direitos trabalhistas e sociais.

Esse contexto fragilizou a classe trabalhadora e retraiu seus instrumentos de luta, em virtude da fragmentação a que foi submetida, com a redução do aparelho estatal e das mudanças nas relações de trabalho, provocando o desemprego estrutural, aumentando a informalidade, o subemprego, criando os contratos temporários e provocando um refluxo nos movimentos sociais.

O projeto conservador ascendeu com a eleição de Collor, que com o discurso de combate à corrupção, instalou por dentro do Estado mecanismos de apropriação privada do fundo público, consolidando a hegemonia das classes dominantes. A política neoliberal instituída, fundamentou-se na crítica ao Estado como ineficiente, passível de corrupção, oneroso, apresentando como saída às parcerias público privadas, o voluntariado, instituindo um programa de demissão voluntária para o enxugamento da máquina estatal que avolumou o exército de desempregados no país. Por outro lado, a política econômica foi desastrosa, os recursos públicos foram alvo de desvios e corrupção, que culminou com um dos maiores escândalos já ocorrido no país: o *impeachment* do então Presidente da república.

Esse processo serviu para aprofundar a miséria, a pobreza, a desigualdade social, deixando uma enorme dívida econômica, política e social. Mas também consolidou o potencial de grupos conservadores que assumiram a direção do país e deram continuidade ao projeto neoliberal privatista. O governo FHC instituiu a reforma gerencial do Estado e tratou de vender as empresas estatais.

Portanto, a agenda de reforma sanitária foi construída na contracorrente das reformas conservadoras, em uma conjuntura que lhe era adversa. Ocorreu um

processo descentralizante, que foi seguido por meio de um total controle do nível federal através da edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs). Tais normas ditavam as regras da descentralização. Assim sendo, eram transferidas as responsabilidades e os recursos, não em função das necessidades locais, mas em cumprimento às regras e exigências pré-estabelecidas. A descentralização por meio das NOBs implicou em concentração de poder em nível federal e falta de autonomia municipal.

Assim, vários problemas vão sendo evidenciados nesse processo de descentralização como: a falta de fontes de financiamento estáveis, pois não houve cumprimento da Constituição Federal em relação ao Orçamento da Seguridade Social; os mecanismos de transferência de recursos não eram automáticos, pois tomavam por base a produção de serviços, persistindo a desigualdade no acesso, a falta de resolutividade, a falta de profissionais, as dificuldades de gestão (por desconhecimento, o despreparo dos gestores e a manutenção da cultura patrimonialista e clientelista). Também não se consolidou o controle social, como se previa (houve resistência política, despreparo dos conselheiros e aqui também funcionou a cultura do clientelismo e favoritismo).

O modelo médico-assistencial privatista não foi desestabilizado, ao contrário, ele cresceu tanto na assistência supletiva como na oferta de serviços ambulatoriais especializados, hospitalares, laboratoriais e de apoio diagnóstico. Foi ampliado sem que houvesse a regulação do Estado, além de ser subsidiado pela renúncia fiscal.

A contrarreforma do Plano Bresser ainda tornou a saúde um serviço de gestão e de execução não exclusiva do Estado, fortalecendo as parcerias público-privadas, as terceirizações, a ampliação de cooperativas médicas, referendando a compra e venda de serviços e procedimentos de saúde.

A NOB 01/1996, por exemplo, criou os mecanismos de reorganização da atenção básica, introduzindo os pisos de financiamento: Piso de Atenção Básica (PAB fixo, definido pelo valor *percapita*/ano e PAB variável de acordo com ações definidas pela NOB e implementadas). Quanto aos procedimentos de média e alta complexidade foi mantido o mecanismo de produção de serviços. Os municípios se tornaram responsáveis pela atenção básica, mas os serviços especializados e hospitalares permaneceram sob o controle do setor privado, principalmente, os mais

lucrativos. Esse processo foi intensificado com a NOAS 2001, cujo investimento na regionalização e hierarquização dos serviços ampliou os recursos para a média e alta complexidade e o processo decisório continuou concentrado no Ministério da Saúde.

Em 2006, o processo encaminhado por meio de normas é substituído por um novo mecanismo de relação dos entes federados com a criação do Pacto pela Saúde. O pacto consiste em uma relação de solidariedade entre os entes federativos e é definido a partir de três dimensões: Pacto pela vida, Pacto de Gestão e Pacto em defesa do SUS. As ações e recursos passam a ser pactuados através da assinatura de compromisso de gestão.

O financiamento é organizado em blocos, que continuam definidos pela esfera federal, atrelados aos programas, porém, desconsiderando as necessidades epidemiológicas dos municípios. Os Planos Municipais seguem as regras do financiamento e não das necessidades da população. Os pontos críticos que impedem a universalização continuam e são cada vez mais acentuados pela ofensiva privatizante, que vai ampliando a cultura patrimonialista e clientelista. Acentua-se o acesso aos serviços cada vez mais burocratizados, predominando-se os interesses privados de inovação e complexidade, que implicam em alto custo dos serviços.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)¹¹, criada desde a Reforma Gerencial Bresser Pereira, facilita o processo privatizante, a manutenção das práticas clientelistas e corporativistas; na medida em que limita o gasto com pessoal, definido por um teto, de margem prudencial (limite) e incentiva a saída estratégica por intermédio da terceirização. É o desmonte da lógica de Reforma Sanitária, sendo substituída pelos mecanismos privatizantes defendidos por históricos componentes do movimento sanitário: terceirização, propostas de criação de Fundações estatais

¹¹ Essa é uma Lei Complementar n. 101/2000, prevista no Art. 163 da Constituição Federal. A LRF estabelece as normas em relação às finanças públicas e as responsabilidades na gestão fiscal, envolvendo mecanismos de: controle dos gastos públicos, fiscalização, transparência, planejamento (Plano Plurianual - PPA), acompanhado por duas leis: a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que norteia o orçamento, controlando as metas fiscais e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que controla a execução fiscal; De acordo com Salvador (2010, p. 380), a LRF se constitui em instrumento para permitir a apropriação financeira pelo capital, na medida em que limita as despesas não financeiras do orçamento e prioriza o pagamento de juros. É um mecanismo de ajuste fiscal, monitorado pelo FMI.

de direito privado e de Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares. Sem citarmos o descontrole privatizante, com a multiplicação de OS em OSCIPs em todos os recantos do país.

Logo, mantém-se o caráter contraditório do sistema, entre o público e o privado, que acentua a desigualdade no acesso aos serviços, a ampliação de filas de espera por leitos hospitalares, por cirurgias eletivas e também transplantes. Enquanto isso, são criadas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que servem para dar “suporte” aos atendimentos emergenciais, tornando-os cada vez mais fragmentados. A gestão dessas unidades é aspirada pelas OS e OSCIPs.

O processo de corrupção e banalização da saúde é evidenciado. E a universalização do acesso aos serviços públicos estatais de qualidade distancia-se, cada vez mais, da população e do atendimento às suas reais necessidades de saúde. Os esquemas criados têm como prioridade a destinação de recursos a entidades terceirizadas, seja na administração, nos contratos de transportes para pacientes (ambulâncias, vans, ônibus), ou para fornecimento de serviços de alimentação, medicamentos, limpeza, nos quais ocorrem as fraudes, o superfaturamento, aliados às organizações sociais e gestores corruptos que formam verdadeiras quadrilhas, *gangs* que assaltam os serviços de saúde e se apropriam do fundo público. Não se tratam de funcionários públicos, como muitas vezes generaliza a mídia, com intenção de desqualificar a classe de trabalhadores que são funcionários estatais prestadores de serviços cotidianos à população, em condições extremamente precarizadas e subumanas. Tratam-se, em geral, de funcionários gestores ou detentores de “cargos de confiança política”, de cargos eminentemente político-partidários, que reforçam o clientelismo e a participação em esquemas de manutenção de votos mercadorias. Ou cabo-eleitorais que ocupam espaços estratégicos dentro do serviço público.

Mediante os processos de corrupção, concretizam-se as ações clientelistas e patrimonialistas por meio da contratação de OS, de parcerias com OSCIPs, principalmente, na área da saúde. A terceirização dos serviços de saúde tem como pano de fundo a continuidade de uma política retrógrada e de execução de mecanismos de apropriação do fundo público e da sua utilização como meio de

manutenção do poder de oligarquias em estados e municípios, principalmente, no interior do país.

A reportagem do *Fantástico*, programa veiculado pela Rede Globo de Televisão, exibida no dia 18/03/2012, mostra como a corrupção vem ocorrendo por meio da contratação de empresas e hospitais privados que são terceirizados e montam os esquemas de desvio do dinheiro que deveriam ser aplicados na execução dos serviços. A expectativa de *gangs*, que se travestem de executivos em empresas é se apropriarem dos recursos do fundo público, banalizando a situação de quem mais precisa ser atendido nos serviços.

Segundo Tomacheski (2007), a disputa de grupos políticos não se resume a arena legislativa ou executiva das organizações estatais, elas transcendem esse universo, pois fazem parte de relações de poder que estão vinculadas aos organismos econômicos e financeiros que, na saúde, gravitam entre a indústria de equipamentos, de medicamentos e de produção de serviços de assistência médica. Na concepção desse autor, o setor privado não questiona nem é contra a existência do SUS, pois depende dele. Por isso, se coloca favorável a ampliação de recursos públicos que significam: mais compra de serviços privados pelo setor público (TOMACHESKI; 2007, p. 16).

Esse autor argumenta que o principal paradoxo do SUS, é o de ser um sistema universal que não dispõe de serviços próprios e suficientes para o atendimento às suas demandas. Um sistema que paga por serviços caros, de alta tecnologia, que o mantém, alimenta-o e, ao mesmo tempo, nutre o sistema privado com recursos públicos. Nesse sentido, um dos grandes problemas enfrentados pelo Estado, com a ampliação da cobertura dos serviços, é o do financiamento de serviços de alto custo, que são sempre fornecidos por prestadores privados. Esse mesmo setor privado, por outro lado, também recebe recursos da população, por meio da venda de planos e seguros de saúde e, ao mesmo tempo, nega a essa população que lhes paga, a cobertura dos serviços mais caros, canalizando o pagamento dessa conta para o SUS. Nesse caso, o autor afirma que ao invés do setor privado ser complementar ao SUS, este é que se torna complementar ao setor privado (TOMACHESKI, 2007, p.163).

Os usuários do setor privado, seja por meio de um plano de saúde ou pagamento direto, fazem um uso seletivo do setor público e se sentem legitimados a fazê-lo, 'já que pagam por um sistema que pouco usam'. Não existem incentivos para essa clientela migrar para o setor público e o SUS acaba atendendo as duas pontas do sistema. Assim se pode entender porque o país apresenta programas de ponta em algumas áreas: AIDS, transplantes, cirurgia cardíaca, etc (TOMACHESKI, 2007, p.163).

Nesse âmbito, na concepção de Tomacheski (2007), o processo de Reforma Sanitária não contou com a participação de seus principais sujeitos: a maior parte dos trabalhadores e a população em geral. Foi conduzido por uma elite de intelectuais que falava em nome da população, que nem entendia bem o que estava ocorrendo. A conjunção dos interesses que garantiu a universalização do sistema de saúde enfrentou uma série de disputas no interior da arena política do Estado. O fato de as principais propostas do movimento sanitário terem sido aprovadas, não significa que este tenha alcançado um novo patamar hegemônico, na correlação de força dos grupos em disputa. A prova é que o impasse entre o público e o privado permaneceu, e a questão do financiamento da política de saúde não foi resolvida. Além disso, a propostas da legislação em vigor pode ser interpretada de acordo com a conjunção dos interesses das forças hegemônicas em disputa (TOMACHESKI, 2007, p.118).

Conforme Tomacheski (2007), as ideias das vanguardas reformistas foram influenciadas por partidos de esquerda, mas em qualquer momento podem ser tomadas e utilizadas por qualquer grupo político, assim como os sindicatos que defenderam a agenda universalista, referendaram o setor privado, aderindo à assistência suplementar, contribuindo para a manutenção dos interesses privados e expansão desse setor empresarial e da indústria burguesa da saúde. O autor afirma que:

Pelas circunstâncias que determinam o processo da VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituinte, as centrais sindicais defendem um sistema universal de saúde, mas sem abdicar de um sistema segmentado para seus representados. A população não integrada ao mercado de trabalho, ao qual os reformistas buscavam representar, é favorável ao novo

sistema. Porém sem capacidade de organização e sem força política para legitimar o novo sistema (TOMACHESKI, 2007, p. 121).

A indústria da saúde, de acordo com Baptista (2007), tem seu impulso após a Segunda Guerra Mundial, com a descoberta de mecanismos para a melhoria na eficiência dos diagnósticos e intervenções curativas e de drogas modernas que possibilitaram uma revolução na prática médica, influenciando o avanço tecnológico da saúde. Tais descobertas científicas e tecnológicas fizeram expandir o capitalismo industrial e foram responsáveis também pela expansão da indústria da saúde. A medicalização foi um dos principais fatores na indução desse fenômeno, revolucionando o papel da medicina na sociedade, pois a cientificização da medicina contribuiu no processo de formação do complexo médico-industrial.

Essa tendência técnico-científica teve origem no século XIX, influenciada pelo positivismo e partindo de experimentações de ações médicas em laboratório para fins de definir diagnósticos e terapias de tratamento. Logo, o indivíduo era concebido como um conjunto de órgãos e sistemas que deveriam funcionar em plena harmonia. Tal perspectiva tornou-se dominante com a influência do Relatório Flexner¹², nos Estados Unidos, que disseminou um modelo de ensino da Medicina baseado nos princípios positivistas, o modelo flexneriano, que se tornou hegemônico durante várias décadas (BRAGA e PAULA, 1986, p. 148).

A Medicina acompanhou as transformações da sociedade capitalista integrando-se ao processo de produção e reprodução do capital, enquanto as conquistas técnicas e científicas iam modernizando a prática médica, tornando-a cada vez mais complexa, formando uma cadeia de instituições que passou a mobilizar grandes fontes de recursos financeiros (BRAGA e PAULA; 1986, p.150).

Conforme Braga e Paula (1986) a medicina transformou-se em um vasto campo com possibilidades de obtenção de lucros. A indústria farmacêutica se expandiu em função dos ciclos de inovação tecnológica: primeiro, com a descoberta da penicilina, na década de 1930; seguida dos antibióticos, na década de 1940. Na

¹² Relatório elaborado em 1910, pelo médico Abraham Flexner, que propunha um modelo de abordagem da saúde de caráter cientificista, biocêntrica e pragmática.

sequência, foram criados os tranquilizantes, na década de 1950; e as pílulas anticoncepcionais em meados dos anos de 1960.

Desse modo, a indústria farmacêutica foi ocupando posição de destaque nos países industrializados, concorrendo com outras indústrias como: a automobilística, a de produção de petróleo, de aço, dentre outras. Expandiu-se internacionalmente e foi inserida na formação dos oligopólios e conglomerados lucrativos. Essa expansão da indústria de equipamentos, instrumentos e materiais médicos também está associada ao desenvolvimento científico e tecnológico e à formação de um mercado consumidor, demandas que vão se instituindo com o avanço do capitalismo monopolista. Portanto, o Estado torna-se partícipe desse processo de industrialização, quando a formação da massa de assalariados passa a demandar uma gama de serviços necessários à sua reprodução.

Na concepção de Braga e Paula (1986, p. 157), a história do crescimento da indústria da saúde está assentada na ascensão do hospital como o centro de formação e execução dos serviços de atenção à saúde e do papel exercido pelo Estado no desenvolvimento científico e tecnológico das atividades hospitalares. Nesse sentido, a capitalização da Medicina constituiu-se um processo no qual o Estado provia e pagava pela ampliação da demanda dos serviços médicos, bem como pelos produtos industriais vinculados ao setor, financiando empreendimentos capitalistas, investindo e contratando o setor privado na prestação dos serviços de saúde (BRAGA e SILVA, 2001, p. 20).

Os estabelecimentos hospitalares foram adquirindo maior complexidade à medida que a indústria avançava, e os serviços foram se tornando cada vez mais caros. O interesse pela capitalização da Medicina dá origem aos grupos empresariais interessados no investimento que desponta com as necessidades de saúde. A Medicina de grupo surge, então, como forma de congregar empregados das empresas, principalmente as multinacionais, oferecendo uma espécie de pacote de serviços que eram compensados com o grande número de trabalhadores que contribuiriam com a manutenção dos serviços.

No mundo industrializado, a inovação tecnológica supera antigos paradigmas de produção e o Estado regulamenta as políticas econômicas e sociais, contribuindo tanto no processo da produção como da reprodução social do capital. O paradigma

tecnológico torna-se instrumento de hegemonia na divisão internacional do trabalho e, ao mesmo tempo, conta com subsídios financeiros do Estado para a sua expansão e com uma base de formação científica de intelectuais voltada para as demandas do capital. Ora, fundado desde a primeira revolução industrial, o paradigma tecnológico marcou a divisão do trabalho na indústria, com transformações profundas e complexas. Segundo Gadelha e Maldonado (2008),

[...] o verdadeiro impulso do progresso técnico na evolução dos sistemas ocorre quando um conjunto de inovações radicais, associadas a grandes avanços no campo científico e tecnológico e as inovações organizacionais e gerenciais, provoca a transformação da base técnica da economia. Esse conjunto de fatores estimula o surgimento de um novo paradigma tecnológico, conceito formulado inicialmente na década de 1990 por Kuhn (1991) em relação às ciências naturais e introduzido na literatura econômica por Dosi (1988) [...] (GADELHA e MALDONADO, 2008, p.250).

Conforme Gadelha e Maldonado (2008), Dosi considera que as tecnologias têm forma de paradigma, constituindo-se em padrões para solução de problemas técnicos com base em princípios científicos. Assim, “novos paradigmas surgiram de novas oportunidades abertas pelo desenvolvimento científico ou pela crescente dificuldade de avançar ao longo de um paradigma já existente” (GADELHA e MALDONADO, 2008, p. 250).

Uma vez iniciado, o processo tende a se auto-reproduzir. À medida que um novo paradigma tecnológico se difunde, estabelece-se um movimento no sentido da inovação, tanto técnica como organizacional. Assim, a oferta de insumos e bens de equipamentos, ao incorporar cada vez mais os novos princípios, tende a reduzir o espectro de técnicas disponíveis, o que estimula a generalização do novo modelo, incluindo as novas formas organizacionais que o acompanham. (GADELHA e MALDONADO, 2008, p.252).

Na saúde o conceito de complexo médico industrial surge vinculado a essas inovações tecnológicas. De acordo com Vianna (2002), a utilização da ideia de complexo na saúde surge como uma racionalidade econômica e tecnológica que

tem o propósito ressaltar as interrelações entre o setor de saúde e os demais setores da economia. Particularmente, a indústria de equipamentos, instrumentos, medicamentos e demais insumos necessários ao sistema de saúde formam o Complexo Médico Industrial (CMI), o qual está relacionado com uma forma de evolução do sistema de saúde, que se tornou necessária à prática capitalista de privada. Esta foi determinando as funções, os papéis e as relações, no âmbito do sistema de saúde. Nesse sentido o CMI refere-se a relações que são estabelecidas entre o conjunto de indústrias e outros setores da economia, formando blocos interdependentes cujos fluxos econômicos se tornam relevantes ao desenvolvimento (VIANNA, 2002, p. 376).

Todo complexo industrial – e o complexo médico-industrial não constitui uma exceção – traz, em si mesmo, o caráter único das relações que se estabelecem entre seus membros e a forma pela qual cada um deles, em particular, e o complexo, no geral, se apropriam de uma parcela do excedente econômico. Assim, não basta somente analisar os vínculos existentes a partir dos fluxos de bens e serviços, que poderiam ser adequadamente tratados a partir da idéia de cadeias de produção. É preciso também entender o papel que os diversos agentes e elementos constituintes de um complexo industrial assumem na sociedade e como as relações entre eles se processam ao longo do tempo. (VIANNA, 2002, p. 377).

Na concepção de Vianna (2002), os sistemas complexos são formados por unidades simples que estão interligadas, uma influenciando a outra e a complexidade está nessa interdependência. A hipótese desse autor é que existem dois sistemas fundamentais que moldam o comportamento de seus agentes: um é a tecnologia e outro é o aspecto financeiro da valorização do capital.

O primeiro sistema, que o autor chama de complexo médico industrial, caracterizaria o setor produtivo e, na saúde, estaria relacionado a duas racionalidades: uma interna, definida pelo padrão de acumulação do capital em duas lógicas distintas: a pública e a privada. E outra que compreenderia as demandas que influenciam o *modus operandi* do sistema de saúde. Então, a conformação da dinâmica desse complexo médico-industrial estaria diretamente relacionada ao desenvolvimento histórico do sistema de saúde e o papel que a tecnologia assume

no mundo moderno, com as relações de produção e de troca, bem como a revolução tecnológica ocorrida nos setores farmacêuticos e de equipamentos médicos.

O padrão de acumulação de capital estava condicionado pelos avanços tecnológicos que ocorriam nos setores farmacêuticos e de equipamentos médicos. Para o setor privado, abriu-se uma enorme janela de oportunidades. Criaram-se várias trajetórias tecnológicas, que podiam ser exploradas com elevado grau de cumulatividade e apropriabilidade. Os retornos eram tão substanciais que a indústria farmacêutica passou a ter uma das mais altas taxas de lucratividade da economia (VIANNA, 2002, p. 379).

Conforme Vianna (2002) foi nesse contexto que o setor prestador de serviços tornou-se refém das novas especialidades e a Medicina passou a depender dos equipamentos de última geração e o diagnóstico médico de uma grande quantidade de exames. Por conseguinte, a saúde tornou-se uma mercadoria de alto custo. Os gastos com saúde aumentaram de forma exponencial desde a década de 1960. Em 1990 os gastos com saúde dobraram em quase todos os países europeus (VIANNA, 2002, p. 379).

Com a crise do capital desencadeada nos anos de 1970, as reformas neoliberais adotadas trouxeram como fundamento ideológico que a principal causa da crise estaria na intensidade do gasto público, particularmente, com saúde. Houve uma ofensiva mundial de redução dos direitos sociais conquistados pelos trabalhadores. Mesmo assim, na concepção de Vianna (2002), os gastos sociais continuam em ascensão e o Estado é pressionado de um lado, pelo desenvolvimento tecnológico sobre o qual não tem controle e de outro lado, pela população que precisa dos serviços.

O segundo sistema, Vianna (2002) chama de complexo médico financeiro, refere-se ao descompasso acentuado entre receita e despesa dos sistemas de saúde. Ou seja, o crescimento dos gastos acaba consumindo os fundos fiscais e gerando uma pressão por reformas, mudando a lógica do financiamento, no sentido de responsabilizar a população pelo gasto com a saúde. O resultado é a ampliação de um novo mercado de capitais, que ocorre através do sistema financeiro, ou seja,

o sistema de seguros, que passa a assumir a responsabilidade tanto pela oferta como pela demanda por saúde.

Enfim, o que temos observado é que os recursos públicos vem constatemente sendo utilizado para alimentar o capital industrial desse complexo que comanda a acumulação do capital industrial na saúde. Ao mesmo tempo a população é responsabilizada pelos gastos e conduzida para a compra do serviço, através de planos e seguros, alimentando o capital financeiro.

Esse é o sistema que predomina no mercado norteamericano, no qual esses grupos financeiros dominam a acumulação do capital nessa área. A principal característica desse mercado, conforme Vianna (2002), é que ele é avesso ao risco e a incerteza. Nesse sentido, ele controla, regula as atividades da produção para evitar os imprevistos do processo competitivo. Então, eles passam a controlar os mecanismos de acumulação do capital. Enfim, para conter os gastos e fazer o uso da tecnologia, esses utilizam novas práticas de gerenciamento, de controle orçamentário, de captação e desenvolvimento de empresas e de controle dos benefícios ofertados.

Assim, segundo Vianna (2002):

O capital financeiro, público e privado tem nesse contexto caminhado a passos largos, na tentativa de impor regras que regulem o mercado. Em consequência, entra-se numa nova etapa do desenvolvimento capitalista na área da saúde, em que o capital financeiro pretende tornar-se hegemônico, constituindo agora uma etapa que poderia ser denominada de complexo médico-financeiro (VIANNA, 2002, p. 385).

No portal do Ministério da Saúde é possível acessar os números para compreender os recursos que são destinados ao fomento desse complexo médico industrial, como por exemplo, a seguinte explicação:

- O ministério da Saúde compra anualmente R\$ 8 bilhões entre medicamentos, equipamentos e produtos de saúde;

- O mercado farmacêutico nacional movimentava R\$ 28 bilhões, com alta taxa de crescimento anual, colocando-se entre os 10 maiores do mundo.
- O segmento de produtos médicos no Brasil, formado, em grande parte por empresas de pequeno e médio porte tem um faturamento anual estimado em R\$ 8 bilhões.
- Na área de equipamentos, o mercado público brasileiro responde por cerca de 50% do mercado.
- Também é responsável pela aquisição de mais de 90% das vacinas e algo em torno de 25% dos medicamentos.
- Em 2003, o gasto direto com produtos e insumos industriais somava 7% dos recursos da saúde.
- Em 2006, esse percentual chegou a 15%. Investimento do Ministério da Saúde nos Laboratórios Oficiais de 2000 a 2009 – R\$ 409 milhões.
- O mercado mundial do Complexo Industrial da Saúde é avaliado em US\$ 1 trilhão, sendo US\$ 670 bilhões da indústria farmacêutica, US\$ 25 bilhões da indústria de reagentes de diagnóstico e US\$ 9 bilhões da indústria de vacinas.
- A indústria de produtos médicos movimentava US\$ 300 bilhões. O Brasil tem uma fatia de apenas 1,2% do mercado mundial. Cerca de 80% estão em poder dos Estados Unidos, Japão, Alemanha, Holanda e França.¹³

Retomando o nosso caminho de volta, podemos perceber a influência de uma vertente instrumental que transforma o ideário inicial da reforma sanitária, envolvendo entidades e profissionais que deixam seus ideais anteriores e assumem uma nova postura, incluindo-se no “paradigma modernizante”.

Em uma palestra proferida em Mossoró (RN) pela professora Inês Bravo, ocorrida no dia 22/05/2012, (em Seminário organizado pela Faculdade de Serviço Social da UERN e CRESS-14ª Região, cuja temática tratada foi *A relação público e privado na assistência a saúde no Brasil: a mediação do controle social*, a mesma afirmou que, atualmente, as entidades históricas, aqui já referidas: ABRASCO, CEBES, REDE UNIDA e FIOCRUZ, assumiram posturas conservadoras, numa “reforma sanitária flexibilizada”, pois defendem os projetos de privatização da saúde, particularmente, as Fundações Estatais de Direito Privado. Segundo Bravo, os sujeitos que compõem essas entidades, afirmam que lutam em defesa do SUS, mas, na realidade, defendem as formas de privatização que vêm sendo postas em pauta e assumem, nas análises da realidade, adotando posturas pós-moderna,

¹³ Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=32495

fundamentadas em autores como Habermas, Foucault, negando as reflexões que tem por base o marxismo.

Nessa mesma posição, Soares (2010) também reconhece uma nova divisão dentro das vertentes no campo da saúde, identificando três projetos em confronto: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto de Reforma Sanitária. No projeto do SUS possível a autora identifica um transformismo nas lideranças que defendiam a Reforma Sanitária, que adotaram uma nova postura, “flexibilizando os princípios político emancipatórios [...] em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS”, nesse sentido, segundo a autora:

A racionalidade hegemônica no SUS expressa, de forma diferenciada, os princípios desses projetos – *privatista* e *SUS possível* - e tem fundamentos que reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês. Os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, daí surgindo todo o discurso justificador das Parcerias Público-Privadas para gerir a saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada (SOARES, 2010, p.17).

O projeto de Reforma Sanitária vem sendo retomado desde 2010, por várias entidades que constituíram um grande movimento nacional contra a privatização da saúde no Brasil. Esse tem crescido e se fortalecido, entrando hoje em oposição ao projeto do SUS possível e ao projeto privatista. Trata-se do movimento constituído pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e os Fóruns em defesa do SUS e contra a privatização. Os Fóruns estão formados em quase todos os Estados brasileiros e em alguns municípios.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde surgiu em 2010, a partir da luta contra a privatização e em defesa do SUS público e 100% estatal. Uma motivação que traz na ideologia e na filosofia a retomada dos ideais do movimento sanitário. É, segundo seus idealizadores, uma frente de esquerda, anticapitalista que tem como bandeira principal a defesa dos direitos que vêm sendo usurpados da população. É uma perspectiva contra a privatização das políticas públicas. Uma Cartilha elaborada por este grupo explica que:

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é composta por diversas entidades, fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, têm por objetivos: defender o SUS público, estatal, sob a administração direta do Estado, gratuito para todos; lutar contra a privatização da saúde; e defender a Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980 (Cartilha da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, novembro de 2011, p. 3)

No III Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, ocorrido em Maceió (AL), de 7 a 10 de junho de 2012, Bravo retomou essa discussão afirmando que “a reforma sanitária não foi concretizada e o SUS não foi implantado”, que hoje a Frente Nacional desponta como o maior movimento em defesa da saúde no Brasil, contra a privatização da saúde. Trata-se de um novo movimento contra-hegemônico que inclusive está se internacionalizando, participando de movimentos em defesa da saúde nos países da América Latina e na Europa.

No III seminário realizado em Maceió/AL foi exibido um vídeo apresentando as atividades realizadas pela Frente Nacional. Nessa mídia aparecem vários confrontos ocorridos na luta em defesa da saúde: no Congresso Nacional, em Assembleias Legislativas dos Estados brasileiros. Tais embates se dão com enfrentamentos e os militantes do movimento ficam sob a mira de ameaças, na presença de reforço policial. Um momento crítico registrado nesse vídeo situa-se em uma reunião da Frente Nacional na 14ª Conferência Nacional de Saúde, na qual o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha adentra o ambiente e tenta dialogar com o grupo que compõe a Frente Nacional. Ao final, o Ministro entra em confronto com o grupo, quando a professora Inês Bravo argumenta a necessidade de se defender o SUS estatal. Este expressou sua postura contrária, afirmando: “O SUS estatal? Eu sou contra! O SUS não pode ser só estatal”. O mesmo tentou ainda argumentar que desde 1986, na 8ª Conferência, foi aprovada a participação privada e não o SUS estatal. Entretanto, o que se definiu na referida conferência foi a estatização progressiva dos serviços e, conforme depoimento da professora Valéria Correia, neste mesmo vídeo, o que ocorreu, na realidade, foi um processo de privatização progressiva.

Após essas considerações acerca dos mecanismos que têm sido criados para o processo de privatização da saúde e desmonte do ideário da reforma sanitária, cabe buscar entender o significado da universalidade da saúde e os efeitos da ofensiva neoliberal na desestruturação dessa conquista dos trabalhadores.

2.3 O SUS entre o Estado e o Mercado: as contradições na efetivação da universalidade:

A universalização da saúde constitui um dos ideários do movimento sanitário que foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, compondo os princípios básicos do SUS. Parte do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e que o Estado deve criar mecanismos institucionais que garantam o acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos, efetivada pelo sistema público, através do qual as relações efetivadas tenham como fim a defesa da vida humana. O princípio possui um conteúdo ideológico de negação da saúde como mercadoria.

Segundo Japiassú e Marcondes (1996, p.265), “universal é aquilo que se aplica a totalidade”, que “exprime a idéia de extensão completa de um conjunto”. Universalização é o ato, o efeito de universalizar, referindo-se a generalidade ou a qualidade do que é universal. No que se refere aos direitos sociais, à compreensão da universalidade pode ser incorporada de forma diferenciada, ou seja, como uma perspectiva social democrática, como direito social inerente a todos ou como fundamento de uma perspectiva liberal, como garantia de formas de acesso através da compra, no mercado.

Consideramos que a primeira é a que foi impressa pela reforma sanitária, que define o acesso a saúde como direito de todos, como caráter público/estatal, cujo financiamento é garantido através de recursos públicos gerados por contribuições sociais, impostos, taxas, etc, que são fontes de arrecadação estatal.

A segunda perspectiva é a que tem sido imposta, desde a década de 1990, pelos organismos financeiros internacionais, compreendendo que a universalização da cobertura para a totalidade da população assistida não deve sobrecarregar o Estado, este deve se encarregar dos mais pobres, e os demais devem ser cobertos

através da compra de planos de saúde ou por iniciativas individuais e empresariais¹⁴, os quais devem ser regulados pelo Estado. Considera que o Estado só deve intervir residualmente, de forma focalizadora, além disso, dualiza o acesso: o público para os que não podem pagar e o privado para os que têm condições de comprar.

Segundo Cohn (2005), o binômio – focalização e universalização – está relacionado às formas de pobreza e desigualdade social que fundaram o sistema de proteção social brasileiro, desde o período getulista. A saúde já foi fundada na dicotomia: assistência médica previdenciária e ações de caráter coletivo. Um modelo duplamente fragmentado: 1) de forma financeira, porque conta com recursos contributivos da massa salarial, para uma determinada parcela da população, enquanto a outra depende dos recursos orçamentários; 2) e de forma social, pois segmenta o acesso dos assalariados, pela via da previdência social e a assistência aos pobres não assalariados, por outra via de acesso.

Na década de 1980, com a luta pela democratização, entra em cena a defesa dos direitos civis, políticos e sociais, saúde, educação e direitos humanos. Entra em discussão a universalidade do acesso de todos, indiscriminadamente, aos bens de consumo coletivo. Os direitos reivindicados são consolidados na Carta Constitucional, de 1988.

No entanto, um novo desafio é colocado: o de garantir de fato esses direitos, contrapondo-se a uma herança na qual as políticas sociais sempre foram segmentadas via Estado/Mercado, filantropia/direito contributivo. Ao mesmo tempo em que faz parte de outra herança, de práticas patrimonialistas e clientelistas, que acabam negando o caráter republicano do Estado e do acesso aos direitos sociais (COHN, 2005, p.391).

Na concepção de Ocké-Reis (2009), o SUS foi inspirado em experiências universalistas do Estado de Bem Estar Europeu e se constituiu em um legado de crenças democráticas e socialistas que fizeram parte do processo de redemocratização do país, na década de 1980. Entretanto, não se transformou em

¹⁴ Foi o que ocorreu nos Estados Unidos, a proposta reforma da saúde no governo Obama previa uma universalização que incidia na cobertura por planos de saúde.

um modelo redistributivo, público, universal e integral em sua totalidade. Para esse autor, o SUS não alcançou a cobertura universal por três razões:

1. Como sistema público paralelo ao privado, vem dando espaço para uma dupla cobertura, segmentando o acesso;
2. Não houve por parte do Estado uma ação que efetivasse a democratização das instituições que regulamentam a profissão da medicina e os seus prestadores de serviços;
3. Não se adotou uma postura publicista em relação ao setor privado.

Nesse sentido, a universalização confrontou-se com um avanço do sistema privado e houve uma “expansão por baixo” com a “inclusão de milhões de pobres e indigentes e uma ‘exclusão por cima’, que segmentou os trabalhadores que renunciaram a assistência médica do SUS, em busca do atendimento diferenciado nos planos de saúde”. A privatização e o crescimento “endógeno” do mercado de planos de saúde “interditou o projeto estratégico do SUS, o projeto da reforma sanitária” (OCKÉ-REIS, 2009, p. 9).

O SUS resultou de uma proposta de constituição de um sistema de saúde universal para que todos tivessem acesso com qualidade, eficiência, equidade. Ao longo de sua existência construiu uma base jurídico e institucional que ainda está distante de concretizar o que foi proposto. Essa base legal e institucional foi erguida ao lado do sistema privado, que segmenta a população brasileira. Como afirma Mendes (2005):

Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. (MENDES, 2005, p. 35)

Para Mendes (2004), o dilema principal do SUS é “instituir-se como um sistema público de saúde para todos os brasileiros ou como um segmento destinado ao atendimento das camadas pobres.” (MENDES, 2005, P. 35). Observa este autor que existem dois grandes modelos: o praticado por sociedades democráticas combinadas por princípios de solidariedade social, como o Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia; o modelo segmentado fundado em princípios do individualismo e do mercado, como os Estados Unidos, que é um país onde o sistema é hegemonicamente privado.

Dominguez (2010), expondo o resultado de pesquisa realizada pela revista *Radis*, vinculada a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), apresenta dados de alguns países que adotam o sistema universal de saúde como: Canadá, Espanha e Reino Unido. Afirmando que no Canadá, país com cerca de 33 milhões de habitantes, a cobertura universal iniciou-se no final dos anos de 1940, mas não de maneira uniforme, pois não foi implantado de imediato em todo o país. Tratou-se de um processo que foi se ampliando até 1972, quando todas as províncias e territórios conseguiram atingir a cobertura universal. Em 1979, uma pesquisa realizada pelo governo canadense sobre o funcionamento do sistema de saúde, constatou mecanismos de cobrança nos serviços aos usuários. Esse fato conduziu a uma revisão no Sistema Nacional de Saúde desse país, e em 1984 foi promulgada uma nova lei: a *Canadá Health Act*, definindo como princípios básicos da saúde: a equidade, a solidariedade, a universalidade, e a acessibilidade.¹⁵

Entretanto, há alguns serviços nesse país que não foram universalizados como: acesso a medicamentos, serviços odontológicos, oftalmológicos e cuidados a domicílio, que são garantidos pelo Seguro Nacional de Saúde apenas para as crianças e os idosos, os demais se utilizam de serviços privados.

Na Espanha, o Sistema Nacional de Saúde definido na Constituição Federal de 1978, garante proteção à saúde para todos os cidadãos, caracterizando-se por:

¹⁵ Segundo Dominguez, “um canadense faz o seguinte itinerário quando precisa de assistência procura uma clínica ou médico de sua preferência, apresenta o seu cartão de seguro de saúde, é atendido sem necessidade de pagar diretamente no local ou preencher formulários e com a receita em mãos, recebe do farmacêutico os remédios prescritos e a informação de como usá-los” (DOMINGUEZ, 2010, p. 12).

financiamento público, universalidade e gratuidade e está organizado em dois níveis de atendimento: a atenção primária, que ocorre em centros de saúde formados de equipes multiprofissionais; e a atenção especializada prestada em centros de especialidades e hospitais. O acesso aos serviços ocorre com a apresentação de um cartão de identificação (Tarjeta Sanitaria Individual).

No Reino Unido o *Nacional Health Service* (NHS), criado em 1948, é garantido a 61 milhões de habitantes, fundamentado pelos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade. O sistema está organizado em dois níveis: atenção primária e secundária e os serviços são ofertados em função das necessidades de saúde da população. Na década de 1970, as reformas liberais tiveram como alvo o Estado de Bem Estar Social, o NHS foi objeto de críticas em função dos seus custos, mas apesar das intenções reformistas de mudanças regressivas, houve resistências e até a década de 1990 o sistema de saúde britânico não havia sido alterado. Só a partir de 1991, instituíram-se algumas modificações, entretanto, a universalidade e o caráter público foram garantidos. (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

Já em outros países, como a França o sistema funciona através de um seguro público de saúde compulsório e de acordo com Kervasdoué (2002 *apud* ANDRADE e ANDRADE, 2010), 96% dos tratamentos realizados pelos franceses é totalmente gratuito ou reembolsado em 100%, além da liberdade na escolha dos profissionais e dos hospitais público ou privado, hospital geral, universitário. Não há listas de espera para intervenções cirúrgicas. Mas, de acordo com Andrade e Andrade (2010) “os exames e consultas não são necessariamente gratuitos”, as pessoas podem se consultar com médicos cujos honorários não são reembolsáveis pelo seguro de saúde, neste caso elas tem conhecimento e se responsabilizam pelo encargo.

Segundo Lucena (2010), o sistema de saúde da França é bastante complexo, pois as caixas de seguros que financiam o tratamento possuem um papel parcial no processo de negociação dos honorários profissionais. Os hospitais públicos, privados e farmácias estão sob a tutela do Estado. Há 1.032 hospitais públicos que possuem características extremamente diversificadas e hoje são templos de tecnologia com uma diversidade de especialidades médicas. E há

clínicas particulares que vêm se transformando em hospitais privados. Conforme essa autora:

Os problemas de financiamento e gestão, em face da crise econômico-social na França, vêm exigindo o enfrentamento de importantes questões: o estabelecimento de um novo acordo com a profissão médica, especificar os direitos e deveres de pacientes e médicos(as), o papel de clínicos gerais e especialistas, indicar quem ficará realmente encarregado do controle das práticas clínicas. O seguro-saúde e a divisão de competências entre o Estado e as caixas seguradoras, no que se refere à existência de regimes diversificados. A reforma dos hospitais públicos com a tentativa de torná-los eficiente, flexíveis e inovadores (LUCENA, 2010, p. 88,89).

Pode ser observado, que a maioria dos sistemas de saúde desses países está fundada em uma organização mista de público e privado, alguns, com uma inserção maior do público. Outras, com uma forte influência do privado. A crise do capital, que se estende desde a década de 1970, em uma onda longa (nos termos de Mandel), vem se aprofundando ao longo das últimas décadas, afetando os países europeus, particularmente Espanha, Portugal, França, Grécia e tem gerado grandes movimentos dos trabalhadores em defesa dos seus direitos, principalmente no que se refere à saúde. Sobre esta discussão, Louçã (2011) afirma que o Sistema Nacional de Saúde de Portugal “não é um negócio”. É pago pela sociedade através dos impostos arrecadados para garantir a saúde de todas as pessoas que precisarem. Segundo este autor, líder da esquerda em Portugal, o Executivo tem cobrado valores exorbitantes, taxas excessivas às pessoas doentes. Em relação às medidas de austeridade firmadas pelo governo português com o FMI, Louçã afirma que não são os trabalhadores que devem pagar a conta pela crise com o empobrecimento e o desemprego e que a revolução fiscal deve ter como base a tributação do capital e não do trabalho (www.cartamaior.com.br, 29/11/2011).

No que se refere à garantia da universalidade com base em um sistema público de saúde, o maior exemplo ainda é o de Cuba que, guiado por princípios socialistas, reconhece o atendimento e a proteção à saúde como um direito universal, de responsabilidade do Estado. Na Constituição Cubana não se encontram referências à medicina ou saúde privada, possuindo um sistema de

saúde totalmente público. O artigo 50º da Constituição dispõe sobre o direito ao atendimento e proteção à saúde da população, afirmando que todos têm direito ao atendimento e proteção da saúde e cabe ao Estado garanti-lo, isto é:

con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio medico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; con la prestación de asistencia estomatológica gratuita; con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales. (<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>).

O Sistema Nacional de Cuba é constituído por um conjunto organizado de unidades administrativas e de serviços que prestam um atendimento integral a toda a população, sem produzir a dualidade público-privada, tão presente na grande maioria dos países, particularmente no Brasil.

Em entrevista a ADITAL (Agência de Informação Frei Tito para a América Latina), o professor Gustavo Matta, pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, afirma que há três países no mundo que possuem sistemas de saúde que seguem a perspectiva universal, que são: Reino Unido, Canadá e Cuba, dentre os quais apenas o sistema cubano é o único totalmente público. No caso dos outros dois a iniciativa privada existe de forma residual.

Os princípios que regem o sistema de saúde brasileiro, ou seja, a universalidade, a integralidade e a equidade, bem como as diretrizes que operacionalizam o referido sistema: descentralização, hierarquização e participação comunitária, não têm sido suficientes para garantir a universalização da saúde, em virtude de seu caráter dual, no qual a maior parte dos recursos públicos financiam serviços privados. O sistema privado no Brasil não é independente do SUS. Está vinculado através de um processo de regulação, que como tal normatiza, controla, mas essa condição depende muito da organização e gestão da política no país e em cada estado e município.

O funcionamento dos serviços de saúde pública dependendo da gestão e organização, muitas vezes, entra em um círculo vicioso: as condições infraestruturais são precárias e a remuneração “baixa”, por isso os profissionais médicos se recusam a trabalhar no sistema público, há escassez principalmente de médicos, que preferem se dedicar aos seus consultórios particulares atendendo a planos e seguros do que ao SUS. Há aqueles que são contratados pelo SUS, mas não cumprem com as obrigações contratuais, como por exemplo, a carga horária de trabalho, plantões. Dividem-se entre o emprego público e o atendimento privado seja em seus consultórios ou nos hospitais particulares. Alguns desses profissionais possuem uma cultura de que o trabalho no setor público não é prioritário, trata-se de benesse, favor, caridade. Por isso, não criam vínculo nem compromisso com o seu trabalho como servidor público e estabelecem diferenças de tratamento entre a clientela que frequenta os consultórios particulares e aqueles que utilizam o SUS.

Reproduzem, portanto, os dois mundos desiguais: o dos pobres, que recorrem somente ao SUS e o dos que possuem planos de saúde ou pagam os serviços diretamente. Há hospitais e clínicas para todos os níveis: para os pobres que só dispõem do SUS, para pobres que pagam planos de saúde de baixo custo, para pessoas com renda média, que contratam planos ou seguros de saúde de custo maior e para os ricos que frequentam os maiores centros médicos de ponta ou vão se tratar nos países de primeiro mundo.

Essa é uma situação gerada pelo processo de exploração do capital, que transforma tudo que é lucrativo em mercadoria. A reforma do Estado, que teve seu início nos anos noventa do século passado se estendeu pela década de 2000 com o avanço da ofensiva privatizante, numa perspectiva hegemônica que confronta-se com os princípios do SUS, particularmente o da universalização da saúde.

Retomando as perspectivas aqui evidenciadas, a do direito social se constitui no acesso a saúde a todos, de forma igualitária, garantida pelo Estado, de caráter público e universal, entretanto, na sociedade capitalista estes direitos não excluem a perspectiva do mercado e esta aparece como suplementar, extensiva a população que pode pagar, se constituindo em estratégia de privatização, embora se

gestem justificativas de que o mercado venha a subsidiar a universalização¹⁶, quando na realidade a saúde vai perdendo o seu conteúdo universal, na medida em que ocorre uma divisão na qual as ações focalizadas na pobreza são de responsabilidade estatal e o acesso através do mercado é determinado pelo poder de compra dos sujeitos.

Segundo Medeiros (2008), o Relatório do Banco Mundial “Investindo na Saúde”, de 1993, estabeleceu entre as recomendações para os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, uma distribuição das responsabilidades com a saúde entre as esferas pública e privada, na qual a esfera pública responderia por um número limitado de serviços, concentrados na ajuda aos pobres e baseadas em critérios de custo-benefício, cabendo ao Estado uma *universalização da assistência básica*. No caso das atividades de assistência especializada, de maior introdução tecnológica se destinam a esfera privada, ao mercado. A autora afirma que essa intervenção está fundamentada em duas estratégias: a transferência de serviços potencialmente lucrativos para o setor privado; e a concentração da ação direta do Estado em programas simplificados e de baixo custo.

Em estudo realizado por Rizzotto (2000), a autora identifica os conteúdos políticos, ideológicos e econômicos das determinações do Banco Mundial para à saúde no Brasil na década de 1990 e afirma que as estratégias foram de desmonte do SUS, conforme esta autora:

Diante do aumento real da pobreza em nosso país, fruto da forma extremamente desigual de apropriação da riqueza produzida e da crise capitalista das últimas décadas, as dualidades apresentadas, acabam assumindo contornos de tensão, constituindo-se em argumento político-ideológico para o abandono da visão universalista, vinculada a direito social, com a conseqüente defesa da seletividade e da focalização. Neste cenário, a difusão da concepção de justiça social terminal, ou seja, a que seria feita na hora da distribuição, dando mais a quem tem menos, obscurece a discussão da justiça social no outro extremo do processo, ou seja, a possibilidade de se fazer justiça no momento da arrecadação e da tributação do que foi produzido e acumulado, cobrando mais de quem tem mais.

¹⁶ Nos Estados Unidos, no qual a reforma da saúde que foi proposta no primeiro mandato do presidente Obama, essa universalização incidia na cobertura da população através de planos e seguros privados de saúde.

Compreendemos, então, que durante os anos noventa e, conseqüentemente anos 2000, houve um processo de negação dos direitos sociais e dos princípios do SUS. Na concepção de Soares (2010), estes princípios não são negados de forma explícita, mas são refuncionalizados para impedir as possibilidades de resistência dos trabalhadores. Assim, vão mesclando conteúdos do projeto de reforma sanitária e elementos de uma racionalidade instrumental do Estado burguês. No caso do princípio da universalidade, que define o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, é fundamentalmente materializado num “acesso focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema” (SOARES, 2010, p. 57).

Enfim, consideramos que a compreensão desta problemática requer uma melhor fundamentação acerca das relações entre o público e o privado na saúde no Brasil, bem como, dos mecanismos de aprofundamento do projeto privatista que vêm constantemente sendo arranjados, que são, na nossa concepção, empecilhos à concretização da universalidade. É sobre este assunto que trataremos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 3. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PÚBLICO E DO PRIVADO NA SAÚDE

“A nossa luta é todo dia porque saúde não é mercadoria” (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde)

Nesta tese, estamos defendendo a hipótese de que as relações entre o público e o privado na saúde dificultam a concretização da universalidade no SUS. Neste sentido, a análise por nós empreendida neste capítulo busca compreender como tais relações se afirmaram no Brasil concebendo ao privado um espaço predominante.

Concordamos com Campos (2005) de que essa reflexão no contexto cultural e sanitário ainda é insuficiente. Nesse sentido, consideramos que a problemática da relação público/privado na saúde requer um aprofundamento teórico-epistemológico. Principalmente, considerando a conformação desses serviços em cidades do interior nordestino, como é o caso de Mossoró, no Rio Grande do Norte, nas quais as interferências político partidárias, as ações patrimonialistas e clientelistas no controle dos serviços de saúde, são mecanismos comuns na conservação do poder e de apropriação do fundo público.

Assim, neste capítulo, o nosso ponto inicial é o da compreensão dos termos *público* e *privado*, examinando a origem etimológica, os conceitos e as relações estabelecidas historicamente. Posteriormente, ingressamos na discussão sobre o seu processo de estruturação no sistema de saúde. Por fim, adentramos nas polêmicas geradas com as ofensivas de privatização da saúde no Brasil, nas últimas décadas.

3.1 Aproximações conceituais sobre os termos *público* e *privado*

Entender as categorias *público* e *privado* é adentrar em um campo difuso que demarca a origem e construção histórica da sociedade humana desde a antiguidade. Na Grécia antiga, esses dois termos estavam relacionados a dois espaços diferentes. O público estava associado à ideia de cidade – *pólis*. O privado referia-se ao espaço da habitação, da casa – *oikos* – se referindo também à família, a linhagem e ao local onde ocorria o trabalho e a produção. Portanto, etimologicamente, *pólis* designa cidade, referindo-se a uma comunidade política incluindo o núcleo urbano e territórios vizinhos. Como cidade-estado, corresponde a uma unidade política que inclui o domínio do público e do privado, do Estado e da sociedade (FLORENZANO, 2001, p.1).

Ainda situando o ponto de vista etimológico, o termo *publicus*, do latim, designa o que é próprio de uma coletividade, de um povo, de um governo, de uma nação, de um país. Portanto, se refere aquilo que é de interesse, de utilidade ou de propriedade de todos. O termo *privatus*, também do latim, refere-se ao que é de propriedade individual, particular e ao que é íntimo, interno, próprio, restrito, reservado, confidencial, secreto, ou seja, afastado do conhecimento público, ou ainda, relativo à fonte não governamental (HOUAISS, 2002).

Tomando o termo grego *pólis*, na sua tradução latina, teremos o vocábulo *civitas*, que se refere à cidade ou ente público e coletivo. Na sociedade romana, o público vem do termo *res pública*, que significa coisa pública ou negócios públicos dirigidos pelos cidadãos livres e iguais nascidos em Roma. Na modernidade, tanto *polis* como *civitas* passam a ter o sentido de Estado (CHAUÍ, 2000, p.371).

Considerando o termo grego *oikos*, derivado da palavra *oikonomia*, que na sua origem latina significa *oeconomia*, este corresponde à arte ou ciência de administrar uma casa, um estabelecimento, seja este público ou privado. Neste caso, também se relaciona com as normas e as regras de administração da propriedade patrimonial privada, dirigida pelos chefes de família (CHAUÍ, 2000, p. 409).

Chauí (1992, p.357) associa este termo à figura do déspota, *despotês* no grego, que se refere ao chefe de família, ao proprietário do *oikos*, no qual a hierarquia constituída é pelas relações de senhor/escravo, marido/mulher, pai/filhos. Na antiguidade e na Idade Média, o déspota era o senhor absoluto que comandava

as propriedades e as pessoas que dependiam dele para sobreviver. Era ele quem determinava as normas e regras. O espaço privado era o ambiente que predominava a sua vontade, o exercício do seu poder. Ele só dominava seus dependentes e aqueles que não eram livres. Então, no espaço público não podia haver poder despótico, pois este espaço do poder político era ocupado por cidadãos livres.

Segundo Chauí (1992), alguns autores como Montesquieu, Hegel, Marx e Weber, descrevem o despotismo como um fenômeno oriental. Na concepção de Montesquieu, o poder despótico estabelece-se como uma forma de governo no qual o princípio é o medo, a extrema obediência é o castigo. Hegel julga o despotismo como a primeira forma da vida ético-política, que unifica o que está disperso sob uma única autoridade, na qual o déspota é o único que desfruta da liberdade. Marx utiliza a expressão ‘despotismo oriental’, para descrever formas pré-capitalistas, e referir-se às formações socioeconômicas nas quais a comunidade é concebida como uma e indivisa, e nesta unidade produzem uma identificação social que trazem imagens, símbolos associados à figura do dominante que é o senhor proprietário dos bens e das pessoas. Por sua vez, Weber afirma que o verdadeiro despotismo possui um caráter segundo o qual a dominação é compreendida como um “bem corrente da fortuna do senhor” e que esta só é possível sob o patriarcalismo e patrimonialismo (CHAUÍ, 1992, p.359/360). Conforme Chauí:

A marca do despotismo – vontade arbitrária do governante, medo dos governados, apropriação privada do que é comum ou público – se expressa na linguagem antiga pelas imagens da desmedida do governante, movido por paixões e vícios e pela ausência de leis positivas ou objetivas que limitem o arbítrio de sua vontade. [...]. Na linguagem contemporânea, a imagem do déspota é articulada, por um lado, ao conceito de propriedade – isto é, o déspota se apresenta como proprietário privado daquilo que pertence aos fundos públicos – e, por outro lado, pela abolição das distinções entre o público e o privado, tanto pelo uso e exibição da vida privada para fins políticos quanto pela redução da ação política à esfera dos interesses de sua vida privada (CHAUÍ, 1992, p.360).

Neste caso, aquele que detém o poder político não respeita a privacidade dos indivíduos, também não presta contas a ninguém e torna o espaço público palco de suas exhibições e não de ações referentes ao governo ou ao cargo que lhe foi

atribuído. Essa exposição pública é utilizada como forma de dominação, cuja finalidade é de permanência no poder, ou seja, o uso da condição despótica controla a cultura, a economia, a política, enfim, interfere nas ideias e na vida de todos que estão sob o comando de um determinado governante.

O poder despótico é também patrimonial e patriarcal na medida em que detém o controle das fontes de geração de riqueza e das decisões políticas. Mesmo que gregos e romanos tenham separado o público do privado, essas duas esferas, da propriedade e do poder, da política e da economia, sempre estiveram vinculadas.

Na sociedade capitalista, fundada com a ascensão da modernidade, a economia e a política estarão vinculadas, por um lado, pela exploração do trabalho e dominação de classes, por outro, pelo controle do Estado, que se constitui como responsável pela manutenção das relações de produção e reprodução vigentes, regidas pelo interesse privado, de uma classe. É através do Estado que se define o Direito, as Leis que controlam a sociedade. Assim, afirma-se, do ponto de vista jurídico, que todas as pessoas são iguais, livres e proprietários, portanto, sujeitos de direitos. Institui-se uma igualdade formal em um contexto que funda a desigualdade de classe. Há uma cisão entre o cidadão e proprietário. Como afirma Dias (2006):

O Estado não é um ente em si, neutro, guardião de contratos e garantidor das relações estabelecidas, indiferenciadas e válidas para todos. Pelo contrário; garante o direito de alguns sobre o dos outros. A igualdade formal oculta a desigualdade real. O mesmo vale para o mercado. Na realidade, este é, nada mais, nada menos, do que a *totalidade das relações sociais capitalistas*: sua institucionalidade, sua configuração prática. Nada de eterno, mas algo, que teve um começo e poderá ter um fim. (DIAS, 2006, p.120).

A crítica ao Estado burguês é realizada por Marx (2004), no sentido de mostrar que há uma separação entre a universalidade do cidadão e sua vida efetiva, em que se estrutura a propriedade privada, como ocorre a opressão, a exploração. Nesse sentido, a ideia de emancipação humana perpassa toda sua obra, mas em *A Questão Judaica*, expressa mais claramente essa concepção. Marx mostra a contradição existente da relação entre emancipação política e a emancipação humana. Para este autor, a emancipação humana é universal, enquanto a

emancipação política vincula-se à esfera de interesses privados, particularistas. Nesse sentido, afirma que:

Somente quando o homem individual recupera em si o cidadão abstrato e se converte, como homem individual, em ser genérico, em seu trabalho individual e em suas relações individuais; somente quando o homem tenha reconhecido e organizado suas próprias forças como forças sociais e quando, portanto, já não separa de si a força social sob forma de força política, então somente se processa a emancipação humana. (MARX, 2004, p. 52)

Na nossa concepção, Marx tinha uma preocupação voltada para os problemas sociais políticos concretos de sua época: o Estado prussiano absolutista, o atraso econômico do seu país e a opressão política existente naquela sociedade, o fez refletir sobre as condições materiais de existência e voltar-se para uma discussão que envolve as questões econômicas. Vai se preocupar, portanto, com as questões lógicas e ontológicas e a partir daí fazer uma crítica ao Estado como fundamento de si mesmo, que institui o espaço público e privado e concebe uma liberdade racional aos cidadãos. Assim, segundo Marx,

as relações jurídicas, bem como as formas do Estado, não podem ser explicadas por si mesmas, nem pela chamada evolução geral do espírito humano; essas relações têm, ao contrário, suas raízes nas condições materiais de existência, em suas totalidades, condições estas que Hegel, a exemplo dos ingleses e franceses do século 18, compreendia sob o nome de 'sociedade civil'. Cheguei também à conclusão de que a anatomia da sociedade burguesa deve ser procurada na Economia Política (MARX, 2007, p. 45).

Na *Questão Judaica*, Marx (2004, p.52) questiona os limites da emancipação política promovida pelo Estado burguês, afirmando que cada pessoa em particular é membro da sociedade civil, mas os indivíduos buscam realizar os seus interesses particulares, como cidadão do Estado. Na concepção de Marx, nem este Estado, nem as suas leis suprimem as desigualdades, ou a propriedade privada, não elimina o egoísmo, nem a pobreza. O que este Estado promove é uma igualdade jurídico-

política, que na verdade é o fundamento da desigualdade entre proprietários e não proprietários. Nesse sentido, a cidadania na sociedade burguesa é simplesmente abstrata, irreal, imaginária e não conduz à emancipação humana, ou seja, a essência do ser humano genérico. Marx considera a universalidade do Estado abstrata e alienada, ocasionada pela essência privada da sociedade civil, com seu individualismo atomístico, fundado na propriedade privada e numa igualdade no mundo político, que elimina as distinções de raça, posses, nascimento, em face das desigualdades do mundo econômico.

De acordo com Tonet (1997, p.170), “a cidadania moderna é inseparável da entificação da sociabilidade capitalista”. Essa crítica é realizada à essência da cidadania constituída na sociedade capitalista. Não se trata de uma recusa aos direitos conquistados pelos trabalhadores em sua histórica trajetória de lutas sociais. Portanto, não se deve abandonar a luta pelos direitos, pois a emancipação política faz parte de uma arena de luta.

Os direitos sociais, produto da formação sócio-histórica, pertencem aos trabalhadores, que além de produzirem a riqueza da qual são expropriados, conquistaram tais direitos através de uma longa trajetória de lutas, que resultaram de “debates e embates que mobilizaram os interessados no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, inseridos no questionamento da ordem capitalista” (MEDEIROS, 2008, p. 21).

Concordamos com Braz (2003), quando afirma que: se as políticas sociais e a Seguridade Social resultam de um jogo político forjado por interesses antagônicos, devemos apanhá-las na dinâmica histórica da luta de classes, no entanto, é preciso ir além das análises politicistas e economicistas, compreender o caráter contraditório das políticas sociais e defendê-las como instrumento estratégico fundamental da classe trabalhadora organizada, fundado, segundo este autor, a partir de dois vieses, que são: o da democratização social, ou seja, da garantia das condições de vida, da autorreprodução da classe trabalhadora e o da democratização política, que se refere ao acúmulo de forças para a conquista do poder político. A Seguridade Social, então se situa na interseção entre estes dois eixos (BRAZ, 2003, p. 23).

O SUS, portanto, é resultado desse processo de democratização social e política, e a sua defesa se constitui um caminho no acúmulo da conquista do poder

político e de rompimento com suas formas de mercantilização. Por conseguinte, trataremos no próximo item da estrutura do sistema de saúde brasileiro, considerando as relações públicas e privadas que produzem tal mercantilização.

3.2 O público e o privado na estrutura do sistema de saúde brasileiro

Abordamos nos capítulos anteriores a trajetória do sistema de saúde no Brasil, afirmando que este foi historicamente dicotomizado pelas disputas que têm ocorrido pelo seu controle, que resultam em um processo de privatização, particularmente, entre as décadas de 1960 e 1970. Ressaltamos também que na década de 1980, como resultado das lutas sociais, ocorreu o processo de redemocratização do país e, na nova Constituição elaborada, a saúde foi instituída como direito de todos e dever do Estado e assinalando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem entre os seus princípios a universalidade do sistema.

Concordamos com Souza (2002), acerca dos avanços ocorridos quando afirma que “[...] o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único que garante a assistência integral e gratuita a toda a população”, um atendimento que inclui os portadores de HIV, renais crônicos e com câncer (SOUZA, 2002, p. 16). Avançou de diversas formas, obtendo a descentralização e a universalização, constituindo um aparato legal, através do qual tem sido regido: Constituição Federal, Lei 8.080/90, Lei 8.142/90, NOBs, NOAS, Emenda Constitucional nº 29 e outros. Abriu caminho para a superação das desigualdades no atendimento à saúde, mas tem enfrentado diversas dificuldades, principalmente, em relação ao financiamento e recursos humanos.

Salientamos, entretanto, que há fortes resistências a sua essência do SUS público, estatal e universal. Em 1995, por exemplo, foi encaminhada ao Senado Federal uma proposta de emenda ao art.196 da Constituição com o propósito de substituir a idéia de universalização e gratuidade da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Uma ofensiva voltada a redefinir uma conquista da classe trabalhadora e de abertura legal a mecanismos de privatização da saúde. Um do

SUS hoje, em nossa concepção, é forte dependência, forjada historicamente, na qual o setor privado detém a maior parte da estrutura médico-hospitalar de média e alta complexidade, fazendo com que o SUS compre serviços que são executados exclusivamente por empresas privadas de saúde.

É fundamental ressaltar que a saúde no Brasil se constituiu num sistema misto, mesmo depois da implantação do SUS. Conforme Santos *et al* (2008), um sistema “puro”, exclusivamente estatal só existe em poucos países. O que ocorre na maioria dos países são sistemas que mesclam elementos da esfera pública e da esfera privada, tanto no âmbito da prestação de serviços, como do financiamento. Em diversos países, os sistemas de saúde estão formatados basicamente por três modelos clássicos:

- Um sistema nacional, com prestação exclusivamente estatal e financiamento exclusivamente por tributos;
- Um sistema pertencente ao seguro social, com financiamento exclusivamente efetuado por meio de contribuições sobre folha de salário;
- Um sistema de saúde liberal, baseado apenas nas forças de mercado.

Nessa concepção, a própria história da construção desses sistemas tem determinado o formato atual de cada um. No caso do Brasil, a reforma que se iniciou em 1988, ao mesmo tempo em que garantiu legalmente a saúde como direito de todos e dever do Estado, preservou o setor privado de forma complementar. Como este já detinha o controle do campo da prestação de serviços, a tendência foi de ampliação, após a institucionalização do SUS, com o crescimento de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde, que em 2007 já dispunham de 45,9 milhões de clientes (SANTOS *et al*, 2008, p.1434):

Analisando a oferta de equipamentos e discriminando a oferta SUS e privada da mesma forma efetuada no caso de oferta de leitos, observa-se que, excetuando hemodiálises, a oferta disponível para clientes de planos e seguros de saúde é significativamente maior que a estimada como disponibilizada pelo SUS no que se refere a todos os equipamentos de média e alta complexidade/alto custo (mamógrafo, litotripsor, ultra-som,

tomógrafo computadorizado, ressonância magnética, radioterapia, medicina nuclear e raio-X para hemodinâmica) (SANTOS, *et al*, 2008, p.1435).

Segundo Santos *et al* (2008, p. 1435), esses dados evidenciam que no sistema de cobertura duplicada, o segmento suplementar dispõe de uma oferta de serviços hospitalares e equipamentos de alta e média complexidade que é superior a disponibilizada pelo SUS. Isso ocorreu porque a transição do sistema de seguro social anterior, para o SUS, foi desigual. Enquanto o Estado detinha uma estrutura ambulatorial e médico-hospitalar mínima, o sistema privado era predominante e controlavam a estrutura que foi inclusive subsidiada com recursos públicos. Esse sistema privado passou a concorrer com o público, num processo que resultou no crescimento do privado, principalmente, do suplementar, em detrimento do público. De acordo com estes autores, desde 2004, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), classificou os seguros privados em quatro modalidades:

- 1- O **suplementar**: comercializa planos, oferecendo serviços que já são cobertos pelo sistema universal ou seguro social caracterizando, então, pela cobertura duplicada, mas que pode oferecer serviços adicionais e serviços não cobertos pelo sistema oficial;
- 2- O **substitutivo**: quando o indivíduo deve optar por um ou por outro, ou seja: pelo sistema público ou pelo sistema de seguro privado;
- 3- O **complementar**: caracteriza-se por oferecer os serviços não cobertos (ou parcialmente cobertos) pelo sistema oficial;
- 4- O **primário**: ocorre quando o sistema privado atua com o principal sistema, ou seja, é preponderante ao sistema governamental.

Por conseguinte, a cobertura duplicada, característica do sistema suplementar, introduz desigualdades na medida em que as pessoas que estão vinculadas a planos de saúde possuem mais opções de serviços do que a população, que depende exclusivamente do SUS. No sistema público, os serviços mais utilizados pelos usuários de planos de saúde são as intervenções cirúrgicas e

os procedimentos de alto custo como: hemodiálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (SANTOS *et al*, 2008, p.1437).

Além disso, o Estado destina diversos subsídios e isenção fiscal ao setor privado, assim como uma grande parte de recursos públicos são canalizados para planos de clientelas fechadas (constituídas de servidores públicos federais civis e militares, são planos financiados com recursos publicos e contribuição dos servidores). Ressalte-se também a oferta de leitos destinada a planos de saúde privados, como afirma Soares *et all* (2008):

Trata-se de um sistema de saúde que, embora constitucionalmente definido como universal e integral, tem o setor privado prestador sustentado pela compra estatal de serviços e um segmento de seguradoras e operadoras de planos de saúde fortemente subsidiado pelo Estado, pelos distintos instrumentos de renúncia fiscal (SOARES *et al*, 2008, p.1439).

Em outro estudo realizado por Santos (2009, p. 12-13), a autora preferiu utilizar uma classificação diferenciada para melhor compreensão da distribuição dos sistemas de saúde: 1) Seguro Privado de Saúde (incluindo aqui todos os planos e seguros); 2) Segmento Suplementar (que se refere a todo o mercado de seguros privados de saúde no Brasil); 3) Sistema Estatutário (que corresponde ao sistema definido na legislação de cada país, no caso do Brasil, o SUS); 4) “Arranjo público-privado” e “Mix público-privado” (referindo-se aos sistemas mistos).

A autora faz uma análise do debate sobre o *mix* público-privado na bibliografia internacional. Afirmar que o setor saúde é um importante componente da seguridade social e que, além de movimentar grande volume de gasto social, exerce influência direta em outras áreas sociais, envolvendo além dos “usuários dos serviços, financiadores, provedores, reguladores e da indústria de equipamentos, insumos, medicamentos etc”. Constitui-se, então, em uma área estratégica, tanto para o reconhecimento por parte da população, como para o desempenho das políticas sociais (SANTOS, 2009, p. 47).

Na concepção de Santos (2009), o formato do sistema de saúde é fruto das dimensões de relacionamento que se estabelece entre o público e o privado em

cada país. No Brasil, o SUS é responsável pela maior parte do investimento nos serviços de saúde, como os atendimentos em Unidades Básicas, os transplantes realizados, o controle e tratamento de portadores do HIV, de tuberculose, de hanseníase, além de exames de média e alta complexidade. Mas tem enfrentado problemas, como: baixa oferta de exames de apoio diagnóstico e terapêuticos, demora no acesso aos serviços, principalmente de exames especializados e cirurgias eletivas. Tais situações contribuem para a ampliação e enriquecimento dos prestadores de serviços privados de saúde.

O mercado privado tem ocupado um espaço significativo do sistema de saúde brasileiro. Além das relações contratuais e convênias para prestação de serviços ao SUS, ocupa também uma posição considerável na saúde suplementar. De acordo com dados apresentados pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), 47,6 milhões de brasileiros são usuários de planos de saúde, ou seja, 24,9 % da população, dados de 2011¹⁷.

O mercado de seguros privados tem se sustentado em contratações realizadas por empresas empregadoras, praticando a modalidade de planos de saúde coletivos, que financiam uma cesta de serviços de atendimento médico e hospitalar. A informação do CREMESP é de 77% de usuários vinculados a planos coletivos e 20% com plano individual e familiar.

Em relação à oferta de serviços de saúde no Brasil, esta é realizada tanto pelo SUS como pelo mercado privado. Entretanto, a maioria dos estabelecimentos com internação e unidades de apoio à diagnose está nas mãos do setor privado, enquanto à rede pública detém o maior número de unidades ambulatoriais. Assim, o SUS utiliza do setor privado os serviços de maior complexidade. De acordo com Santos (2009), em 2005, período em que realizou a sua investigação, 69% dos hospitais e 65% dos leitos privados eram conveniados ao SUS (SANTOS, 2009, p. 113).

Segundo os dados publicados pelo IBGE/PAMS (2009), dos estabelecimentos com internação disponíveis no país, 58,7% eram privados e 41,3% públicos em 2009. Comparando-se com os dados apresentados anteriormente, podemos afirmar

¹⁷ http://www.cremesp.org.br/pdfs/grafico2_advertencia.pdf.

que houve uma redução dos hospitais privados, em virtude da desativação de algumas dessas instituições. A oferta de serviços privados ao SUS também foi reduzida em 11,7%. Com relação ao número de leitos existentes em 2009, 64,6 % eram privados e 35,4% públicos (IBGE, 2009, p.31-36).

A regulação do mercado de seguros privados, no Brasil, teve início uma década após a Constituição. No final da década de 1990 foi instituído o Departamento de Saúde Suplementar (DSS) e a Agência Nacional de Saúde (ANS) que é vinculada ao Ministério da Saúde. Sua criação foi prevista na Lei nº. 9.656/98 e envolveu interesses políticos, administrativos e econômicos em face ao projeto de Reforma do Estado. A agência reguladora deveria proporcionar maior visibilidade em relação ao direito do consumidor mediante as “falhas do mercado”, devido a inúmeras denúncias em relação ao privado, particularmente aos planos e seguros de saúde.

As reformas foram realizadas sob as orientações dos organismos financeiros internacionais BM e FMI, que com o processo de reestruturação do capital, impuseram o ajuste macroeconômico aos países em desenvolvimento, particularmente, na América Latina. A finalidade era extrair os recursos do fundo público necessário às estratégias de reorganização do capitalismo mundial.

Mendes (2004, p.35) compreende que, no Brasil, o sistema de saúde está assentado em três grandes subsistemas: o SUS, que é público e destinado a todos; o privado suplementar, destinado a uma parcela que possui planos de saúde; e o privado de desembolso direto, no qual o pagamento é realizado pelos indivíduos diretamente mediante a compra do serviço. Na compreensão de Aciole (2006), com a qual estamos concordando, o setor de saúde no Brasil é formado por dois subsistemas: o público e o privado, alocados nas esferas do Estado e do Mercado, estando assim divididos:

1. O Público é constituído pelo Sistema Único de Saúde, firmado no reconhecimento constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado, fundado nos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da participação, da regionalização, da hierarquização e da descentralização (ACIOLE, 2006, p. 244);

2. O Privado funda-se na lógica liberal, de mercado, na qual predomina a modalidade de atenção individualizada e curativa. Seu capital se estabelece a partir da compreensão da saúde como uma mercadoria, como um produto a ser consumido individualmente ou comprado para revenda por um sistema de saúde suplementar formado pela complexa rede que reúne as operadoras de planos e seguros de saúde, as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas, as organizações de autogestão e os hospitais-empresas (ACIOLE, 2006, p.244-245).

Segundo Aciole (2006), a dimensão política e econômica no binômio público e privado expressa-se na histórica relação entre capital e trabalho, na qual a medicina e a saúde pública se constituem em práticas produzidas e produtoras de ideologias que são, na maioria das vezes, capturadas pelo processo de estruturação capitalista, e as políticas sociais partem do aparato político-administrativo prestador de serviços e seu funcionamento é condicionado pelos determinantes estruturais. Portanto, no Brasil, o sistema privado instituiu-se e avançou ao lado do sistema público, com o apoio do Estado e sem regulação.

O subsistema público, estatal, composto pelo SUS é fundado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização, descentralização e participação. Teve sua origem na década de 1980 e foi instituído em 1990. Está fundamentado na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde (LOS) como direito de todos os cidadãos e dever do Estado (ACIOLE, 2006, p.245-260).

Seguindo o princípio da descentralização, o SUS é operacionalizado por todas as esferas administrativas de governo: federal, estadual e municipal, respeitando as competências e pacto federativo. A ênfase posta nos municípios fez do sistema um grande detentor de estabelecimentos e serviços destinados à atenção básica. Com a municipalização, o sistema obteve um saldo positivo, embora a população não tenha aderido a sua defesa, em virtude das dificuldades de financiamento e de uma cultura de que o que é público é ruim, é ineficiente, é ineficaz e sem qualidade.

De acordo com Aciole:

Pelo tamanho do fundo público, se estabelece qual o ímpeto, qual a direcionalidade e qual o vigor com que a sociedade influenciará o Estado, para que invista recursos financeiros para construir, equipar e fazer funcionar, adequada e eficazmente, os serviços de saúde. (ACIOLE, 2006, p. 248).

A Constituição definiu as fontes de recursos da saúde, a partir da sua composição na estrutura da Seguridade Social, a LOS definiu os critérios de repasse entre as esferas administrativas de governo, mas os aspectos operacionais e os compromissos legais referentes aos percentuais orçamentários e fiscais em cada esfera de governo ficaram por regulamentar e deixaram sem definição como ocorreria o financiamento do SUS. As tentativas de regulamentação das fontes de financiamento da saúde passaram pela PEC 169 em 1993 culminando na EC-29 em 2000, que só foi regulamentada em 16 de janeiro de 2012, através da Lei Complementar 141/2012, mas com o veto da presidenta Dilma Rousseff em relação ao percentual mínimo de participação dos recursos da União no orçamento do saúde.

Utilizando dados do MS e do IPEA, de 1995, Aciole (2006, p. 256) compara a distribuição em relação à origem dos recursos, constatando que a maior parte provinha da União (58,8%), agrupados para três finalidades: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta complexidade; Ações Estratégicas (programas especiais: órteses, próteses, AIDS, DST's). Caminhando nessa mesma reflexão, o autor constata que em 2002, dos recursos destinados à saúde pelo MS, 62% foram gastos com a média e a alta complexidade. Observando-se o montante de recursos destinados à atenção especializada e hospitalar, o autor identificou o volume correspondente a 75,09%. Ou seja, a maior parte dos leitos hospitalares pertence a rede privada e isso faz com que o fundo público seja apropriado pelo setor privado.

Segundo esse autor, desde que o subsistema privado estruturou-se (ao lado do sistema público), recebeu uma grande contribuição do Estado, tanto no financiamento e produção dos serviços, como no apoio político que contribuiu para o crescimento de sua organização econômica. Tanto que este setor foi reconhecido

legalmente no art. 199 da CF como complementar ao SUS. Além disso, adquiriu uma função suplementar com a adesão expressiva de segmentos da população, ou seja, a uma modalidade em que a exigência para o acesso é a capacidade de compra (ACIOLE, 2006, p. 260/262).

A principal contradição do SUS foi ter se constituído como universal e ter incorporado o sistema privado de forma complementar. Este, na medida em que este exerce mecanismos de natureza mercantil, seletivos e que se divide em diversas modalidades organizacionais, fragmenta os serviços e as formas de acesso. O mercado suplementar, por exemplo, é composto por empresas que são intermediárias entre os usuários e prestadores de serviços e, estão constituídas, segundo Aciole (2006, p.262, 268) da seguinte forma:

1. Medicina de grupo: predomina no setor privado, constitui-se por empresas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos e famílias, com abrangência nas grandes cidades. Segundo Gerschman e Santos (2006), as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram entre as décadas de 1950/60, partindo de uma visão empresarial e empreendedora de grupos de médicos que identificaram a saúde como um nicho de mercado, visto que, com o crescimento das indústrias no país, requereriam um mercado prestador de serviços para dar conta dessa nova demanda de trabalhadores dessas empresas;
2. Cooperativas médicas: compostas por uma infinidade de organizações dentre as quais se destacam as UNIMEDs; nessa modalidade, os médicos são sócios e prestadores de serviços; operam com planos de pré-pagamento, com beneficiários individuais e com empresas .
3. Empresas de autogestão ou planos próprios das empresas empregadoras: são empresas que administram planos para os seus funcionários ou contratam terceiros (co-gestão ou planos de administração), fazem parte dessa modalidade: Fundação de Seguridade da Petrobrás (Petros); Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI); a GEAP, que é uma Fundação de Seguridade Social, criada desde 1949, que mantém

convênio com 88 órgãos da esfera governamental (ministérios, autarquias, universidades, etc.), dentre outros .

4. Planos administrados: modalidade na qual a administração do benefício ocorre com o pós-pagamento, ou seja, as empresas/segurados pagam pelo custo das ocorrências conforme a utilização do benefício.
5. Seguradoras de Saúde: representam a modalidade de atuação mais recente no mercado. O produto negociado é uma apólice de seguro e a ocorrência de agravo ou doença equivale a um sinistro, com o mesmo caráter de um imóvel, automóvel; os preços são maiores que outras modalidades empresariais; Nessa modalidade estão: Porto Seguro, Bradesco, dentre outras.
6. Setor filantrópico: tem como principal característica o fato de ser classificado como “não lucrativo” em sua natureza jurídica; trata-se de um modelo de assistência que está em vigor no país há mais de 500 anos; seus traços culturais e sociais vinculados à benemerência, ao favor e ao assistencialismo; fortemente impregnado pelo patrimonialismo e clientelismo político; participam dessa modalidade de assistência à saúde: as Santas Casas de Misericórdia; a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs); Hospitais com alta incorporação tecnológica, com o Albert Einstein (São Paulo), e outros. Esse setor possui uma prática híbrida de atendimento, oferta leitos ao SUS, de onde extrai a maior parte de seus recursos e atende planos privados, planos próprios.

Como podemos verificar, o setor privado é bastante heterogêneo e em virtude disso, Andreazzi (2002), analisando as principais mudanças ocorridas neste setor de saúde na década de 1990, prefere classificá-lo em dois segmentos: seguros e serviços. O primeiro é caracterizado pela intermediação financeira para o consumo dos serviços e o segundo é composto pelos distintos mercados subdivididos em hospitais, ambulatorios, clínicas, laboratórios e outros (ANDREAZZI, 2002, p. 13).

Concordamos com a classificação e concepção dessa autora acerca do setor privado de saúde. A mesma afirma que houve um crescimento dos seguros privados no Brasil na década de noventa, que mostra o grande interesse do capital com essa demanda, expandindo diversas modalidades de seguro privado no país. A autora

define o seguro saúde como “todo e qualquer mecanismo de financiamento privado de consumo da atenção à saúde” que contemple “o pagamento e prestações a uma empresa que se obrigará a fornecer esta atenção ou reembolsar seus gastos mediante contrato firmado entre as partes” (ANDREAZZI, 2002, p.136).

Entende-se, então, que este grupo de firmas (das diversas modalidades) teria um produto comum, que são contratos para cobertura de riscos de adoecimento, e um processo técnico comum: a atuária e a gerência de sinistros, além de um mercado comum, de intermediação financeira para o consumo de serviços privados de saúde, na sua forma mais pura. (ANDREAZZI, 2002, p.137).

Segundo a autora, essas formas de seguro são diferentes do mutualismo que se fundava na solidariedade. Como o seguro social é compulsório, mesmo não utilizando a seleção de riscos ou seleção adversa, próprias do seguro privado, adota técnicas atuariais para a composição de seu fundo.

O seguro privado tem relações de concorrência e complementaridade com o seguro social. Concorrem pelo montante social que certas camadas da população destinam a cuidados com saúde, através do Fundo Público (Ocké,1995). Podem ser complementares porque, por definição, como o mesmo Gentile de Mello já nos ensinava em 1964, o seguro saúde privado trabalha com alguns riscos, e tem como limite as restrições orçamentárias da demanda. A sobrevivência das firmas no mercado não permite que assumam a universalidade populacional e integralidade da atenção à saúde. Por isso, lhe interessa que o Estado cubra aquilo que os seus mecanismos de seleção de risco não recomendam atender, inclusive para reduzir conflitos com os consumidores (ANDREAZZI, 2002, p. 140)

Também são diferentes as lógicas de financiamento. No caso do seguro privado, as regras são baseadas na classificação de risco/custo, ou seja, as taxas são praticadas com base nas probabilidades de riscos, como: competição, custo dos serviços e outros elementos que têm implicações econômicas para o seguro. Nesses casos, há inclusive as práticas de divisão de custos entre seguradoras e profissionais de saúde. Já o sistema, que tem por base os fundos públicos, fundamenta-se na lógica dos direitos sociais universais e na compreensão de que

todos devem, individualmente, receber os cuidados que necessitarem, cujo financiamento é de responsabilidade coletiva.

Conforme Andreazzi e Kornis (2003, p. 168), nos anos de 1990 houve um crescimento na participação do mercado de seguros privados, por outro lado, ocorreu uma redução no mercado de Medicina de Grupo, enquanto as empresas de autogestão e as cooperativas permaneceram estáveis.

A estratégia das seguradoras é garantir uma clientela corporativa, porque os ganhos são em escala e as possibilidades de negociação dos preços são maiores. Nesse sentido, na concepção desses autores, tanto as seguradoras como as empresas de autogestão têm mais possibilidades de se manter no mercado do que as organizações médicas de pré-pagamento, como as cooperativas e a medicina de grupo, constrangidas pela competição. Asseveram os autores que:

A sobrevivência de algumas empresas médicas, constrangidas pela demanda decrescente, pode tornar vantajosa, por outro lado, a opção de funcionarem como firmas terceirizadas de um grupo financeiro. Quanto à autogestão, os processos de reestruturação produtiva, com a respectiva redução do emprego formal, podem ser vetor de ajuste da fatia de beneficiários da massa por ela coberta. Custos fixos, numa conjuntura de demanda decrescente, sempre serão questionados, caso se disponha de alternativas de terceirização, o que vale para as estruturas administrativas próprias de planos de saúde das empresas (ANDREAZZI e KORNIS, 2003, p.170).

Na concepção desses autores, a década de noventa foi de desaceleração no conjunto de estabelecimentos de saúde, tanto públicos como privados, no país. Isto ocorreu tanto pela redução do financiamento público, com a contenção de despesas no SUS, como pelo processo de desospitalização ocorrido na área da saúde mental. Entretanto, as “estratégias competitivas parecem estar levando o mercado a um processo de concentração” (ANDREAZZI e KORNIS, 2003, p. 172).

Algumas empresas criam mecanismos de redução de custos nos estabelecimentos privados e seguros de saúde, como é o caso da redução da média de permanência nos hospitais e ampliação de uma rede ambulatorial com a função

de limitar o tempo de internação. Há também uma segmentação da demanda de acordo com as fontes e capacidade de financiamento.

Bahia (2010), analisando a situação do SUS em seus vinte anos, ou seja, de 1988 a 2008, afirma que houve um “saldo de avanços e contrapontos”, um inventário de qualidades, deficiências e vestígios da relação entre o público e o privado. Há teses de defesa do público, dos sistemas universais de saúde e teses de defesa da eficiência privada.

Nesse sentido, segundo essa autora, há uma diversidade de perspectivas na interpretação das relações entre o público e o privado. No entanto, a centralidade da discussão tem se concentrado na regulação governamental do mercado. A autora argumenta que, se nas décadas de 1970/80 os referenciais teóricos e empíricos mobilizaram discussões que relacionavam a saúde com o trabalho, o capitalismo, o desenvolvimento econômico, político e social, a democracia e o socialismo; a partir de 1990, a discussão hegemônica voltou-se para as “acepções aritméticas” e “modelos abstratos” relacionados a contratos e à competitividade de um mercado idealizado, modificando essa tradição acadêmica (BAHIA, 2010, p. 124).

A autora afirma que:

Hoje, as tentativas mesmo canhestras de passagem da descrição diretamente à prescrição, as quais subjazem às amarrações artificiais da realidade a um modelo abstrato de relações entre o público e o privado, atraem não apenas a preferência dos setores empresariais, como também parte significativa da produção acadêmica. Os estudos que tentam articular as explicações sistêmicas com as circunstâncias concretas, que buscam discernir as contradições, se afastar das oposições binárias e requerer o entendimento crítico das limitações de seus próprios referenciais correm o risco de ir para a prateleira dos textos enfadonhos e repetitivos (BAHIA, 2010, p. 125).

Dessa forma, para essa autora, há uma ausência de estudos que realizem uma análise mais crítica das políticas que dinamizam a privatização da saúde no Brasil. E aponta três vertentes de análise em vigor, acerca dessa temática: A primeira, que situa como causa da privatização, o subfinanciamento da saúde. A segunda considera o problema resultante de uma descentralização perversa que

impulsionou a privatização. E a terceira, afirma que o Ministério da Saúde garantiu o aprofundamento da privatização, na medida em que continuou comprando serviços do setor privado (BAHIA, 2010, p. 127-128).

Bahia (2010) considera que houve um conjunto de mudanças com a implantação do SUS, resultante de um ideário de reversão da centralização, da privatização, da focalização individualizada. O projeto de reforma intencionou, portanto, garantir um sistema universal, integral, democrático e que foi constitucionalmente assegurado. Por outro lado, foi conservado um setor privado prestador, que vende serviços ao Estado e um setor privado suplementar constituído de seguradoras e operadoras de planos de saúde. Isto contribuiu para a expansão do segmento composto por empresas médicas de pré-pagamento e companhias de seguro saúde privado. Na sua concepção, portanto, o SUS constitui-se em:

Um conjunto de instituições, normas e convenções que integram a rede pública de atenção a saúde, contabiliza em sua rede de serviços estabelecimentos particulares e privados contratados e estabelecimentos públicos vinculados com empresas privadas de planos e seguros de saúde. Ambas as alternativas de articulação entre público e privado derivam de arranjos político-jurídicos pretéritos a Constituição de 1988, que foram preservados, ampliados e modernizados (BAHIA, 2010, 127).

Na concepção da autora, o setor privado beneficiou-se bastante das políticas públicas na década de noventa. Os hospitais contratados, antes da extinção do INAMPS, foram beneficiados com “a discriminação positiva das dívidas”. Houve um processo de flexibilização do número de leitos destinados ao atendimento nos hospitais filantrópicos, com a garantia do certificado de filantropia. Elaborou-se um conjunto de políticas de crédito destinadas ao financiamento de débitos, com o governo e fornecedores e, ainda, a definição de políticas de diferenciação, voltadas ao atendimento dos clientes de planos e seguros de saúde, por meio da criação de “hospitais estratégicos”¹⁸, beneficiados pelas diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social e criação de novas fontes de financiamento aos hospitais que

¹⁸ O Decreto nº 4.481/2002 define o que são hospitais estratégicos. Estes devem preencher determinadas condições no âmbito do SUS, tais condições se encontram elencadas no referido decreto.

integram a rede pública, recursos estes, capitalizados para o financiamento privado (BAHIA, 2010, p.149-50).

Em Mossoró, por exemplo, a concessão de certificado de beneficência é dado a APAMIM pelo qual esta instituição recebeu em 2011, incentivos no valor de 603.010,41 (Seiscentos e três mil e dez reais e quarenta e um centavos), de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n. 2.506, de 26 de outubro de 2011, referente à participação no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. E o Hospital Wilson Rosado foi habilitado em 2012 como unidade no Programa de Assistência Ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares, garantindo a transferência anual de 305.448,00 (Trezentos e cinco mil e quatrocentos e quarenta e oito reais), incorporados no limite financeiro de média e alta complexidade do RN e de Mossoró (MS, Portaria 1.806/2012).

No que se refere à universalização da saúde, a contradição se mantém expressa na tensão entre mecanismos de focalização e fragmentação que predominam na lógica do mercado. Inúmeras ações/procedimentos são determinados, orientados não pelas necessidades, mas pela rentabilidade, pelo lucro, pelo mais ou menos oneroso. Entram em circuito os mecanismos de comercialização de procedimentos se estabelecem na divisão entre “os que podem” e os que “não podem pagar”. Portanto, o sistema público vai se subordinando à rede de serviços, de prestadores, de cooperativas (nas quais predominam o corporativismo) e de profissões fundadas em interesses empresariais.

Conforme Bahia (2010), costumamos considerar a ampliação dos serviços, com base na capacidade instalada das instituições. Assim, há uma concepção de que o SUS avançou muito na atenção básica e que a alta complexidade é garantida pelo sistema, sendo que o problema mais crítico concentra-se na média complexidade. Entretanto, o governo paga mais às instituições privadas do que as públicas e os serviços da alta complexidade, apesar de fornecidos pelo setor privado, são pagos pelo SUS (BAHIA, 2010, p.130).

Na concepção de Bahia (2011), a regulamentação do direito à saúde no Brasil não foi suficiente para romper com o padrão segmentado do seguro social. Assim, o país construiu um sistema universal semelhante ao adotado nos países

desenvolvidos, mas abrigando um mercado de planos privados semelhante ao sistema de saúde norteamericano. Nesse sentido, a autora afirma que:

Para efetivar SUS, o Brasil deveria ter expandido a rede de serviços e necessariamente, o financiamento para a saúde pública. Ocorreu o contrário: políticas fiscais incentivaram a privatização da assistência. Hoje temos um sistema público subfinanciado e um sistema privado dependente da expansão dos vazamentos (nunca explícitos) de recursos públicos. (BAHIA, 2011, p.17).

Para Bahia (2010, p.153-56) apesar do SUS ser reduzido, tanto por agentes públicos como privados, a “mero comprador de serviços” ou a um “conjunto de estabelecimentos estatais e conveniados”, a verdade é que o privado como um todo não está fora do SUS, mas mantém interface com este sistema, ou seja, é o privado que possui uma dependência dos recursos públicos. Dessa forma, na concepção da autora, o SUS não é apenas dual, mas polissêmico, pois os padrões das relações entre o público e o privado o classificam e o segmentam. Entretanto, dinamizam uma estrutura em que se concentram agentes filantrópicos, agentes privados prestadores, operadoras de seguros e planos de saúde, além das outras modalidades, aqui já referidas.

Assim, podemos afirmar que as ofensivas à privatização têm historicamente se condensado e se firmado no interior do Estado, de forma oportunista. As diversas formas de benefícios e mecanismos que são criados no espaço público contribuem com o avanço do privado, e, conseqüentemente, com a reprodução do capital, particularmente o de saúde. E um fenômeno estratégico nesse processo de privatização dos serviços públicos tem sido a terceirização. Essa tem se constituído um dos principais mecanismos de transferência de gestão e de recursos do Estado ao setor do privado.

A terceirização constitui-se em um dispositivo de transferência de responsabilidade e recursos para a execução de serviços auxiliares à atividade principal de uma instituição. Tal fenômeno não é algo recente, mas, se originou no interior da sociedade capitalista e, atualmente, se insere no conjunto das mudanças

implementadas por essa sociedade. Trata-se de mais uma estratégia de acumulação do capital, redução de gastos com os direitos e precarização do trabalho.

De acordo com informações do DIEESE (2012), essa forma de organização, cujas características gerais têm se reproduzido em todos os países, possui particularidades nos diferentes locais em que é instituída. No Brasil, por exemplo, o processo de terceirização vem sendo utilizado desde a década de 1970. Entretanto, a sua intensificação ocorreu nas últimas três décadas, com o processo de reestruturação produtiva. E, atualmente, tem se constituído em uma das principais justificativas econômicas de melhoria da qualidade dos serviços, aumento da produtividade e redução dos custos totais da produção (DIEESE, 2012, p.2).

Na verdade, esse processo constitui-se em uma das estratégias utilizadas pelo capital, em função da crise ocorrida em meados da década de 1970. Trata-se de um paradigma gerencialista, abstraído da área de Administração de Empresas, que vem sendo utilizado como mecanismo de desregulamentação econômica, de flexibilização, de privatização e de redução das atividades estatais. Tem como principal característica a transferência da execução dos serviços a terceiros. Trata-se, na realidade, da compra de serviços de uma entidade à outra, que ocorre tanto no âmbito privado, como público.

A terceirização foi ampliando-se no Brasil, com o processo de ajuste neoliberal, a abertura econômica ao capital externo e o desmonte das políticas e direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora. Na Administração Pública, a terceirização é justificada através do discurso de modernização do aparelho estatal, de renovação de estruturas arcaicas e clientelistas, de prática de inovação que tem por base a eficácia, a eficiência, a especialização, assim como, a melhoria na qualidade da prestação dos serviços, com maior agilidade, desburocratização, além da redução de custos.

Do ponto de vista dos trabalhadores, o que ocorre de fato com esse processo de terceirização, é uma mudança perversa na forma de contratação que envolve a redução dos salários, a precarização e intensificação da exploração da força de trabalho, a negação e quebra de direitos e a desresponsabilização das empresas com os encargos trabalhistas.

Segundo Violin (2008), no setor público, a tercerização ocorre quando é firmado um acordo da Administração Pública, com terceiros, definindo a execução de determinadas atividades para o poder público, que pode ser formalizado através de contrato administrativo, convênio, contrato de gestão, termo de parceria ou outros.

Na concepção de Violin (2008), a responsabilidade pela prestação direta das políticas de saúde, educação, assistência social, dentre outras, continua sendo do Estado e não tem fundamento este se eximir de desempenhar essa função, conferindo-a a terceiros como as OS ou as Oscips. Além disso, “qualquer repasse de atuações do Estado para o ‘terceiro setor’ apenas pode ocorrer com relação às atividades-meio”, então, torna-se ilícita a prestação ampla de serviços de saúde por terceiros (VIOLIN, 2008, p.10-11).

Ora, não é o que tem acontecido. As entidades terceirizadas vêm nos últimos tempos assumindo a gestão de instituições de saúde públicas. Inclusive, contratando serviços de outros e instituindo mais um fenômeno: a quarteirização. São OS, Oscips, Fundações, Cooperativas e outras entidades que assumem a execução de atividades em que o Estado, ente principal, vem se desresponsabilizando. Este fato tem colocado em risco a prestação direta dos serviços de saúde, que está sendo privatizada. Portanto, atendendo ao projeto do grande capital, as políticas sociais vêm sendo destinadas ao mercado, desmontando as conquistas e direitos sociais, questões que serão abordadas nas próximas seções.

3.3 As novas modalidades de privatização da saúde: Organizações Sociais, Organizações da Sociedade civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

A crise mundial do capital, que se instaurou na segunda metade da década de 1970, trouxe inúmeras mudanças às formas de organização da produção e das relações sociais, políticas, ideológicas e culturais, que se seguiram nas décadas posteriores. Um novo padrão de produção foi estabelecido, trazendo aos países

menos desenvolvidos uma série de exigências sob o comando dos organismos financeiros internacionais: Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI). Dentre essas exigências, colocou-se a imposição de reconfiguração do Estado, reduzindo suas funções na área social e ampliando-as na área econômica, por intermédio de uma política de ajustes estruturais e reformas neoliberais.

Com os ajustes estruturais, na década de 1990, são instituídas as novas formas de privatização da saúde no Brasil. A Reforma Política Econômica e Gerencial do Estado, instituída no governo FHC, realizada através do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), teve a função da implementação de uma proposta que aplicasse os parâmetros da administração empresarial ao setor público, parâmetros esses, de caráter gerencialista, que trouxe à tona as modalidades de gestão da saúde terceirizada, constituindo o fundamento da criação de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de interesse Público (OSCIP).

Sob o argumento de crise fiscal do Estado, qualificado como patrimonialista, clientelista, além de críticas à falta de governabilidade, de credibilidade, considerando a máquina estatal ineficiente e passível de corrupção, consagrou como melhor saída à submissão do Estado ao modelo gerencialista, fundado nas regras do mercado, da concorrência, da competição, do custo/benefício, da eficiência econômica, da lucratividade, da redução de custos, da produção voltada ao consumo, baseado em uma concepção do empreendedorismo, da flexibilidade, da máxima eficiência e competitividade.

Posteriormente, no governo Lula, a ofensiva privatizante é retomada com novas modalidades: as Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Os argumentos são contraditórios, pois se colocam em confronto com a política que criou as OS e Oscips, mas nada fazem para coibir o processo de privatização em curso, através dessas organizações. Embora, essas sejam alvo de críticas para as proposições de novos modelos privados, que são defendidos e tratados como públicos.

Portanto, estaremos expondo o processo de criação e desenvolvimento de cada uma dessas formas de organização privada, propostas e instituídas nos últimos anos.

3.3.1 As Organizações Sociais

As Organizações Sociais foram criadas no governo FHC, através do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE). Esse foi apresentado pelo ministro da Reforma do Estado, Bresser Pereira, em 1995. As atividades propostas pelo PDRE para a criação das OS e OSCIPS estavam divididas da seguinte forma:

1. Atividades exclusivas do Estado, que incluíam a parte de legislação, formulação de políticas, dentre outras;
2. Atividades não exclusivas do Estado, dentre as quais estão os serviços de caráter competitivo e atividades auxiliares e de apoio, aqui estão incluídos os serviços de saúde, educação, assistência social, que poderiam ser prestadas por organizações não governamentais, e serviços de limpeza, transporte, manutenção, vigilância, dentre outros que seriam destinados à terceirização.

O que o Plano Diretor previa era a transferência de serviços não exclusivos para serem gerenciados por OS, que Bresser classificou-as como uma organização pública não estatal, definindo-as como “entidades de direito privado, que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária”, ou seja, cria-se um órgão não estatal e lhe concede o direito de acesso aos recursos estatais para prestar um serviço que deveria estar sendo executado pelo próprio Estado. E ainda afirma que:

As organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas condições descritas em lei específica como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração, prevenindo-se, deste modo, a privatização ou a feudalização dessas entidades. Elas receberão recursos orçamentários, podendo obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc. As entidades que obtenham a qualidade de organizações sociais gozarão de maior autonomia administrativa, e, em compensação, seus dirigentes terão maior responsabilidade pelo seu destino. Por outro lado, busca-se através das organizações sociais uma maior participação social, na medida em que elas são objeto de um controle direto da sociedade através de seus

conselhos de administração recrutado no nível da comunidade à qual a organização serve. Adicionalmente se busca uma maior parceria com a sociedade, que deverá financiar uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados (BRASIL, 1995, p. 60).

Foi com esta concepção que as OS foram regulamentadas através da Lei 9.637/98. A criação dessas entidades se constituiu como uma estratégia de garantir a publicização, que se refere à opção por um novo modelo de administração pública que tem por base as alianças entre o Estado e a sociedade, ou seja, uma forma de produção de bens e serviços públicos que, não sendo exclusiva do Estado, deverá ser absorvida pelo terceiro setor, não lucrativo.

Paes (2000, p.67) caracteriza as OS como um modelo ou uma qualificação que é concedida pelo Estado a uma organização pública não estatal, que pode ser uma associação civil sem fins lucrativos ou fundação de direito privado. Na concepção de outro autor, a OS se constitui um dos instrumentos de privatização criados no governo FHC para reduzir o aparelhamento da Administração Pública, mudando a natureza da atividade prestada e o regime jurídico, pois o que era público passa a ser de direito privado, “a entidade pública é substituída por uma entidade privada” (DI PIETRO, 2002, p. 420).

Do ponto de vista dos formuladores do PDRE, a estratégia rumo ao terceiro setor foi à saída encontrada para a crise do Estado brasileiro, resultante do agravamento fiscal, do esgotamento do modelo econômico e superação de um Estado centralizador, burocrático e rígido, com excesso de normas e regulamentos. Essa foi, então, uma forma de “resgatar a sua autonomia e a sua capacidade de programar políticas conjuntamente com a sociedade” através de uma reforma e um processo de reconstrução e redefinição do papel do Estado (BRASIL, 1997, p. 8). Ainda argumenta que:

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. No plano econômico o Estado é essencialmente um instrumento de transferências de renda, que se torna necessário dada a existência de bens públicos e de economias externas, que limitam a

capacidade de alocação de recursos do mercado. Para realizar essa função redistributiva ou realocadora, o Estado coleta impostos e os destina aos objetivos clássicos de garantia da ordem interna e da segurança externa, aos objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. (BRASIL, 1997, p. 9).

Nessa concepção, os serviços de educação, saúde e produção científica, que são subsidiados pelo Estado, mas não envolvem a necessidade de exercício do seu poder, podem ser transferidos para o setor público não estatal, ou terceiro setor, estabelecendo-se um processo de parceria entre Estado e Sociedade, como já afirmamos, é o que Bresser Pereira entende por publicização.

Nesse sentido, as OS, entidades públicas não estatais, que visam “absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica”, são formadas por associações sem fins lucrativos, orientadas para o atendimento do interesse público. Conforme aponta o PDRE:

As Organizações Sociais constituem uma inovação institucional, embora não representem uma nova figura jurídica, inserindo-se no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estarão, portanto, fora da Administração Pública, como pessoas jurídicas de direito privado. A novidade será, de fato, a sua qualificação, mediante decreto, como Organização Social, em cada caso. Qualificada como Organização Social, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público (BRASIL, 1997, p. 14).

Segundo Junqueira (2007, p.74), as OS são entidades regidas pelo direito privado, com financiamento estatal e gerenciadas por instituições do terceiro setor, que podem ser: ONGs, associações ou instituições filantrópicas. Estas têm sido questionadas em sua legalidade, desde o início de sua implantação, por entidades que compõem os movimentos sociais sejam sindicatos, partidos políticos e outras.

Em 1998, foram encaminhadas duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI), uma da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e outra dos partidos políticos PT e PDT a ADI 1.923 que argumentou a inconstitucionalidade de diversos artigos

da Lei 9.637/98 que criou as OS e, inciso XXIV, do art.24 da Lei 8.666/93 que normatiza a celebração de contratos na administração pública.

O julgamento da Medida Cautelar referente a essa ADI ocorreu entre 1999-2007, quando a maioria do STF indeferiu a liminar¹⁹. Em voto-vista, o Ministro Gilmar Mendes, justificou a importância da publicização das atividades e serviços não exclusivos do Estado, que na sua concepção podem ser transferidos para instituições privadas com gestão mais flexível, menos burocrática (STF, 2007). Inicialmente este processo teve como relator o Ministro Ilmar Galvão, que se aposentou e foi substituído pelo Ministro Ayres Britto, que encaminhou os autos para a manifestação do Advogado Geral da União, que julgou a ação improcedente e ao Procurador-Geral da União que julgou pela procedência parcial.

Durante os anos que sucederam a reforma gerencialista instituída pelo governo federal, alguns estados e municípios adotaram este modelo de gestão e no início dos anos 2000, vários problemas foram sendo identificados em decorrência das ações das gestões privatizadas dentro do SUS, tais como: má administração dos recursos públicos; altos custos dos serviços prestados, déficit público, precarização do trabalho, redução do atendimento, falta de controle social, dentre outros.

Em 2010, entidades organizadas na luta em defesa da saúde e contra a sua privatização articularam-se formando fóruns, criados inicialmente nos estados do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas e São Paulo, que foram se multiplicando em outros estados. Estes fóruns se articularam em uma Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e em defesa do SUS.

A Frente Nacional realizou várias ações e produziu documentos para o enfrentamento da privatização da saúde, como: um relatório analítico da situação das OS intitulado: “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil: Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs)”, um abaixo-assinado e uma carta direcionados aos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF).

O Relatório Analítico sobre as OS expôs fatos ocorridos em vários estados do país, relatando atos ilegais cometidas por estas organizações na administração de

¹⁹ Sobre este assunto ver Informativo do STF Nº 474 – 1 a 3 de agosto de 2007.

serviços públicos de saúde, como: fraudes por dispensa de licitação na compra de material, falta de fiscalização do desvio de recursos públicos, superfaturamentos, falta de transparência na utilização dos recursos, descumprimento da prestação dos serviços incluídos no contrato (ultrassom, raios-X, dentre outros, apesar de os recursos públicos estarem sendo repassados), dentre outras inúmeras irregularidades que estão elencadas neste relatório.

A ADI 1923/98 foi retomada e começou a ser votada no STF no dia 31/03/2011. Em seu voto o relator Ministro Ayres Brito reconhece a privatização, sendo inconstitucional na medida em que os serviços estritamente públicos devem ser prestados diretamente pelo Estado, ou sob o regime de concessão, autorização, permissão, e com a Lei 9637/98 o que se estabelece é um mecanismo de transferência de toda a prestação de serviços públicos de saúde, educação, meio ambiente, cultura, ciência e tecnologia para a iniciativa privada (STF, 2011, p.16). Assim, no caso da saúde, a iniciativa privada está deixando de ser complementar para substituir o poder público.

De acordo com reportagem escrita por Raquel Júnia (2012), os Procuradores da República, em sua maioria, se posicionam contra a transferência da gestão dos serviços públicos para as OS, por entenderem que a saúde como dever do Estado, portanto, de responsabilidade da administração direta, e que a complementariedade da iniciativa privada tem sido distorcida pelos processos de transferência de gestão dos serviços públicos ao setor privado.

O mesmo processo de criação das OS gerou as Oscips, ou seja, iniciou com o PDRE, e a partir da reforma gerencial do Estado foi instituída a lei de regulamentação, criando as devidas condições para o surgimento dessas entidades.

3.3.2 As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público:

As primeiras Oscips foram criadas em 1999, regulamentadas pela Lei 9.790, reconhecidas como entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, podendo atuar nas áreas de: educação, saúde, assistência social, cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; segurança alimentar e nutricional;

defesa do meio ambiente e desenvolvimento sustentável; desenvolvimento econômico, social e combate à fome; dentre outros.

De acordo com os critérios previstos na Lei 9.790, a OSCIP poderá estabelecer vínculo com o poder público, com a finalidade de desenvolver atividades de interesse público, através de um instrumento jurídico que é o *termo de parceria*. Podem ser qualificadas, ou seja, reconhecidas como OSCIP as organizações da sociedade civil que atuam no espaço público não estatal, possuem certificação de entidade de interesse público, se constitui pessoa jurídica de direito privado e não ter fins lucrativos. Não podem ser qualificadas como OSCIP: sociedades comerciais; associações de classes profissionais e sindicatos; instituições religiosas; organizações partidárias; entidades de benefício mútuo; empresas que comercializem planos de saúde; Instituições hospitalares privadas; escolas privadas; Organizações sociais; fundações públicas; fundações, sociedades civis ou associações de direito privado; organizações creditícias ou que tenha vinculação com o sistema financeiro nacional.

De acordo com Ferrarezi (2001, p. 7), as OSCIPs foram instituídas como parte de uma estratégia prioritária do Programa Comunidade Solidária e visava estimular o crescimento do terceiro setor e fortalecer a sociedade civil, construindo um novo marco institucional que possibilitasse mudanças nos desenhos das políticas públicas governamentais através de parcerias entre o Estado e a Sociedade Civil.

Segundo essa autora:

[...] a Lei das OSCIPs parte da idéia de que o público não é monopólio do Estado. De que existem políticas públicas e ações públicas que não devem ser feitas pelo Estado, não porque o Estado esteja se descompromissando ou renunciando a cumprir o seu papel constitucional e nem porque o Estado esteja terceirizando suas responsabilidades, ou seja, não por razões, diretas ou inversas, de Estado, mas por "razões de Sociedade" mesmo (FERRAREZI, 2001, p. 8).

Afirma-se que é o “olhar público da sociedade civil” que vai identificar os problemas, as oportunidades e as possibilidades de resolução, pois este é capaz de

“mobilizar recursos, sinergizar iniciativas, promover parcerias em prol do desenvolvimento” (FERRAREZI, 2001, p. 8).

Compreendemos, no entanto, que a criação das OSCIPs fez parte de uma das estratégias de privatização na execução das políticas sociais, particularmente saúde e assistência social. Sendo mais um dos artifícios neoliberais de redução dos direitos e minimização do papel do Estado através da terceirização dos serviços.

Conforme Barreto (2005, p. 7), há semelhanças entre as OSCIPs e as OS, começando pelo próprio conceito, ou seja, ambas são qualificadas como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos” e são instituídas por iniciativas particulares com a finalidade de realizar serviços que não são exclusivos do Estado. E as diferenças estão principalmente na forma de vínculo com o Poder Público, pois enquanto as OS são regidas pelo Contrato de Gestão, as OSCIPs assinam um Termo de Parceria. Outro autor que identifica as semelhanças e as diferenças entre as OS e OSCIPs afirma que:

A semelhança do novo título com o modelo normativo das organizações sociais é indiscutível. Primeiro, a idéia comum de concessão de uma sobre-qualificação (nova qualificação jurídica para pessoas jurídicas privadas sem fins lucrativos). Segundo, a restrição expressa à distribuição pela entidade de lucros ou resultados, ostensiva ou disfarçada (através, por exemplo, de pagamento de salários acima do mercado). Terceiro, a identificação de áreas sociais de atuação das entidades como requisito de qualificação. Quarto, a exigência de existência de um conselho de fiscalização dos administradores da entidade (Conselho de Administração nas organizações sociais, Conselho fiscal ou órgão equivalente na proposta do novo título). Quinto, o detalhamento de exigências estatutárias para que a entidade possa ser qualificada. Sexto, a exigência de publicidade de vários documentos da entidade e a previsão de realização de auditorias externas independentes. Sétimo, a criação de um instrumento específico destinado a formação de um vínculo de parceria e cooperação das entidades qualificadas com o Poder Público (contrato de gestão, nas Organizações Sociais; termo de parceria, nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público). Oitavo, a possibilidade de remuneração dos diretores da entidade que respondam pela gestão executiva, observado valores praticados pelo mercado (remuneração vedada pela legislação de utilidade pública). Nono, a previsão expressa de um processo de desqualificação e de sanções e responsabilidades sobre os dirigentes da entidade em caso de fraude ou atuação ilícita. (MODESTO, 2006, p. 11-12)

Para Violin (2008), a Constituição de 1988 é clara ao determinar que o Estado seja o principal responsável com a questão social, principalmente com as políticas de educação, saúde e assistência social. No artigo 193 é claro o caráter social e não neoliberal do Estado, destacando que as ações de seguridade social são de competência do poder público. Segundo este autor, a sociedade também é responsabilizada, mas não é colocada como principal, o papel da sociedade é subsidiário, ou seja, de colaboração, que pode se materializar na fiscalização, no controle social e outras atividades que não sejam necessariamente a execução das políticas sociais.

3.3.3 As Fundações estatais de direito privado:

O crescimento do setor privado, em geral, tem uma participação de financiamento público, do fundo público, seja através de renúncia fiscal, isenção de imposto ou participação orçamentária na distribuição de recursos estatais destinadas a ações de caráter social, filantrópico, beneficente.

Gestado desde 2005, o projeto de Fundações Estatais de Direto Privado (FEDP) entra em discussão e abre várias polêmicas a partir de 2007, quando o Projeto Lei 92/2007 passa a ser exposto e causa várias polêmicas. No documento para discussão, intitulado “Fundação Estatal: proposta para debate”, os organizadores afirmam que começaram os estudos em 2005, através da Secretaria de Gestão (SEGES) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), com o objetivo de propor ajustamentos no arcabouço legal, tornando-o “mais consistente e afinado com os novos paradigmas e desafios impostos a gestão pública”, surgindo, então, o Projeto de Fundação Estatal como resultado da necessidade de produzir algo novo que dotasse o governo de agilidade e efetividade no atendimento às demandas sociais do país.

Nessa concepção, era preciso discutir, mudar e flexibilizar a burocracia estatal, dando autonomia administrativa e financeira às instituições para a execução dos serviços. Para tanto, era necessário rever a legislação de responsabilidade fiscal, de licitações, definir planos de carreira dos trabalhadores, concurso público

para ocupar cargos de gestão, comprar equipamentos e capacitar profissionais. Enfim, definir maior transparência na compra, execução, contratação de serviços.

Essa questão foi inserida na saúde, quando o projeto já havia sido encaminhado ao Congresso Nacional, portanto, sem a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no processo. Conforme matéria publica no jornal do CNS, edição especial de novembro de 2007, o Projeto de Lei Complementar (PLP/92/07), que trata da criação das fundações, foi enviado ao Congresso Nacional sem a devida discussão com os movimentos sociais, ou seja, sem a participação da comunidade. Nesse sentido, o CNS realizou uma reunião ordinária, na qual colocou em pauta a discussão do PLP 92/2007. Essa reunião foi realizada em junho de 2007 e após uma exposição dos representantes do MPOG, os conselheiros posicionaram-se contrários ao projeto e deliberam pela realização de um seminário sobre as modalidades de gestão. Na concepção desse Conselho:

A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em busca do cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2007, p. 4).

O documento proposto pelo MPOG, em conformidade com o Decreto-Lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967, define a fundação como pessoa jurídica regida pelo direito privado. Enfatiza que essa modalidade institucional de descentralização da atividade pública é regida por regras do Código Civil, tal como às demais organizações de direito privado, inclusive no que se refere às obrigações civis, comerciais e trabalhistas (BRASIL, 2007, p.7).

O conceito de Fundação, no referido documento, é identificado a partir das origens, vinculada a ideia de filantropia e solidariedade. Embora, no Brasil, não haja uma definição jurídica específica dessa modalidade institucional. Então, *Fundação* é entendida como pessoa jurídica de direito privado. São instituições que geralmente apresentam fins de utilidade pública, que possuem mecanismos de captação de

recursos para financiamento de ações e serviços públicos. Muitas estão vinculadas às empresas privadas, desvincilham-se do pagamento de impostos com a justificativa de que estão investindo em serviços filantrópicos. Portanto, de utilidade pública. Entretanto, possuem um papel estratégico no processo de privatização e uma relação também com o processo de utilização dos recursos destinados ao fundo público.

Na saúde, a maior parte dos recursos concedidos às fundações já existentes (fundações de apoio aos portadores de câncer, renais, etc) vem do próprio SUS. São recursos públicos utilizados pelo setor privado na prestação de serviços públicos. Qual seria a finalidade da fundação se os recursos utilizados vêm, em geral, do fundo público? Na concepção dos defensores dessa modalidade de gestão, a finalidade seria a de flexibilizar a “coisa pública” que, em outras palavras, significa privatizar.

Com esses processos de privatização, as ações tornam-se cada vez mais fragmentadas, precarizam-se as relações de trabalho, não melhoram as condições de atendimento e os conselhos de saúde enfrentam dificuldade de fiscalização. Nesses espaços, as práticas clientelistas, populistas, nepotistas e eleitoreiras são mais acentuadas.

A Constituição de 1988 manteve uma referência às fundações no Art. 37º, que trata da Administração Pública direta e indireta, no inciso XIX, afirma que por “uma lei específica pode ser criada uma autarquia e autorizada à instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação”, cabendo a uma lei complementar, definir as áreas de atuação.

Foi com base neste artigo/inciso da Constituição Federal e do decreto-lei 200, e sob os argumentos de “modernização administrativa”, “desburocratização”, “modificação de modelo anacrônico, ineficiente de serviço público”, ou seja, se repete o discurso de Bresser Pereira com a Reforma do Estado, no governo Lula, introduzindo o processo de criação de Fundações Estatais de Direito Privado.

O decreto-lei 200/67²⁰, instituído durante o regime militar, trata da organização da administração pública federal, estabelecendo diretrizes para a reforma

²⁰ Este decreto-lei sofreu modificações, com o Decreto-Lei 900/69 e Lei 7.596/87, mas não alterou a definição ou referência original de fundação pública.

administrativa. Divide a administração federal em direta e indireta, e nesta segunda inclui: autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas. Considera a Fundação Pública como uma:

[...] entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes (DECRETO-LEI 200/67, Art. 5, IV).

Em acordo com a Constituição de 1988 (Emenda 19/98), o poder público poderá, mediante legislação específica, instituir fundações, seja com personalidade de direito privado ou de direito público. Desde o início da discussão acerca do processo de criação das FEDP, as polêmicas e embates, entre os contrários e os favoráveis a essa forma de gestão na saúde, foram sendo evidenciando. A forma como ocorreu o processo de elaboração do documento, sem a participação do CNS, foi bastante questionada. E em relação também aos posicionamentos adotados. Vários intelectuais da área da saúde, dentre quais parte dos que representavam o movimento sanitário e defenderam construção do SUS, apresentaram argumentos favoráveis à criação das FEDP.

Em agosto de 2007, o CNS realizou o Seminário “Modalidades de Gestão no SUS”. Este evento contou com a participação de gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes dos usuários, e no final foram estabelecidas doze propostas, definindo o modelo de gestão defendido pelo CNS (2007, p. 7):

1. Seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde;
2. Seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada;
3. Assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses, com o aperfeiçoamento dos mecanismos de prestação de contas;

4. Assegure a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo em relação a gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços;
5. Que a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais;
6. Que envolva o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão;
7. Que empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento;
8. Que aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde;
9. Que institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde;
10. Que enfrente o dilema das relações público-privado que incidem no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde;
11. Que garanta a valorização do trabalho em saúde por meio da democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS;
12. Que coadune-se com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS.

Na concepção de Carvalho (2007), com esses 12 pontos o CNS referenda o projeto de Fundações Estatais, pois todos estão em consonância com o referido projeto²¹. Para esse autor, o fato é que houve uma má interpretação da discussão, que passa pela falta de compreensão de que uma fundação é uma instituição, que tanto pode ser pública como privada. Sendo pública, pode ser administrado pelo direito público, sendo denominada de Autarquia; e pelo direito privado sendo reconhecidas como Fundações Estatais. Nesse sentido, se referir a essas entidades como mecanismos de privatização é “ignorância ou má fé, uma forma de confundir e manipular”. Para Carvalho:

Fundação Pública Estatal, administrada sob o direito privado não é um ente privado, mas sim um *ente público*. Constituir uma Fundação Pública Estatal jamais poderia ser categorizado como um ato de privatização do público.

²¹http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/artigos/080703_PFE_Art_legitSaude.pdf.

Fundação Pública Estatal sob direito privado só pode ser criada pelo público. É pública, com objetivos públicos, financiada pelo público, executando ações públicas, controlado pelo público, o que vale dizer, pelos cidadãos. (CARVALHO, 2007, p. 32).

Nesse contexto, para Lenir dos Santos (2007), uma das preocupações principais que deu origem a ideia das FEDP, foi o engessamento da administração pública. Então, a única resposta pública encontrada foi esta, que além de ser uma forma melhor de gestão não contraria os princípios do SUS e trata do disciplinamento do Art. 37, inciso XIX da Constituição Federal, que exige a edição de uma lei complementar, definindo o campo de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Nesse sentido, a Constituição está sendo cumprida.

Na concepção da autora, o alargamento das atividades do Estado exige novas formas de gestão, dentre as quais, as terceirizadas, como as OS, as OSCIPs, as cooperativas de serviços, fundações de apoio e parcerias público-privadas, dentre outras. Ou seja, a administração pública necessita da participação do setor privado, “o público não irá prescindir do setor privado”, sendo necessário desenvolver mecanismos que “imponham rumos, diretrizes, metas e princípios públicos” (SANTOS, 2011, p. 81).

A realidade é que o binômio Estado-sociedade, público-privado não podem mais ser vistos como coisas antagônicas; é necessário repensar esse binômio diante da realidade de que o Estado não pode prescindir do privado, da sociedade, do administrado, do cidadão como parte desse todo (SANTOS, 2011, p. 82).

A fundação estatal, segundo a autora, integra o orçamento público mediante o contrato de gestão com o governo, se constitui numa forma transparente e eficiente na gestão da coisa pública. Entretanto, deve-se exigir o cumprimento de metas, custos, desempenho e qualidade, com supervisão do Ministério da Saúde. Na concepção de Santos (2007) a “fundação estatal é o avesso da privatização” e se insere como categoria de entidade pública e argumenta a autora que esta é:

[...] integrante da Administração Pública, mas com a permissão legal para uma gestão mais semelhante ao modelo privado, ainda que submetida aos princípios da Administração Pública e a outros regramentos compatíveis com o interesse público (SANTOS, 2011, p. 79).

Para esta autora o modelo proposto tem sido mal interpretado, embora se constitua um formato de gestão que poderia vir a se caracterizar em uma forma de “reestatização dos serviços públicos que, por falta de modelos gerenciais inovadores, estão sendo geridos pelo setor privado” (SANTOS, 2011, p. 79).

Assim, tanto Santos (2007; 2011) como Carvalho (2007), compreendem que a proposição colocada para administração gerencial dos serviços públicos, chamada de fundação estatal de direito privado, constitui-se em uma forma de reestatizar os serviços públicos. E àqueles que se posicionam contrários estão interpretando muito mal o sistema proposto, ao colocá-lo como privatizante.

Carvalho (2007) afirma que a crítica que vem sendo realizada ao regime de contratação é infundada e argumenta que, no Brasil, existem dois sistemas básicos: o celetista e o estatutário. E nenhum deles pode ser considerado como um mecanismo de precarização do trabalho. Na concepção do autor, o sistema celetista pertence ao regime geral dos trabalhadores brasileiros, legalmente constituído.

Quando se refere às atribuições dos agentes políticos do governo, Carvalho (2007) considera que os mesmos deverão cumprir o que for determinado por lei, ou seja, atender os cinco princípios constitucionais essenciais: legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade e eficiência. E reforça que:

Já previstas e legalmente autorizadas pela Constituição essas fundações não são nenhuma inconstitucionalidade ou ilegalidade. O projeto de lei encaminha a proposta de regulamentação que estava faltando, inclusive, nenhum governo, pode, por livre arbítrio, decidir que não vai regulamentar aquilo que a Constituição determina (CARVALHO, 2007, p. 32).

Na concepção de Nelson Rodrigues dos Santos (2006), as fundações públicas poderão vir a ser o fio da meada para a retomada da *Reforma do Estado*

SUS, expressão que o autor utiliza como referência ao processo de construção do sistema público e universal de saúde criado na década de 1980 e que sofreu efeitos da reforma neoliberal na década de 1990. Afirma que a Reforma do Estado trouxe consequências negativas para as políticas públicas, como: a focalização, a segmentação, introdução de uma lógica produtivista e redução do financiamento da saúde.

Conforme esse autor, no processo de embate contra-hegemônico alguns eventos que foram realizados entre 1995 a 2002, resultando em posicionamentos importantes para a retomada da *Reforma do Estado SUS*, como:

- a) Condenação de todas as formas de terceirizações/privatizações da gestão das unidades e serviços governamentais de saúde e;
- b) Proposição de criação e efetivação de formas de combater dentro do setor público, o subfinanciamento, burocratismo, clientelismo, ineficiência e ineficácia, por meio da profissionalização do gestor público, do concurso público, carreiras, adicionais por desempenho/resultados, contratos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), efetivação do controle social dos resultados, e em especial, as modalidades de autonomia gerencial comprometida com o cumprimento de metas quantitativas de indicadores de qualidade, contratadas pela Gestão do SUS;
- c) Nelas se encontram – ainda que na condição subalterna ou contra-hegemônica –, as raízes do atual esforço de criação das Fundações Públicas ou Estatais, neste momento expresso no substitutivo do deputado Pepe Vargas ao Partido Liberal Progressista (PLP) n. 92/2007, cuja versão inicial está lacônica e vulnerável. (SANTOS, 2006, p. 124).

O processo é fundado na autonomia gerencial, contrato de metas e se constitui um fundamental avanço para o SUS. Neste, perpassa o controle do financiamento, gestão dos recursos, inovação da gestão, como também a gestão de recursos materiais e humanos mediante os devidos trâmites legais. Santos tece considerações fundamentadas em direito público e direito privado. Ele afirma que o primeiro respalda as autônomoias gerenciais e contratos com metas de qualidade, sem precisar valer-se do campo do direito privado. Enquanto o segundo, não se destina, exclusivamente, a respaldar o mercado, nem a predação da coisa pública, pois inclui também as entidades privadas sem fins lucrativos, que atendem ao interesse público e social (SANTOS, 2006, p. 124-127).

Paim e Teixeira (2007) seguem nessa mesma linha, quando, analisando a problemática da institucionalidade do SUS, destacam os “nós críticos” para a retomada do projeto de Reforma Sanitária. Consideram que a reforma gerencialista, nos anos do governo FHC, desresponsabilizou o Estado com uma parcela significativa dos direitos conquistados e criou várias formas de terceirização como: as OS, as Oscips, as Cooperativas e outras, além de precarizar o trabalho em saúde. Esses autores afirmam a necessidade de reforçar os propósitos e princípios do SUS, com a construção de uma nova institucionalidade. Esta deve permitir as seguintes diretrizes: “efetividade, resolutividade, legitimação, eficiência e sustentabilidade”. Afirmam que a sustentabilidade apoia-se em cinco pilares: 1) o econômico-financeiro, 2) o jurídico-legal; 3) o controle social; 4) a constituição de sujeitos e; 5) a nova ‘institucionalidade’ (PAIM e TEIXEIRA, 2007, p. 1820).

Paim e Teixeira consideram que, de certa forma, os três primeiros pilares são contemplados pelo SUS. Entretanto, os desafios e retrocessos se concentram nos formatos institucionais que precisam ser resolvidos, com a criação de uma nova institucionalidade:

O termo institucionalidade refere-se, em primeiro lugar, a configuração institucional, ao desenho do SUS enquanto macro-organização, composta por um conjunto de instituições, situadas em várias esferas de governo – federal, estadual e municipal – que desempenham funções diversas, como financiamento, gestão, prestação de serviços, formação de recursos humanos e produção de insumos (PAIM e TEIXEIRA, 2007, p. 1821).

Sustentando que o Estado brasileiro é moldado pelo patrimonialismo, autoritarismo, burocratismo e colonizado por interesses privados, tais pesquisadores argumentam a ocorrência do retrocesso na gestão do SUS, e que é preciso definir um novo formato institucional, uma espécie de “blindagem” através de um novo ente jurídico, com lógicas mais flexíveis, descentralizadas e mais ágeis, o que significa:

[...] debruçar-se sobre os problemas e desafios que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão nos vários níveis do sistema, de modo a subsidiar a identificação de propostas alternativas que contribuam para o fortalecimento e a consolidação de práticas coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária (PAIM e TEIXEIRA, 2007, p. 1821).

Conforme Paim e Teixeira (2007, p. 1824), a reforma neoliberal, instituída nos anos 1990, defendeu a “publicização” do Estado, tornando-o menos público. Portanto, a defesa de uma nova institucionalidade tem como objetivo resgatar e garantir o caráter público do SUS. Esse caminho não tem, necessariamente, que seguir pela subordinação a administração direta do Estado.

Ao contrário do discurso da Reforma Neoliberal do Estado, publicizar o SUS sem privatizá-lo significa assegurar uma autonomia relativa frente ao Estado, aos governos e aos partidos políticos, a partir da concepção de Estado ampliado. Tal proposta não deve ser confundida com desresponsabilização do Estado na garantia do direito à saúde, mas um esforço de submetê-lo ao controle público e democrático mediante a gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores de saúde e governo. Universidades federais, fundações públicas, instituições de pesquisa e agências de cultura têm experimentado arranjos organizacionais nessa direção e poderiam ser um ponto de partida para enfrentar essa discussão, como sugere um dos seus formuladores: **o SUS precisa caminhar em uma fórmula intermediária, que mantém o caráter público, mas precisamos criar uma autarquia especial do SUS [...]**. Um grande problema das organizações estatais é a gestão exclusiva através do governo e uma autarquia especial não pode se transformar em instrumento partidário (PAIM e TEIXEIRA, 2007, p. 1824)²².

É nesse contexto que Campos (2006) e Paim e Teixeira (2007) defendem a criação das FEDP como uma alternativa contra as formas de privatização que fragmentam e desmontam a gestão do SUS e em uma forma de inovação institucional para o enfrentamento da burocracia e das amarras da legislação. O que podemos perceber é que os intelectuais que protagonizaram a Reforma Sanitária renderam-se ao fundamento ilusório das FEDP e passaram a construir diversos

²² O destaque em negrito é dos autores para indicar que as palavras são de outro autor: Campos, (2006,p.98)

argumentos na defesa dessa nova modalidade de gestão do SUS, que, na verdade, pretendia criar novos mecanismos de privatização.

Os argumentos e defesas do PLP 92/2007, realizados por esses intelectuais, que tiveram um importante papel no processo de construção do SUS, foram sendo desconstruídos por entidades e profissionais na luta em defesa do SUS, que se originou com o movimento sanitário e o projeto de Reforma da Saúde nos anos de 1980. Portanto, cabe aqui trazer alguns posicionamentos de autores que são contrários ao referido projeto que pretendia criar as FEDP.

Uma das autoras que se posicionam contra as FEDP, afirma que para se entender os paradoxos que são colocados entre o SUS legal (conquistado nos anos 1980) e o SUS real (instituído a partir dos anos 1990) é preciso compreender: o contexto da crise contemporânea do capital, o papel assumido pelo Estado e Sociedade Civil e a interferência dos organismos financeiros internacionais nas políticas sociais (CORREIA, 2007, p.12-13).

Segundo Correia (2007), desde o final da década 1970, com a crise do capital e o processo de reestruturação produtiva, a ação do Estado vem sendo reduzida num processo de recomposição da dinâmica de produção capitalista na perspectiva de recuperação das taxas de lucros. Nesse sentido, as orientações dos organismos financeiros internacionais, Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), aos países em desenvolvimento, como o Brasil, tem se constituído de mecanismos focalizantes, no qual o Estado só intervém em situações de maior vulnerabilidade social, focalizando suas ações na extrema pobreza, destinando ao mercado tudo que considera lucrativo.

Na concepção de Correia (2007, p. 18), a contrarreforma do Estado vem deformando as políticas sociais, transformando os direitos conquistados pelos trabalhadores em políticas focais, esvaziando o caráter universal e público dos serviços sociais, destinando ao setor privado a gestão da questão social. Segundo esta autora:

Observa-se a crescente tendência da utilização do fundo público para o financiamento da acumulação do capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho. O que está em curso é o repasse dos custos de reprodução do capital para o conjunto da sociedade e para o próprio

trabalhador, transformando-o em *cidadão-consumidor*²³ (CORREIA, 2007, p. 18).

O entendimento dessa autora é de que a saúde é uma área de grande interesse do capital, pois nela se concentram as grandes indústrias farmacêuticas, de equipamentos, de insumos e grupos de seguradoras, planos de saúde e de prestação de serviços privados. Neste sentido, o Banco Mundial têm definido diretrizes para a saúde no Brasil que estão pautadas na quebra da universalidade, na ampliação da prestação dos serviços pelo mercado e na gestão privada das instituições públicas de saúde. Ao Estado destina-se o papel de regulador e financiador. Esse direcionamento é que tem servido de base para a criação das OS, das Oscips e do projeto de FEDP, consolidando a contrarreforma do Estado (CORREIA, 2007, p.19). Nesse sentido, a autora afirma que:

O eixo da proposta das Fundações Estatais é o contrato de gestão. Nesta perspectiva, as instâncias centrais de gestão do SUS 'coordenarão as fundações'. O Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e passa a ser o coordenador desses serviços prestados pelas fundações, mediante repasse de recursos públicos. A privatização acontece exatamente nesse repasse de recursos públicos para setores não exclusivos do Estado. O projeto de Fundações Estatais está alinhado às orientações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, compondo, assim, o quadro das contra-reformas do Estado brasileiro que favorece o projeto do grande capital (CORREIA, 2007, p. 29).

Outra autora que tem afirmado a sua posição contrária as fundações e quaisquer formato privatizante das políticas de seguridade social é Granemann (2007; 2011)²⁴. Na sua concepção, essa estratégia de criação das FEDP faz parte do projeto de Estado do grande capital, que o governo Lula assumiu, dando continuidade à contrarreforma instituída pelo governo FHC.

²³ Destaque da autora para salientar que a expressão *cidadão-consumidor* é utilizada por Mota (1995).

²⁴ O texto de Granemann foi publicado inicialmente na Revista Radis, nº 61, 2007, p. 33, intitulado *A contra-reforma do Estado*; Foi atualizado e publicado numa coletânea de textos, organizado por Bravo *et al*, ainda em 2007, intitulado *Fundações Estatais: projeto de Estado do capital*, e foi reatualizado e publicado em 2011, na Coletânea Cadernos de Saúde, organizada por Bravo e Menezes. Como a versão 2011 é a mais atualizada, é com esta que estamos trabalhando.

Segundo Granemann (2011, p.50) o projeto é orientado pelo Banco Mundial (BM), no sentido de racionalizar os gastos públicos do SUS. O governo brasileiro, utilizando as proposições do BM lançou o documento que trata da criação das Fundações Estatais, através do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. No documento, a intenção era mudar o arcabouço legal para compatibilizá-lo com modelos de gestão afinados aos interesses do capital. A pesquisadora Granemann argumenta:

A contrarreforma estatal que permitiu a iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir de modo rebaixado o que são atividades exclusivas do Estado – ação que permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações – tem no Projeto de Fundação Estatal um estágio aprofundado da transformação do Estado mínimo para o trabalho em máximo para o capital (GRANEMANN, 2011, p. 51)

Trata-se de um projeto privatizante das políticas sociais, e que, ao conceder ao governo as ideias de agilidade e efetividade no atendimento, afeta diretamente os direitos sociais garantidos constitucionalmente. Na concepção dessa autora, esse projeto não se diferencia daquele criado com a contrarreforma do Estado bresseriano. Pois, as FEDP passam a assumir a execução de atividades consideradas não exclusivas do Estado, que são os serviços de assistência social, educação, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do servidor público.

Nesse sentido, de acordo com essa autora, a ideia de que as políticas sociais podem seguir os mesmos moldes do sistema privado-empresarial, institui um fetiche de que a lógica do mercado, ou seja, do lucro, da concorrência, da eficácia, da eficiência, pode ser compatível com a lógica dos direitos sociais. Adverte:

Ao subverter a forma institucional do Estado o mito da Fundação Estatal absorve a 'ossatura' material dos interesses do mercado, por que ideologicamente afirma a indiferenciação entre o público e o privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as

relações de classe presentes nas políticas sociais (GRANEMANN, 2011, p. 51)

Esse fetiche oculta a essência dos processos gerados pelas relações estabelecidas entre o Estado e o Capital, legitimando a ordem capitalista, utilizando a forma fundação estatal, que tem como conteúdo a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores (GRANEMANN; 2011, p 52).

Outro ponto levantado pela autora são os efeitos nefastos da ofensiva privatizante à classe trabalhadora, que esta enumera da seguinte forma: 1) a contratação em regime celetista garante a seleção por concurso, mas não a estabilidade; 2) a remuneração é subordinada ao contrato de gestão, que fragiliza a organização da classe trabalhadora, o plano de carreira, o emprego e o salário; 3) por garantir imunidade tributária não contribuir com o fundo público. Por fim, a autora ressalta a falta de controle social neste formato institucional, que na modalidade empresarial, não se submete aos conselhos instituídos pelo SUS, seguindo princípios e fundamentos de controles corporativos cujos instrumentos são típicos da iniciativa privada, ou seja, uma gestão colegiada composta por: Conselho Curador, Diretoria-executiva, Conselho Fiscal e Conselho Consultivo Social (GRANEMANN, 2011, p.52-53).

Consideramos que nesse processo de discussão das FEDP, o CNS exerceu um papel fundamental na defesa do SUS, se contrapondo ao PLP 92/2007. Batista Júnior que exerceu a função de presidente do CNS no período de 2006 a 2011, exatamente na época em que ocorria a defesa, por parte de setores do governo federal, deste formato institucional para o SUS. Batista Júnior considera que a criação dessas FEDP não contribui com a melhoria do atendimento, não fortalece o SUS e pode dificultar o controle social. Por outro lado, o fato dessas instituições não estarem sujeitas a LRF, facilita a utilização inadequada dos recursos públicos sem a devida fiscalização do seu destino e das formas de aplicação (BATISTA JÚNIOR, 2007, p.3).

Afirma Batista Júnior (2011a, p.3) que o sistema público de saúde vem sendo desconstruído desde 1995, com o desmonte e transferência dos serviços

especializados para a rede privada. Essa lógica privatizante que perdurou durante a era FHC, aprofundou-se na era Lula. Privatizaram as ações de saúde, em seguida a força de trabalho, e mais recentemente, privatizou-se a gestão dos serviços, ações que têm intenção de inviabilizar e desconstruir o SUS.

De acordo com Batista Júnior (2011, p.3), o SUS é um sistema contra-hegemônico e se constituiu em uma poderosa ameaça a ação patrimonialista histórica presente no país. Por ter sido pensado como uma política de Estado deveria estar imune às ações depredadoras dos governos. No entanto, tem enfrentado diversas ofensivas privatizantes, que têm ameaçado a sua consolidação:

Desde a contratação de serviços dos mais simples aos mais especializados, em substituição ao público, passando pela intermediação de mão de obra por meio de empresas e cooperativas, até a entrega da própria gestão dos serviços públicos a grupos privados, tudo no sistema foi transformado num grande e privilegiado balcão de negócios, as 'parcerias', para atendimento dos mais variados interesses (BATISTA JÚNIOR, 2011, p. 3).

Na concepção desse autor, existem soluções para os problemas enfrentados pelo SUS. E cita a necessidade de: democratização e profissionalização da gestão, garantia de autonomia administrativa e orçamentária, combate à corrupção e as ingerências político-partidárias e definição de um financiamento adequado, pactuado de acordo com as reais necessidades da população. Sugere ainda, a criação de um serviço civil de carreira única para todos os profissionais da saúde (BATISTA JÚNIOR, 2011, p.3) e como forma de fixar, estimular, criar vínculos com os serviços é preciso constituir plano de carreira, capacitando e oportunizando os profissionais ampliarem suas possibilidades e crescimento.

Para Batista Júnior, o projeto de FEDP tem como argumento a modernização na gestão do atendimento, mas na verdade trata-se de uma forma de instituir parcerias entre o Estado e o setor privado. Se constitui em mais um mecanismo de canalizar os recursos públicos, já escassos, para aumentar os investimentos no mercado, favorecendo à reprodução do capital. Ou seja, é mais uma forma de financiar os agentes privados com recursos públicos. A ideia de crise do serviço público são estratégias de privatização. São os próprios governantes que

desencadeiam a crise com o uso inadequado dos recursos públicos, com a corrupção, a má gestão, o superfaturamento, as irregularidades nas contratações, nas compras de equipamentos, medicamentos e na falta de investimento na coisa pública. Isso gera um círculo vicioso que desemboca na precarização do trabalho e nas deficiências do atendimento em saúde.

O Projeto de Lei Complementar, PLP 92/2007, enfrentou resistências por parte de várias entidades e movimentos sociais. Em vários eventos a discussão foi levantada como forma de impedir a aprovação do referido projeto. Como exemplos, podemos citar:

- O 52º Conselho do ANDES Sindicato Nacional (CONAD), realizado em São Luiz (MA) entre 26 e 29 de julho de 2007, no qual foi aprovada a Carta de São Luiz, constando dentre as propostas a articulação com movimentos e organizações contra a privatização da saúde, denunciando e lutando contra a aprovação do PLP 92/2007;
- O Seminário Nacional dos Hospitais Universitários, organizado pela Federação de Sindicatos e Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA), realizado em Belo Horizonte nos dias 18 e 19 de agosto de 2008, que teve como um de seus pontos de discussão a luta contra o PLP 92/2007;
- O lançamento do Fórum Nacional Contra o PLP 92/2007 em 02 de junho de 2009;
- A Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde realizada em Brasília em 03/06/2009, com manifestações em defesa do SUS e contra as privatizações, particularmente contra a aprovação do PLP 92/2007;
- O Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde em Olinda (PE), realizado entre os dias 08 a 10 de junho de 2009, no qual foi aprovada uma moção de repúdio contra o PLP 92/2007;

- Ato público realizado em Brasília no dia 17/06/2009, para onde foram várias caravanas em defesa do SUS de todo o país, num dia nacional de luta contra as FEDP.

Apesar de todos os argumentos construídos por intelectuais que tiveram um importante papel na construção do SUS, mas que se renderam ao processo de privatização do sistema defendendo as FEDP, as discussões contrárias a esse processo, as denúncias realizadas pelo Conselho Nacional de Saúde, os protestos e atos realizados por entidades sindicais e profissionais em todo o país, renderam uma grande vitória, pois o PLP 92/2007 foi abortado em 09 de julho de 2009. A notícia foi publicada em informativos das entidades que se articularam contra o projeto como uma vitória dos movimentos sociais.

O ministro da saúde José Gomes Temporão anunciou nesta quinta-feira, 9 de julho, que não lutará mais pelo projeto de lei complementar PLP 92/2007, que transfere a responsabilidade da gestão de serviços públicos da Saúde a 'Fundações Estatais de Direito Privado'. Em reunião com o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Francisco Júnior e o presidente da Câmara dos Deputados Michel Temer, Temporão disse que o governo está compreendendo o posicionamento dos movimentos sociais que visitam com frequência o Palácio do Planalto e o Congresso Nacional. O Ministro declarou que é fundamental que a sociedade brasileira perceba e defenda a existência do SUS'. Assessores diretos informaram que o ministério já admite uma proposta alternativa e precisa do apoio das entidades. 'O ministro não abrirá mão de melhorar a qualidade da gestão na saúde' (CFESS, 2009).

Entretanto, outra ofensiva privatizante foi desencadeada e dessa vez, voltada particularmente, para os hospitais universitários, o que não descarta a possibilidade de sua ampliação futura, ou seja, se estar gerando um novo mecanismo de privatização que poderá se estender para os demais hospitais públicos. Estamos falando da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que trataremos no próximo item.

3.3.4 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi instituída em 15 de dezembro de 2011, através da Lei 12.550/2011. Seu Estatuto Social foi aprovado com a instituição do decreto 7.661, de 28 de dezembro de 2011. E em fevereiro de 2012, o presidente da empresa foi nomeado juntamente com quatro diretores, que passaram a realizar os contatos com as universidades federais, no propósito de firmarem os contratos e assumirem a gestão dos Hospitais Universitários (HUs).

Esse processo teve início com a instituição da Medida Provisória (MP) 520/2010, editada no final do mandato de Lula, autorizando ao Poder Executivo a criar uma empresa pública sob a forma de sociedade anônima²⁵ e com personalidade jurídica de direito privado. Conforme essa MP, a empresa estaria vinculada ao Ministério de Educação e deveria dispor de patrimônio próprio. Sua sede e foro seriam em Brasília e a mesma poderia criar e manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da federação (MP 520/2010).

A finalidade da EBSEH seria de prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial, assim como realizar “serviços de apoio ao ensino, pesquisa, ao ensino aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde” (MP 520/2010).

De acordo com Pilotto (2012), o debate acerca dos problemas enfrentados pelos HUs veio se estendendo desde a década de 1990. Especialistas em gestão da saúde vinham alegando a existência de uma crise nesses hospitais. Segundo este autor, a crise teve sua origem em vários problemas, como: congelamento dos valores da tabela SUS em 1996; falta de concurso público para contratação de pessoal; processos de terceirização; redução do financiamento federal; endividamento dos HUs, em função da falta de financiamento e outras consequências, como redução de leitos e serviços, sucateamento, terceirização, quarteirização, dentre outros. No entanto a lógica que se disseminou foi a de que tais problemas seriam resultantes da ineficiência na gestão dos HU's, e foi com tal argumento que a MP 520/2010 foi editada.

²⁵ De acordo com Rodrigo Valente a Sociedade Anônima é “um modelo administrativo que visa lucro, através da abertura do seu capital ao mercado de ações” (Cf. <http://www.adunifesp.org.br/artigo/medida-provisoria-520-ameaca-carater-publico-dos-hus>).

Em 2011, a referida Medida Provisória foi transformada na Lei 12.550/2011. De acordo com um manifesto elaborado pela Frente Nacional contra a privatização da saúde (2012), a implantação dessa empresa foi uma afronta ao caráter público dos HUs; desrespeitando a autonomia universitária; ameaçando a liberdade de pesquisa, além de causar danos aos servidores com a flexibilização das relações de trabalho, prejudicando também a população usuária dos serviços, pois na medida em que privatiza, entregando os hospitais ao sistema mercantilista, dificulta ainda mais o acesso aos serviços.

A Frente Nacional tem realizado manifestações e resistência à implantação da referida empresa desde que a MP 520/2010 foi editada. A luta da Frente Nacional e dos Fóruns em defesa da saúde é pelo SUS 100% público e essa estratégia de privatização dos HUs representa um enorme retrocesso na garantia do sistema universal.

A criação da EBSEH se constituiu em mais um mecanismo de aprofundamento do processo de privatização dos serviços iniciados com a Reforma do Estado desde os anos de 1990, com a criação das OS e OSCIP's. Trata-se da continuidade da lógica gerencial e da mercantilização dos serviços de saúde. Nesse processo se institui uma reconfiguração das universidades federais que passam a inserir no seu interior, através de contrato, uma empresa pública de direito privado, que tem como finalidade a gestão e o controle dos hospitais-escola, que são patrimônio das universidades federais.

Trata-se de 46 hospitais universitários em todo o país, segundo informação Cislighi (2011). Na concepção dessa autora o debate sobre a EBSEH está relacionado com a contrarreforma do Estado que veio ocorrendo no Brasil desde a década de 1990. Sua gênese está no processo de acumulação do capital, particularmente o financeiro e da redução dos custos do Estado com as políticas sociais. De acordo com Cislighi (2011), tal situação, parte das recomendações realizadas pelos organismos financeiros internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Banco Mundial e o FMI. No Brasil essa intervenção se inicia com a discussão da necessidade de reestruturação dos HUs, desde 2010. Segundo a autora,

Em março de 2010 ocorreu em Brasília um evento que reuniu o Ministério do Planejamento, da Saúde e da Educação, os gestores dos 46 hospitais universitários além do Banco Mundial e representantes da Espanha, de Portugal e dos Estados Unidos, expondo seus modelos locais. No Brasil foram considerados exemplares as experiências de São Paulo baseadas em organizações sociais e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre que é uma empresa pública de direito privado. Nas palavras do diretor de Hospitais Universitários e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do MEC, José Rubens Rebelatto “este encontro nos indicará caminhos para o processo de reestruturação que está em curso”, referindo-se ao REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. No mesmo evento anunciou-se o empréstimo 756 milhões para financiamento desse programa, recursos oriundos do Banco Mundial (CISLAGHI, 2011, p.56).

As diretrizes do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (PNRHUF) definiram a necessidade de se estabelecerem novos mecanismos de financiamento compartilhados progressivamente entre o Ministério de Educação e Cultura (MEC) e Ministério da Saúde (MS), melhoria nos processos de gestão, adequação da estrutura física, recuperação e modernização do quadro tecnológico, reestruturação do quadro de recursos humanos e aprimoramento e incorporação de novas tecnologias (CISLAGHI, 2011, p.60). De acordo com essa autora, antes que este programa de reestruturação pudesse ser efetivado o governo Lula assinou a medida provisória para a criação da EBSEH.

A ‘urgência da medida foi justificada pela necessidade de resolver o impasse dos terceirizados dos hospitais universitários federais visto que o TCU declarou ilegal a situação de 26 mil contratados precarizados e deu um prazo até 31 de dezembro de 2010 para que o governo resolvesse a situação (Acórdão 1520/2006). Só que essa determinação do TCU ocorreu em 2006. O governo teve quatro anos para fazer concursos públicos repondo o quadro de servidores e não o fez. Confirma-se, então, a intenção do governo de retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direitos privado (CISLAGHI, 2011, p.60).

Segundo Pilotto (2012), os HU’s até a década de 1980 tinham como missão serem hospitais-escola. Com a reforma sanitária estes passam a integrar a rede SUS passando a ter como missão ensino e assistência, sendo hospitais de

referência no atendimento secundário e terciário. O financiamento desses hospitais deveria ser executado pelos Ministérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia. Entretanto, várias dificuldades foram sendo colocadas ao longo da década de 1990 em relação ao financiamento, desde o congelamento da tabela de procedimentos do SUS, à falta de concurso público para contratação de pessoal, gerando e ampliando formas precarizadas e terceirizadas de contrato, dentre outras situações que foram reduzindo a capacidade e qualidade desses hospitais.

Neste sentido, a criação da EBSEH foi apresentada como alternativa para solucionar os problemas gerados ao longo dos anos de descaso, subfinanciamento, de sucateamento e terceirização dos HUs. Na realidade se instituem novos mecanismos que reforçam a privatização desses hospitais, não exclui os serviços terceirizados e, além disso, quebra a instabilidade dos servidores públicos, pois a legislação altera o regime de contratação. Assim, desconstrói a universidade pública na medida reduz a sua autonomia, além de atingir a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

A EBSEH é uma empresa pública de direito privado que tem como finalidade a prestação de serviços médicos, hospitalares, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, segundo o art. 3º da Lei 12.550/2011. Ressalta esta lei que os serviços prestados são gratuitos e deve ser considerado o art. 207 da Constituição Federal que se refere a autonomia universitária.

No Estatuto Social da EBSEH, o artigo 6º refere-se ao capital social, que corresponde a 5.000.000.00 (cinco milhões) em propriedades da União, que poderá ser aumentado e integralizado com dotações do orçamento federal. Dentre as competências da empresa estão: a administração dos hospitais e execução de serviços médico-hospitalares, ambulatorial e de apoio diagnóstico terapêutico. Além de prestar serviços de apoio ao ensino, pesquisa e extensão e formação de pessoas no campo da saúde pública.

Os serviços dessa empresa serão prestados aos hospitais vinculados às universidades federais, mediante a formalização de contrato que contenham metas de desempenho, com indicadores e prazos de execução e a sistemática de acompanhamento e avaliação. A EBSEH é formada pelos seguintes órgãos

estatutários: Conselho de Administração, Diretoria Executiva, Conselho Fiscal e Conselho Consultivo.

Os argumentos que levaram a criação da EBSEH, além do processo de reestruturação dos HU's, passam também pela justificativa de racionalização e modernização da administração pública. O governo federal não resolveu a situação dos HU's em relação ao subfinanciamento, às formas ilegais de contratação e não permitiu as condições necessárias para uma gestão pública desses hospitais. E considera a EBSEH como a solução necessária aos problemas criados ao longo das décadas. Se mantém as ideias produtivistas, gerenciais, de flexibilização, redução de gastos, otimização de recursos, aumento de produção, modernização estrutural e tecnológica.

De acordo com Granemann (2012), o problema da Lei 12.550/2011 está principalmente no seu art. 1º, parágrafo 2º, que se refere à criação de empresas subsidiárias para a gestão dos HU's, que não estão claras como serão, é por meio desse mecanismo que a privatização se revela. Pois se as subsidiárias de constituírem como sociedades anônimas poderão se organizar por ações, realizar aplicações no mercado financeiro e utilizar os HU's como mecanismo lucrativo.

Granemann (2012) chama atenção para o que representa hoje os HU's existentes no país, um patrimônio público, pois este conjunto de hospitais possui: potencial tecnológico, dispondo de equipamentos de alto nível; acúmulo de conhecimento, com pesquisa de ponta e capacidade operativa. Neste sentido, os HU's são produtores e disseminadores de conhecimento, com capacidade de produção e de inovação tecnológica, são instituições que realizam atendimentos de média e alta complexidade e que estão na mira da privatização.

A luta: em defesa dos HUs têm se constituído como um dos objetivos principais da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, apoiando os grupos de resistência no interior das universidades contra a assinatura dos convênios com a EBSEH.

Estes projetos privatizantes têm se materializado no cotidiano dos serviços de saúde no Brasil, exercendo um efeito particularmente excludente e focalizante nas cidades do interior do país nas quais as dificuldades de acesso aos serviços são extremamente precários, o que torna a população dependente dos favores, sujeitas

ao clientelismo, e onde as dificuldades de universalização da saúde se colocam, principalmente pela vinculação de dependência do público ao privado. Serviços que são controlados pelos grupos das elites políticas locais. É o que abordamos no próximo capítulo: como ocorrem as relações entre o público e o privado na cidade de Mossoró – RN.

CAPÍTULO 4 A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM MOSSORÓ

“O SUS é nosso não tem conversa não, melhorar os serviços não é privatização” (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde).

Partindo da hipótese de que as relações entre o público e o privado na saúde dificultam a concretização da universalidade no SUS, a intenção neste capítulo é de analisar as relações entre o público e o privado na saúde em Mossoró (RN), identificando as forças ou grupos que atuam no comando do sistema a nível local, bem como os rearranjos políticos e econômicos que tem sido impressos no sentido de priorizar o atendimento privado em detrimento do público e que se constituem em mecanismos de redução, retração e de negação da universalidade do sistema.

Para tanto, consideramos necessária uma apresentação da cidade que se constitui universo empírico de nosso estudo. Em seguida, adentraremos no processo de organização da saúde em Mossoró, focando as relações estabelecidas entre o público e o privado, enfatizando, posteriormente, as forças e grupos que têm assumido o comando da saúde, bem como as implicações dessas relações na efetivação da universalidade.

4.1 - Conhecendo a cidade de Mossoró (RN):

Não temos a intenção de esgotar o conhecimento da história de Mossoró, mas apenas de realizar algumas aproximações que são necessárias para situar o nosso objeto de estudo. Compreendemos que um determinado processo de institucionalização da saúde não se refere exclusivamente a uma situação local, de uma cidade do interior nordestino, por exemplo, mas resultado da formação sócio-histórica do nosso país e de sua inserção na política econômica mundial, tal como já indicamos em capítulos anteriores.

Mossoró é uma cidade do interior do Rio Grande do Norte (RN) que se originou a partir da sua exploração agrícola, pecuária e mineral, na qual foi se desenvolvendo o comércio e se expandiu a partir das possibilidades ordenadas no decorrer do crescimento econômico do país.

Alguns relatos de pesquisadores norte-rio-grandenses²⁶ mostram que o surgimento da cidade esteve vinculado à formação de fazendas de gado, que foram sendo instaladas nas proximidades do rio, onde foram construídas uma igreja, (hoje Catedral de Santa Luzia) e as primeiras habitações. De acordo com Câmara *et al* (2007), o processo histórico de exploração de Mossoró passou por várias especializações como pecuária, empório comercial, extração mineral, agroindústria, extração do petróleo, fruticultura irrigada e outras riquezas.

Um historiador potiguar afirmou, em 1953, que: “Mossoró não cabe num livro. Merece oportunamente mais dois” (CASCUDO, 2010, p.7)²⁷. Então, se há sessenta anos eram necessários mais de dois livros para contar a história de Mossoró, hoje precisaríamos de muito mais, pois esta se transformou numa cidade de crescimento bastante acelerado nas três últimas décadas. Situada na região oeste, é conhecida por seu clima quente e semiárido, assim como pelas águas térmicas que jorram de seus poços hídricos em alta temperatura. Ocupa uma área de 2.110,21 km², a densidade demográfica de 101,47 hab/km². Localizada entre Natal, capital do estado, à 277 Km e de Fortaleza, capital do Ceará, à 260 Km, tem essas duas capitais tanto como vias de acesso comercial, como referências para atendimento à demanda de outros serviços, como o de saúde, principalmente para os casos de média e alta complexidade. Isto ocorre quando o município não atende a demanda, seja por falta de equipamentos ou pelo volume de atendimentos.

A economia mossoroense está fundada no tripé produtivo da extração do sal marinho, do petróleo e da fruticultura irrigada. Embora outros produtos tenham contribuído com o desenvolvimento econômico da cidade, como: o algodão, o óleo de oiticica, a cera de carnaúba²⁸ e o sal, que sempre fez parte desse processo. Mas recentemente, a partir do final dos anos de 1980, começaram a se destacar a

²⁶ Cascudo (2010); Felipe (2001); Rocha (2009); Souza (2010).

²⁷ Edição especial publicada através do projeto Acervo Virtual Oswaldo Lamartine Faria. Disponível em: www.colecaomossoroense.org.br

²⁸ Estes três últimos, ou seja, o algodão, o óleo de oiticica e a cera de carnaúba se destacaram até a década de 1970, enquanto o sal marinho mantém sua produção até hoje.

fruticultura irrigada e o petróleo. Assim sendo, acelerando a ampliação econômica e populacional, fez de Mossoró “uma das cidades que mais se desenvolveram no interior do nordeste” nas últimas décadas²⁹.

Os dois grandes produtos naturais que mais contribuíram para a expansão econômica de Mossoró, gerando a concentração de riqueza e a consequente desigualdade social, se destacam ainda hoje: O **ouro branco** (como é conhecido o sal marinho) e o **ouro negro** (o petróleo).

O sal foi um dos primeiros produtos explorados economicamente em Mossoró, o que deu à cidade os primeiros impulsos de crescimento. Parte das salinas de onde se extrai o produto situa-se nas vizinhas cidades litorâneas: Areia Branca, Grossos e Macau. As primeiras salinas exploradas na região datam de 1802. Mas, desde a colonização, já era de conhecimento dos exploradores a existência desse produto natural na região. Atualmente, os maiores produtores de sal no RN são: Galinhos, Guamaré, Macau, Areia Branca, Grossos e Mossoró.

Mossoró não é uma cidade litorânea, mas, como está nas proximidades do litoral, a cerca de 42km da praia de Tibau (do Norte), 46km de Grossos e 45km de Areia Branca, constitui-se produtora de sal pelas características climáticas, com temperaturas de 24° a 35° e baixo teor de umidade do ar, produzindo uma evaporação elevada que faz com que a intensidade da irradiação solar, a velocidade dos ventos e a impermeabilidade do solo assegurem a produção do sal³⁰.

As salinas passaram constantemente por períodos cíclicos de alta produção e de fortes crises. Na década de 1960, por exemplo, a crise resultou da necessidade de mecanização e, no final da década de 1980, houve uma forte queda nos lucros, provocada pela crise econômica mundial e direção da política econômica brasileira, situação que permaneceu durante o governo Sarney até o governo FHC. A partir de 2005, a produção e comercialização de sal retomaram seu crescimento, aumentando o faturamento, enriquecendo os donos das salinas, como afirma um *blog* jornalístico da cidade:

²⁹ Jornal de Fato, Mossoró, 29/09/2010 (www.defato.com.br)

³⁰ Parte dessas explicações estão disponíveis no site: (<http://salnautico.com.br/historia>).

Hoje são homens ricos, bem mais ricos do que eram antes. Desfilam em Land Rover, moram em mansões, compraram pequenos aviões e outros 'luxos'. O RN é responsável por 95% do sal que hoje está na mesa do brasileiro, também na indústria química e também em muitos países gelados. O sal é usado para degelo e pagam a tonelada em dólar. E é aí onde mora o pulo do gato. A tonelada do sal chegou a custar 40 dólares. Mas, no entanto, os invernos fortes de 2004, 2005, 2008, 2009, destruíram os tanques das salinas da região do Delta do Piranhas/Açu e Apodi Mossoró. Reduziu a produção e o preço da tonelada de sal passou a ser regulado pela regra do mercado capitalista: maior procura, menos produto, preço dispara.

Hoje a tonelada de sal custa em média 150 dólares. Os salineiros aprenderam a fórmula de fazer dinheiro e hoje trabalham em conjunto. O sal é o ouro branco extraído de uma mina inesgotável controlada pelos barões da modernidade.³¹

No caso do petróleo, foi um sonho que se tornou realidade no RN na década de 1980, de acordo com Rodrigues Neto (2007). A descoberta do produto ocorreu no século XIX, em 1853, pelo padre Florêncio Gomes de Oliveira, registrando a existência de uma substância betuminosa no RN e Ceará. Em 1908 esta foi identificada pelo farmacêutico químico Jerônimo Rosado, na Vila de Caraúbas, que sugeriu sua utilização na iluminação da Vila (acender lampiões e lamparinas). Em 1920, o geólogo Luciano Jacques de Moraes sugeriu, junto ao governo brasileiro, pesquisas do petróleo na região Nordeste, mas somente na década de 1950 é que essas pesquisas foram iniciadas e este geólogo reafirmou a existência de reservas de minerais radioativos no RN.

Segundo Rodrigues Neto (2007), entre os anos de 1945/47 alguns geólogos já haviam confirmado a existência de petróleo no solo potiguar, mas, somente em 1965 é que uma equipe da Petrobrás realizou um estudo detalhado da geologia da região. Em 1966, quando a Prefeitura Municipal de Mossoró perfurava poços para extração de água, indícios de petróleo foram encontrados, mas os geólogos da Petrobrás não consideraram suficiente para a exploração. Entretanto, foi em 1979 que a descoberta se concretizou, na perfuração das piscinas do Hotel Thermas de Mossoró.

Foi a partir da instalação de uma base da Petrobrás em Mossoró que a cidade se tornou o principal polo econômico do RN, acelerando o processo de urbanização

³¹ <http://www.nominuto.com/blog/retrato-do-oeste/sal-marinho-e-hoje-o-ouro-branco-de-mina-inesgotavel-que-gera-baroes-no-rn/23763/>

e expansão da cidade. De acordo com Rocha (2009), nesta época, o município era pouco desenvolvido e sem estrutura, não havia condições infraestruturais para atender à população crescente que migrou em função do funcionamento da empresa. Conforme essa autora:

A expressão resultante desse processo caracteriza-se pelo crescimento acelerado do espaço ocupado pelo urbano, aumentando sua área territorial com inclusão de áreas até então de características rurais. Esses espaços sofrem profundas modificações estruturais em termos ocupacionais e sociais, pela indicação do aspecto de mudança na estrutura socioeconômica. Modificações que expressam não apenas a diminuição da participação da população economicamente ativa no Setor Primário, mas um aumento de pressão por emprego no Setor Secundário e, sobretudo, no Terciário (ROCHA, 2009, p.108).

Configurou-se, assim, um novo cenário no qual o espaço urbano cresceu com a expansão de outros setores econômicos que foram beneficiados com a instalação da empresa petrolífera, tais como: hotéis, restaurantes, supermercados, centros comerciais, setores imobiliários, empresas prestadoras de serviços e outras, transformando a estrutura da cidade e provocando um deslocamento populacional. Essa acelerada ocupação do espaço urbano trouxe, conseqüentemente, vários problemas sociais que se avolumaram, demandando o desenvolvimento de políticas sociais, dentre as quais, a de saúde.

Outro produto que se destacou na expansão econômica que ocorreu a partir dos anos de 1980 foi a fruticultura irrigada. De acordo com Silva (2006), a produção de frutas irrigadas em Mossoró teve início na década de 1970, ocorrendo uma expansão nas décadas de 1980 e 1990. Esse período vai se configurar um grande complexo de produção de frutas frescas destinadas à exportação, inserindo-se no processo da globalização. Com a reestruturação produtiva houve alteração “na constituição dos produtos cultivados, na base técnica da produção, na estrutura e posse da terra, nos encadeamentos anteriores e posteriores ao processo de produção e, também, alterações na estrutura do emprego na região” (SILVA, 2006, p.250).

Segundo este autor, a forma de inserção nessa economia globalizada tende a ser diferenciada e heterogênea nos vários espaços do país. Essa diferenciação pode provocar um aprofundamento das desigualdades socioeconômicas, caso não sejam institucionalizadas as políticas sociais que revertam essa situação, pois uma das principais características da desigualdade no Brasil situa-se na forma de distribuição, concentração e posse dos bens, dentre os quais está a terra. E, em Mossoró, a desigualdade foi sendo ampliada, com o fenômeno do crescimento progressivo e acelerado da região, muito embora, de uma forma geral, os indicadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentem melhoria nos níveis gerais de vida da população.

Conforme informações do Plano Municipal de Saúde de 2005/2009, com base em dados do Atlas de Desenvolvimento Humano, entre os anos de 1991 a 2000, o crescimento foi de 15,75% e o IDH, neste período, passou de 0,635 para 0,735. No censo realizado pelo IBGE, em 2010, o município de Mossoró apresentou uma população estimada em 259.886 habitantes, estando mais de 90% dessa população concentrada na zona urbana.

Freire (2009), com base nas informações de pesquisa do IBGE acerca do Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios brasileiros entre os anos de 2003 a 2007, afirma que o PIB de Mossoró, neste período, foi superior às outras cidades do Rio Grande do Norte e assinala que existe uma grande concentração de renda no RN, na qual os 10% mais ricos ganham 18 vezes mais que os 10% mais pobres, e argumenta que “se toda a riqueza produzida em um ano pela indústria, agropecuária, serviços (entre eles a administração pública) fosse dividida entre seus habitantes, cada mossoroense deveria receber R\$ 11.419,00 anualmente”.

O PIB de Natal, capital do estado no período assinalado, ou seja, 2003/2007 alcançou R\$ 10.362,00. E o de Parnamirim, cidade onde concentra um grande polo de indústrias do RN, onde estão localizados a base da aeronáutica e o aeroporto internacional, o PIB chegou à R\$ 8.121,00. O crescimento do PIB de Mossoró foi superior ao destas duas cidades no referido período e nos permite concluir que esta cidade possui grande um potencial de crescimento econômico justificando, então, a disputa pelo poder político e, conseqüentemente, pelo controle do fundo público.

Mossoró cresceu e tomou forma de cidade grande, embora com características culturais ainda provincianas³². Na sua configuração estrutural, com altos edifícios, surgiram condomínios de luxo, belas praças, hotéis, lojas, hipermercados e aumentou consideravelmente o volume de veículos nas ruas, causando problemas de trânsito³³. Cresceu também a concentração de renda nas mãos de poucos, a desigualdade social, com o aumento da pobreza, indigência, desemprego, subemprego, a cidade pacata experimentou a violência dos assaltos nas ruas, dos constantes assassinatos, levando a imprensa local a fazer a contagem diária³⁴.

Tais problemas são determinados pelas contradições da sociedade do capital, o que faz de Mossoró uma cidade cujos problemas vêm sendo ocasionados pelo rápido e intenso processo de crescimento e urbanização. Sobre esta questão, Pequeno e Elias (2010), a partir de uma pesquisa realizada acerca das tendências da urbanização dos espaços não metropolitanos, afirmam que, entre os processos de verticalização e horizontalização em Mossoró, cresceu a desigualdade na ocupação do espaço urbano, predominando uma concentração fundiária e ampliando a favelização.

Além disso, a estrutura das políticas sociais públicas sempre foi configurada por relações clientelistas, patrimonialistas, regadas pelo favoritismo político, gestada numa determinada forma de poder característico das cidades do interior brasileiro, particularmente, o nordestino, que tem por tradição histórica a seca, a miséria gerada pela falta de produção agrícola nos períodos de estiagem, que têm como saída a submissão aos que detém o poder econômico.

De acordo com Felipe (2010), a cidade é fundada na dominação de uma família que se instalou na cidade por volta da década de 1940, trata-se, segundo este autor, de um grupo “oligárquico familiar que surge como poder político local

³² O termo provinciano aqui tem o sentido de interiorano, ou seja, que mantém uma cultura cujos costumes, forma de pensar e agir se diferencia daqueles da capital. Em muitos países o termo província é utilizado para definir uma forma de divisão territorial e administrativa (Cf. ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**, 2008).

³³ Nas ruas de Mossoró há uma disputa de espaço entre carros, bicicletas, muitas motos e carros de todos os tipos, dos mais simples aos mais sofisticados.

³⁴ Os *blogs* têm publicado diariamente o número de assassinatos ocorridos no ano em vigor, fazendo sua contagem como forma de pressão por investimento em segurança pública, denunciando a realidade da violência em Mossoró.

após a democratização do país quando, a partir de 1946, membros do clã ocupam mandatos políticos” (FELIPE, 2010, p. 108). E que são pessoas que se distinguem não somente pelo seu capital econômico, mas pelo seu capital cultural: “são médicos, farmacêuticos, agrônomos, professores universitários”, que alimentam seus discursos com a ideia de que só estão na política para concretizar “os sonhos e as ordens dos seus ancestrais” e assim vão se apropriando da memória da cidade ao mesmo tempo em que:

reforçam os heróis e os mitos; criam outros e por meio dos cultos, rituais e datas comemorativas, colocam-se nessa história e denominam suas ações de tarefas sagradas. A política é o caminho para a realização dos sonhos dos antepassados. Apropriando-se politicamente do discurso dos heróis, renovam a tradição, a linguagem do sagrado e a ideia de que todos estão em conformidade para elegê-los os guardiões da cidade que permanece nesse imaginário como uma fortaleza inviolável a expulsar as ameaças que vêm do seu exterior. (FELIPE, 2010, p.108)

A tese de Felipe (2000, 2010) é que este grupo reinventa Mossoró por intermédio do uso da memória, da história, de fatos como: a abolição dos escravos, o motim das mulheres, o primeiro voto feminino, dentre outros. E utilizam estes fatos para traçar a imagem do pioneirismo, da luta, da coragem, da nobreza e do amor à liberdade. Assim, com o apoio de elites locais e regionais criam outro lugar: “o país de Mossoró”, no qual exercem o poder político³⁵.

Nossa concepção é de que esse poder político tem como principal base de sustentação o poder econômico que esse grupo possui na região. São proprietários de terras que se estendem não só em Mossoró, mas por outras cidades do RN, ou são, ainda, proprietários e sócios em empresas dentro e fora do estado. E mais: são donos de hospitais, clínicas médicas, jornais, emissoras de rádio e televisão local. Recebem apoio das elites econômicas que estão sempre concentradas, com participação nos nichos lucrativos que despontam na economia norte-rio-grandense. O poder político quase sempre é alimentado pelo “empreguismo”, seja em instituições do estado, dos municípios, ou privadas.

³⁵ Segundo Felipe (2010, p.108), Mossoró é imaginada como um lugar muito especial, um espaço aberto que é o centro de uma região, ou seja, um país.

Como afirmamos no capítulo I dessa tese, são estas formas de dependência que reforçam o patrimonialismo, o clientelismo e conseqüentemente que contribuem para que o fundo público seja fatiado e utilizado não como forma de redistribuição de renda para toda a sociedade, mas como forma de fortalecimento da elite burguesa do nosso país.

É por meio dos mecanismos de favor, do clientelismo presentes nas ações dos grupos, que estes vão se mantendo no poder décadas após décadas. Hoje, se encontram no poder político da cidade de Mossoró, garantindo maioria na Câmara Municipal. Estão também presentes na Assembleia Legislativa, na Câmara Federal, no Senado e no Executivo do Estado do RN.

A barganha do voto sempre se fez e ainda se faz, com o controle das instituições e equipamentos públicos, como transportes utilizados para conduzir doentes para os hospitais da capital, ou de cidades-polo como Mossoró, na estratégia da “ambulancioterapia”. O mesmo ocorre no fornecimento de medicamentos, na concessão de cirurgias, de partos, ou viabilizando consultas e procedimentos especializados, ou ainda com o empreguismo apadrinhado.

Antes da Constituição de 1988, como não havia ainda a exigência para a entrada pela via do concurso público, era comum, no período de eleição, lotar o chamado “trem da alegria”³⁶. Nele, em cada vagão, estavam as indicações de deputados, prefeitos e vereadores, que trocavam emprego por votos. Os empregos nos municípios eram instáveis, pois a cada mudança de prefeito os cargos eram substituídos, as perseguições dos que não votaram em A ou em B ocorriam através de uma verdadeira “caça às bruxas”. Os votos, trocados por consultas oftalmológicas, odontológicas, cirurgias etc. Na maioria das vezes, se fazia um verdadeiro multirão para assegurar os votos que iriam garantir a eleição dos governadores, deputados, prefeitos e vereadores. Uma situação que se reproduz ainda hoje, principalmente nas cidades menores.

Embora a obrigatoriedade de concurso tenha mudado parte dessa situação, para a contratação nos quadros de funcionários permanentes das instituições

³⁶ Expressão utilizada nos estados do nordeste, antes da Constituição de 1988. Como não havia concurso público, as pessoas se inseriam no setor público estatal através de indicação e apadrinhamento político através do chamado “trem da alegria”. A expressão desapareceu após a exigência legal de realização de concurso público, muito embora, tenham sido criadas outras formas de descumprimento dessa exigência legal, como os cargos comissionados ou cargos de confiança.

públicas ainda há formas de continuidade dos mecanismos de subordinação. Isto ocorre quando o município adota, por exemplo, a figura do cargo comissionado, que consiste numa forma de contratação provisória, extremamente precarizada e de uma subordinação perversa, na qual os funcionários vivem em tensão permanente pelo receio de perder o “emprego”. E em período de eleição, são obrigados a participar das campanhas políticas dos seus referidos “padrinhos”, vestindo a camisa do partido, do governo em vigor.

Em Mossoró, por exemplo, o primeiro concurso público para a contratação de funcionários efetivos na Prefeitura Municipal foi realizado em 1994. Depois disso, o município permaneceu 14 anos sem realizar outro concurso, funcionando com contratos provisórios. Em virtude disso, o Conselho Regional de Serviço Social do RN, através da Seccional de Mossoró, instituiu uma campanha por concurso público denunciando a situação, realizando movimentações, convocando o Ministério Público, envolvendo a imprensa, até que um novo concurso foi realizado em 2008.

A terceirização, conforme já analisado, é uma das estratégias mais usadas atualmente para não se realizar concursos públicos, mantendo o empreguismo. Agências terceirizadas têm, em geral, uma vinculação com algum político, se constituem mecanismos de substituição da gestão pública estatal por gestões privatistas, como as OS, Oscips, fundações de direito privado e EBSERH, por exemplo, e estão vinculadas ao processo de acumulação do capital, na medida em que buscam racionalizar a exploração da força de trabalho, modificando as condições de concorrência nesse processo (ALVES, 2011, p.410).

Atualmente, em Mossoró, dois grandes grupos políticos se destacam na disputa pelo poder na cidade, e fazem parte da mesma oligarquia familiar instalada desde a década de 1940. A oposição a estes dois grupos não tem conseguido encontrar mecanismos de superação desse monopólio de poder. Na Câmara Municipal, por exemplo, dificilmente um partido de esquerda consegue alcançar uma cadeira, pois estas já são loteadas entre os grupos hegemônicos. Alguns partidos, que se caracterizaram historicamente como força de oposição, hoje são aliados a um destes grupos, tornando cada vez mais difícil o rompimento com os segmentos oligárquicos dominantes.

A organização dos serviços de saúde em Mossoró foi fundada a partir dessas características de controle e dominação política. Os donos de hospitais privados, em geral, concorriam aos cargos políticos. Este foi um fato do qual fomos testemunha, pois tivemos oportunidade de presenciar, como cidadã mossoroense e, posteriormente, como profissional da saúde. O fisiologismo, o clientelismo e o patrimonialismo político-econômico têm sido estratégias de manutenção das oligarquias no controle dos órgãos públicos e de estabelecimentos privados.

A revista *Carta Capital* (edição de 03/12/2011), mostra o poder das oligarquias norte-rio-grandenses que, ao longo de várias décadas, se apropriam dos recursos públicos, visto que estão sempre por dentro da máquina estatal, ora se aliam, ora fazem oposição entre si. Assim, vão se revezando e se mantendo no poder. De acordo com essa reportagem, o Ministério Público no RN:

desbaratou um esquema milionário de fraudes a partir de contratos no Detran local e resultou na prisão de políticos, empresários e lobistas, além de revelar conexões criminosas com outros estados como Paraíba, Alagoas, Minas Gerais e São Paulo. Ficou evidente mais uma vez a maneira com que a oligarquia estadual se servia do Erário e dividia o dinheiro roubado por meio de propinas e mesadas (CARTA CAPITAL, 03/12/2011)³⁷

A expressão *corrupção*, deriva do termo *corromper*, que significa estragar, decompor, depravar, perverter (CUNHA, 2007, p.220). E, na política aparece como forma de enriquecimento “fácil”, por isso, o “voto de cabresto” no Brasil foi uma prática comum de coronéis fazendeiros, proprietários de latifúndios nas diversas regiões do país. O tráfico de influência deriva desses processos de perversão: são contratos não cumpridos e perdoados, empréstimos, financiamentos, desvio de recursos públicos que compõem parte do fundo público não aplicado em benefício da sociedade.

A operação do Ministério Público no RN foi intitulada “Sinal Fechado” e, a promotoria desvendou a ocorrência de fraudes, pagamento de propinas, suborno, lavagem de dinheiro implicando deputados, senadores, ex-governadores e outras

³⁷ Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/politica/tecnologia-tipo-exportacao>.

autoridades. De acordo com reportagens de jornais do estado³⁸, com base em dados do Ministério Público, o esquema de corrupção estava relacionado ao contrato com uma empresa, a Consórcio Inspar, em uma negociação que envolvia empresários e políticos. Estes tinham intenção de assumir o controle dos serviços de inspeção de veículos no RN, processo que envolvia bilhões dos recursos. Essa é a elite política e empresarial parasitária que enriquece com o aprofundamento da miséria e desigualdade social que se reproduz no estado e nas cidades do RN, como Mossoró.

Em outra investigação no município de Natal, chamada “Operação Assepsia”, outro esquema de corrupção envolveu a Secretaria Municipal de Saúde de Natal (RN). Corrupção esta viabilizada pela contratação de empresas para administrarem unidades da rede pública de saúde, como OS e Oscips. As informações postadas no portal do Ministério Público do RN, no dia 27/06/2012, e no site do Jusbrasil, (conforme pode ser verificado no Anexo I), afirmam que a operação foi realizada pelo MP por meio da Procuradoria de Defesa do Patrimônio Público da Comarca de Natal e com apoio da Polícia Militar do RN. O resultado foi várias prisões preventivas e temporárias, tais como as detenções do ex-Secretário de Saúde de Natal, do Procurador do município, e do ex-Coordenador Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

São investigadas as contratações do INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE – IPAS, entidade que primeiro administrou a UPA de Pajuçara, do INSTITUTO DE TECNOLOGIA, CAPACITAÇÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL – ITCI, contratado para gerir o Projeto Natal contra a Dengue, e também da ASSOCIAÇÃO MARCA PARA PROMOÇÃO DE SERVIÇOS, atualmente responsável pelos contratos de gestão da UPA Pajuçara e dos Ambulatórios Médicos Especializados – AMES mantidos pelo município de Natal (JUSBRASIL, 2011).³⁹

³⁸ Os jornais *Tribuna do Norte* e *Diário de Natal*, bem como vários *blogs* noticiaram o fato entre os meses de novembro de 2011 a junho de 2012.

³⁹ Disponível em: <http://mp-rn.jusbrasil.com.br/noticias/3163566/operacao-assepsia-investiga-organizacoes-sociais-no-municipio-de-natal>

De acordo com reportagem do *Diário de Natal*, edição de 05/07/2012, as fraudes se referem aos contratos entre OS e a Secretaria Municipal de Saúde do Natal. Sobre este caso, o Ministério Público do RN observou crimes de: peculato, corrupção ativa, formação de quadrilha, falsidade ideológica, fraudes de licitação, dentre outros.

De acordo com um estudo realizado por pesquisadores da UNICAMP⁴⁰, em parceria com o Instituto Ethos, o RN apareceu como um estado de alto risco nos itens: baixo grau de transparência dos poderes; baixa competitividade nas compras públicas e na contratação de obras e serviços. E, segundo matéria publicada no *Jornal Tribuna do Norte*, edição de 29 de janeiro de 2012, acerca deste estudo, “o RN teve o pior desempenho em contas públicas”. Situação que está relacionada com a corrupção, a lavagem de dinheiro que, periodicamente, são denunciadas na mídia. Esse é o caminho por onde tem seguido os recursos que compõem o fundo público, prejudicando o funcionamento dos serviços públicos estatais como: saúde, educação, saneamento, habitação e outros serviços, uma vez que o dinheiro foi desviado para enriquecer empresários e políticos, além de servir como fonte de financiamento das suas campanhas eleitorais.

Essas informações são importantes porque os modelos adotados em Natal são transferidos para Mossoró. A *Operação Assepsia* mostra que o esquema de corrupção envolve uma OS: a Associação Marca. Esta administrou as UPAS e AMIS em Natal, e também foi contratada pelo governo do estado do RN para assumir a gestão do Hospital da Mulher em Mossoró (HMM), se apresentando como uma OSCIP. Para a qual o governo destinou, de início, o valor de 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para ser investido no referido hospital no período de 06 meses (CES, 2012). Acerca disso, abordaremos mais adiante. O próximo item trata da organização dos serviços de saúde em Mossoró. A princípio com a apresentação de alguns fragmentos históricos do SUS em Mossoró seguindo com uma exposição acerca da estrutura atual da saúde no município: pública e privada.

4.2 A organização da saúde em Mossoró

⁴⁰ SPECK, Bruno. e FERREIRA, Valeriano Mendes, **Sistemas de Integridade nos Estados Brasileiros**. ETHOS: UNICAMP, Campinas, setembro de 2011.

4.2.1 Alguns recortes históricos iniciais para a compreensão do SUS em Mossoró

Até a década de 1980, não havia nenhum hospital geral pertencente à rede pública de saúde em Mossoró. Dos cinco hospitais existentes, quatro eram privados/filantrópicos, todos conveniados com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O primeiro hospital público assumido pelo governo do estado foi instalado em 1981, sendo destinado ao tratamento de doenças infecto-contagiosas, o Hospital Rafael Fernandes (HRF), que teve sua origem em 1953, funcionando como um pavilhão anexo ao Hospital de Caridade de Mossoró. Isso ocorreu por solicitação das autoridades locais ao MS, em virtude do grande número de casos de tuberculose na região.

Os hospitais privados e filantrópicos começaram a ser construídos a partir da década de 1930. O primeiro foi o Hospital de Caridade de Mossoró (HCM) inaugurado em 1938, que hoje é o Hospital Duarte Filho (HDF). Em 1946, foi inaugurada a Maternidade Almeida Castro (MAC). Associados a essa maternidade foram construídos: a Casa de Saúde Dix-sept Rosado (CSDR) e o Hospital Infantil Cid Augusto (HICI), que formaram um complexo vinculado à Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância de Mossoró (APAMIM). Por último, em 1966, foi inaugurada a Casa de Saúde Santa Luzia (CSSL).

No início da década de 1980, ocorreram as primeiras iniciativas de descentralização do sistema a nível nacional com as Ações Integradas de Saúde (AIS), ampliando a rede de serviços de atenção primária com a construção de Centros de Saúde. No RN e, particularmente em Mossoró, estas unidades foram construídas para a implantação do Programa Médico da Família.

Este programa foi experimentado no Brasil no final dos anos de 1970, como mecanismo de reorganização da Atenção Primária de Saúde (APS). Teve como referência as orientações da Conferência de Alma-Ata, na Rússia, em 1978, que apontou para a necessidade de mudanças radicais na atenção primária de saúde. A criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), foram inspirados nas propostas de Atenção Primária, definidas pela Organização Mundial de Saúde.

Em 1986, foi construído o primeiro hospital geral público em Mossoró: o Hospital Regional Tancredo Neves (HRTN), hoje, Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), administrado pelo governo estadual. Atualmente, é caracterizado como unidade de urgência e emergência.

Após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, o rumo do processo de descentralização segue com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através da estadualização. De acordo com Sousa (1991), o processo de unificação dos serviços de saúde no RN teve início em 1987, com a implantação do SUDS, seguindo como “experiência piloto” e, Natal, capital do estado, teve seus serviços municipalizados, territorializados com a divisão em distritos sanitários, à medida que a estadualização avançava.

Neste período, além dos serviços privados, Mossoró contava basicamente com alguns poucos serviços públicos de saúde geridos pelo governo do estado. Houve uma fusão dos estabelecimentos federais com os estaduais, entretanto, a municipalização só ocorreu mais tarde, na década de 1990.

O município, neste período, possuía apenas uma instituição denominada Fundação Municipal de Saúde (FUNSAUDE), voltada para o atendimento da população rural, que mantinha um convênio com o governo federal, através do FUNRURAL. A prefeitura mantinha uma unidade móvel com consultórios médico e odontológico na zona rural e, na urbana o município mantinha uma unidade de pronto atendimento, a Comunidade de Saúde de Mossoró, entidade filantrópica conveniada com a prefeitura (MAIA SOBRINHO, 2001, p.131).

A partir das mudanças instituídas pela Reforma Sanitária, a esfera municipal foi modificando sua estrutura: foi criada a Secretaria Municipal de Saúde, em 1990, através da Lei municipal nº 540/90. Foi sendo construída uma rede de serviços (Unidades Básicas de Saúde) para a habilitação ao processo de municipalização. O Fundo Municipal de Saúde foi criado em 1991, através da lei nº 566 e alterado em novembro de 1997, para se adequar às recomendações do MS (BATISTA *et all*, 2007, p. 40).

Em 1991, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde, cujo tema foi “A Construção do Sistema Único de Saúde em Mossoró”, que resultou no desencadeamento do processo de municipalização da saúde e eleição da primeira

diretoria do Conselho Municipal de Saúde. Processo que foi instituído sob um clima de disputas entre as forças políticas que compunham a engrenagem do sistema local: prestadores de serviços públicos e privados de saúde e segmentos organizados da sociedade civil, sob a direção do Sindicato da Saúde (SINDSAÚDE). Isto se deu de forma articulada com outros sindicatos, alguns conselhos comunitários e partidos políticos de esquerda, mobilizando a população, realizando reuniões por bairro (pré-conferências), o que fez com que essa primeira Conferência tivesse uma grande participação e peso na disputa política.

O Conselho Municipal de Saúde de Mossoró (CMS), então, foi criado em 1991, com a primeira diretoria eleita na referida Conferência Municipal. Sua diretoria foi composta por um número elevado de pessoas ligadas ao movimento social e sindical, tendo sido empossada em 1992, após várias pressões das forças de oposição sob a liderança do SINDSAÚDE. O CMS, no início, funcionava precariamente, não tinha sede, nem recursos, possuía uma materialidade que era movida pela força de vontade dos conselheiros, a maioria vinculada ao movimento sindical e popular de esquerda. As reuniões aconteciam em vários lugares, o material produzido, como os relatórios, o livro de atas e documentos encaminhados para análise e aprovação, não tinham um espaço certo para serem guardados e ficava sob a responsabilidade de uma conselheira que secretariava as reuniões.

Como fizemos parte dessa gestão do CMS, exercemos em alguns momentos a função de secretária, durante um determinado período estivemos de posse de uma pasta que continha toda a documentação do Conselho, inclusive o livro de atas.

Na publicação do livro “Avançando em direção ao passado: a luta pela construção/consolidação do SUS em Mossoró/RN” (2003), os autores Bosco Filho e Lima afirmaram não haver encontrado “fontes de registro da primeira gestão do Conselho”. Isso nos deixou uma interrogação: aonde foi parar aquele material tão rico de informações? Pois foram realizadas muitas reuniões, todas registradas em ata. Outros documentos foram produzidos, como: um Regimento Interno, o 1º Plano Municipal de Saúde, Relatórios de visitas aos estabelecimentos credenciados ao sistema. Podemos dizer que foi uma gestão progressista, que gerou grandes polêmicas, confrontos de posicionamentos contraditórios, principalmente em relação

à distribuição dos recursos e aos processos de contratação dos serviços privados. O Presidente do Conselho foi eleito pelos conselheiros, em um processo democrático, e as atividades de investigação/fiscalização faziam parte do dia a dia dos conselheiros. Os principais pontos de conflito que se estabeleceram nessa gestão foram relacionados à análise dos hospitais que permaneceriam credenciados ao SUS.

Concordamos com Bosco Filho e Lima (2003, p.80) quando afirmam que a proposta de reorganização dos serviços e construção do SUS, fundados “nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação popular confrontou-se com o universo oligárquico e coronelista” daqueles que detinham o poder em Mossoró. A luta por esta mudança inseriu novos sujeitos sociais na definição e controle da política de saúde, tais como: sindicatos, trabalhadores de saúde, movimentos comunitários, partidos políticos de esquerda, associações profissionais e outros. Isto afrontou a estrutura conservadora hegemônica vigente que tinha a intenção de “transformar o SUS em mais um instrumento para a manutenção de um *status quo*” (BOSCO FILHO e LIMA, 2003, p. 80).

As alterações provocadas pela Reforma Sanitária suscitaram aos estados e municípios algumas exigências para a inserção das mudanças em curso. A assinatura dos convênios para o processo de municipalização seguiam determinadas regras formais, dentre as quais: o Conselho Municipal em funcionamento, apresentação de um Plano Municipal (apresentando os determinantes epidemiológicos, as prioridades de saúde etc), criação do Fundo Municipal de Saúde, dentre outras.

Tais modificações representaram para os donos do poder, riscos de perda das suas formas de controle na região. As novas determinações impunham um modelo de gestão que tinha como exigência a participação popular. Este fato fez com que os grupos hegemônicos fortalecessem as suas alianças como estratégia de preservação de seus interesses. Alianças que passavam não só pela relação entre os proprietários privados e governantes, mas, também por relações de clientelismo com setores, principalmente das associações comunitárias. Estes também fizeram uso do autoritarismo, pressionando trabalhadores de saúde e representantes sindicais em face de algumas decisões que precisavam ser tomadas pelo Conselho.

De acordo com o estudo empreendido por Bosco Filho e Lima (2008), através de entrevistas realizadas com alguns dos importantes sujeitos que participaram do processo de mudança em Mossoró, a reforma no RN foi realizada sem a devida preparação do sistema. A estrutura arcaica existente foi mantida, pois houve uma enorme resistência de políticos tradicionais em ceder à participação democrática da população, após décadas de controle dominante do município. Neste sentido, se instalaram diversos conflitos que retardaram o processo das mudanças. Além disto, as equipes profissionais enfrentavam dificuldades na execução formal, burocrática da reforma, sem uma capacitação prévia, acumularam dúvidas e insegurança nos posicionamentos.

Na concepção de Bosco Filho e Lima (2003, p.165), a 1ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1991, foi um marco na construção do SUS em Mossoró, destacando-se por seu caráter democrático e participativo, bem como pela preocupação com discussões referentes à situação de saúde do município. A 2ª Conferência, realizada em 1995 apresentou algumas características do projeto neoliberal em curso no país e uma tendência à cooptação da população para legitimar decisões do poder local, passou a ser verificada, sem que os movimentos organizados conseguissem reagir de forma categórica. Como exemplo, podemos citar o atraso na convocação da 2ª Conferência Municipal de Saúde e a mudança na forma e composição do CMS, reduzindo arbitrariamente o número de conselheiros de 22 para 11 membros. Os avanços do processo de reforma da saúde em Mossoró, teve influência das exigências legais, que induziam os municípios a realizarem as mudanças. Em um dos depoimentos apresentados na pesquisa realizada por Bosco Filho e Lima (2003), a/o entrevistado/a afirmou que:

A 2ª Conferência ocorre quando começa a se instalar o projeto neoliberal que, ao se explicitar, reduz a capacidade de atuação das conferências, associado a isso, percebe-se uma característica bem particular de Mossoró, onde o poder da família Rosado é muito forte, com isso as conferências vão perdendo força, apesar de continuar avançando em determinação dos aspectos por força da lei (BOSCO FILHO e LIMA, 2003, p. 95).

A 3ª Conferência foi realizada em 2000 e os autores denominaram de “retrato do projeto neoliberal” (BOSCO FILHO e LIMA, 2003, p.181). Afirmam que nesta houve uma forte imposição das decisões do poder local, bem como falta de participação dos segmentos organizados, devido a um processo de desmobilização dos movimentos sociais em virtude das mudanças ocorridas no país e no mundo, com a adesão às determinações dos ajustes econômicos neoliberais, conforme já discutido nos capítulos anteriores.

Essas situações reforçam o debate que temos empreendido desde o início desta tese, ou seja, o poder de mando de oligarquias que se formaram historicamente e através de mecanismos como o patrimonialismo, o clientelismo se apropriam do fundo público, para reforçar o exercício do seu poder. Tais oligarquias, que no RN podem ser identificadas pelas famílias Maia, Alves e Rosado, que se renovam e se mantêm no controle do poder dos municípios, os quais transformaram em suas propriedades. Por outro lado, estas oligarquias se aliam e se incorporam as mudanças introduzidas pelo mundo do capital, sempre reforçando a manutenção da sua capacidade de mando e as formas de subserviência da população aos seus projetos.

Em Mossoró é a família Rosado que tem o controle do poder. De acordo com Menezes (2009), no caso de impossibilidade da candidatura de um dos membros da família, estes são substituídos por correligionários, desde que seja mantido o controle político e a identificação da família. Na concepção da autora essa hegemonia é marcada por constantes mudanças de partidos políticos, em estudo realizado a mesma identificou os seguintes partidos políticos que fizeram parte das gestões entre o período de 1989 a 2009: PDT, PDS e PFL (1989-1992); PDT e PMDB (1993-1996); PFL e PSDB (1997-2000 e 2001-2004); PFL e DEM (2005-2008 e 2009-2012).

Outro dado, apresentado por Menezes (2009), foi em relação aos laços formados pela oligarquia Rosado em Mossoró, através dos quais instituíram graus de parentesco por relações matrimoniais com as famílias: Ciarline, Maia e Escóssia. Os laços familiares demarcaram as alianças, entretanto, o cenário “em que a família Rosado se destacou na política nem sempre foi harmônico” e atualmente há uma divisão sem perspectiva de consenso (MENEZES, 2009, p. 102).

Hoje, a família se encontra dividida em dois grupos políticos, um comandado pelo ex-deputado Carlos Augusto Rosado, esposo da atual senadora e ex-prefeita Rosalba Ciarline Rosado e o outro comandado pelo ex-deputado federal Laire Rosado e sua esposa e deputada federal Sandra Rosado. A cisão em dois grupos não é tão simples de ser entendida, é complexo em virtude das relações geradas a partir de laços matrimoniais entre as famílias: Ciarline, Escóssia e Maia, cuja inserção na política extrapola os limites do município, o que impediu o retorno dos Rosados ao governo do RN. Sendo, também, motivo de cisão e de desconforto para a construção de alianças, pois, Mossoró sempre foi alvo de disputa por políticos que assumiram o governo do Estado (MENEZES, 2009, p. 102).

O retorno dos Rosados ao governo do Estado sempre foi um objetivo dos descendentes do ex-governador do RN, Dix-sept Rosado, eleito em 1950. Um mandato curto, de sete meses, pois o mesmo faleceu em um acidente aéreo quando seguia em viagem oficial à capital do país, na época, Rio de Janeiro. Seu irmão Dix-huit Rosado foi escalado para dar sequência à família na reconquista do governo do Estado, mas não “conseguiu assegurar as condições políticas necessárias para viabilizar a disputa do Governo do Estado” (TORRES, 2012, p.15). Tal objetivo foi alcançado com ascensão de Rosalba Ciarline Rosado como governadora em 2010.

Os avanços que ocorreram na saúde em Mossoró estiveram relacionados ao cumprimento das determinações das NOBs, em função do repasse dos recursos ao Fundo Municipal de Saúde. O Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão se transformaram em meros documentos burocráticos, com a finalidade de cumprimento das metas exigidas para o alcance da gestão plena. O CMS passou a ser presidido pelo Secretário Municipal de Saúde e seu caráter crítico, combativo, foi sendo aos poucos substituído pelo meramente funcional, assumindo ações burocráticas para referendar as decisões necessárias à manutenção do sistema em vigor.

Com a municipalização, deu-se início a gestão semi-plena em Mossoró, organizada com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS): 17 transferidas pelo governo do estado e 13 construídas pelo município. Cumprindo com os critérios da NOB/1996, o município passou, em 1998, para a Gestão Plena do Sistema Municipal; em 1999, estava gerenciando 33 UBS e implantando o Programa Saúde

da Família (PSF), que teve início com 07 equipes; já em 2000, estava com 41 UBS⁴¹.

Em 2001, houve uma mudança na estrutura administrativa do município que, através da Lei Complementar 01/2000, determinou uma fusão das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Ação Social, Cultura, Emprego e Renda que passaram a compor a Secretaria Municipal da Cidadania (SMC). Para cada uma dessas políticas sociais foram criadas Gerências Executivas (GE) e o que era antes Secretaria Municipal de Saúde passou a ser Gerência Executiva de Saúde (GES) subordinada à SMC. O Conselho Municipal de Saúde passou a ser presidido pelo Secretário da Cidadania.

No mesmo período foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que foi reeditada em 2002. Não tivemos acesso aos Relatórios de Gestão desse período, que foram apreendidos juntamente com outros documentos numa investigação realizada pela polícia federal, devido a denúncias de irregularidades na gestão da saúde no município.

Em 2003, foi realizada a IV Conferência Municipal de Saúde e em seu relatório aparece, dentre várias reivindicações: melhoria na qualidade dos serviços, melhoria nas condições de trabalho, agilidade na realização de exames e cirurgias eletivas, implantação de exames de alta complexidade (tomografia, ressonância magnética etc), saneamento básico, ampliação das equipes do PSF, garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado, defesa do SUS, dentre outras.

De acordo com informações do Relatório de Gestão do ano de 2004, neste período o município mudou a habilitação para a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, e gerenciava 49 unidades de saúde. Nele já constavam 206.620 cadastros no Cartão Nacional de Saúde e nesta população estavam incluídos, além de Mossoró, 08 municípios que faziam parte da Programação Pactuada Integrada (PPI).

Em 2006, com o Pacto pela Saúde, o município se estrutura para a assinatura do termo de compromisso de gestão que, foi aprovado em agosto de 2007. O pacto pela saúde se constitui de três dimensões: Pacto pela vida, Pacto em

⁴¹ Essas informações tomam como base os Relatórios de Gestão de 1998, 1999 e 2000. Não tivemos acesso aos Relatórios de 2001-2003.

Defesa da Saúde e Pacto de Gestão. Este último definindo a responsabilidade sanitária de cada instância governamental (União, Estados e Municípios) na construção de diretrizes de descentralização, regionalização, financiamento, Programação Pactuada Integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação em saúde.

Conforme o Relatório de Gestão (2007):

A Portaria GM de 30/03/2006 que regulamenta as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e Gestão, na qual estabelece as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, este define as prioridades dos três gestores para o ano em curso. Os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes, serão afirmados publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos unificando os processos de pactuação de indicadores e metas (MOSSORÓ, 2007, p.12)

O município, habilitado, então, na Gestão Plena do Sistema Municipal, após a assinatura do termo de compromisso de gestão, entra em uma nova condição na qual a ideia é de cooperação entre os entes públicos que é a lógica do referido Pacto. Assim, em 2008, o município conseguiu alcançar uma meta de 06 indicadores, de 11 que foram pactuados no Termo de Compromisso do Pacto pela Saúde. Em relação ao Pacto de Gestão alcançou a meta de 50% (MOSSORÓ, 2008, p. 57-59).

O Relatório de Gestão 2010 nos mostra que Mossoró é responsável pela assistência de uma população de 259.886 habitantes, dos quais 241.739 estão cadastrados no Cartão Nacional de Saúde, correspondendo a 93,03% de cobertura. Há também 164.602 habitantes referenciados, de 12 municípios-satélite em conformidade com a PPI.

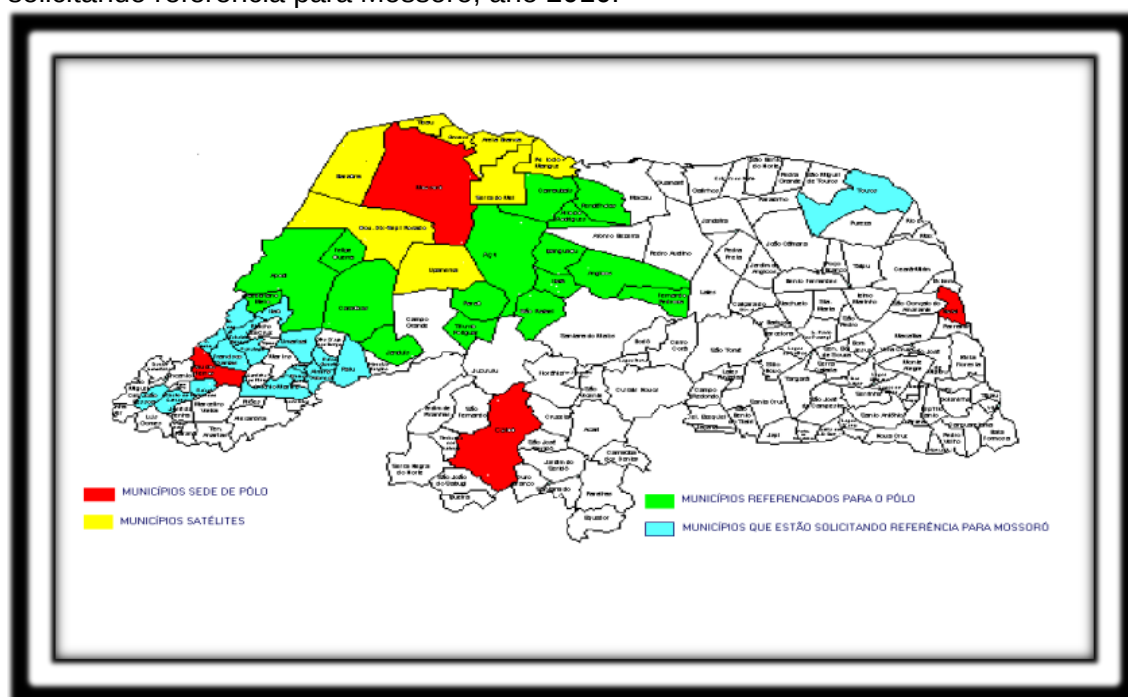
O processo de territorialização dos municípios foi definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001/2002. A NOAS estabeleceu a regionalização como estratégia de hierarquização e planejamento integrado, tendo como direção um Plano Diretor de Regionalização (PDR). No PDR o estado deveria organizar a assistência a saúde definindo as regiões de acordo com a realidade

econômica, social, epidemiológica, demográfica e, dependendo do modelo de regionalização, o estado poderia dividir suas macro e microrregiões. Dentre o conjunto de municípios, o *município-sede* é aquele que, estando na Gestão Plena do Sistema Municipal, possui com capacidade de oferta de serviços de média complexidade. O *município pólo* é o que se constitui referência nos três níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade). O *município satélite* se caracteriza por possuir menor capacidade de oferta de serviços, sendo referenciado para os municípios maiores.

Na figura 01, podem ser verificados quais são os municípios considerados sede de Polo no RN, ou seja, Natal, Mossoró, Caicó e Pau dos Ferros. Os municípios satélites referenciados para Mossoró, os municípios referenciados para o Polo e aqueles que estão solicitando referência para Mossoró.

FIGURA 1

Mapa do Rio Grande do Norte destacando o município de Mossoró e demais municípios definidos como Sede de Polo, Satélites, referenciados e os que estão solicitando referência para Mossoró, ano 2010.



Fonte: Relatório de Gestão 2010. Mossoró/RN.

No período de 2010 e 2011, os Pactos pela Vida e de Gestão foram definidos com base na Agenda de Saúde municipal, resultando das ações realizadas pelas diretorias, departamentos e coordenações responsáveis pelos serviços de Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade, dentre outros. Esta Agenda foi elaborada com base em dados do perfil epidemiológico de Mossoró e em discussões realizadas pelos técnicos para a definição de estratégias de ação (MOSSORÓ, 2010, p.10).

O próximo item apresentamos de forma mais detalhada os serviços de saúde existentes em Mossoró e a forma como estão organizados e distribuídos entre o setor público e privado.

4.2.2 Os Serviços Públicos e Privados de Saúde em Mossoró

Atualmente os serviços de saúde de Mossoró estão organizados da seguinte forma:

1. Na **esfera municipal**, os serviços são administrados pela GES, órgão subordinado à SMC, que engloba além da saúde, a educação, a assistência social, a cultura, juventude, esporte e lazer. Na Saúde, o município exerce a Gestão Plena do Sistema Municipal, estando responsável pelas Unidades de Atenção Básica de Saúde e as Unidades de Atendimento Especializado. Além disso, responde pela contratação e pagamento de prestadores públicos e privados, pela avaliação e controle da rede de serviços de saúde municipal, como também por um sistema municipal de auditoria. Até o momento o município administra todas as suas UBS e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) através da gestão pública. Não houve nenhuma tentativa ainda de se implantar gestão privada nessas unidades públicas que estão sob a gerência do município. Mas isso não significa que não haja privatização dos serviços de saúde, pois há outras formas de privatizar os serviços como higienização, segurança, contratação de serviços ambulatoriais e hospitalares.

2. Na **esfera estadual**, os serviços são gerenciados pela Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP), que é responsável por três hospitais públicos (HRTM,

HRF, HRPM); o Laboratório Regional de Análises Clínicas de Mossoró; o Laboratório de Citopatologia, o Banco de Leite Materno, o Hemocentro, a Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT) e o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

3. Os **serviços privados** são formados por hospitais, clínicas privadas, filantrópicas, planos e seguros de saúde (UNIMED, HAPVIDA, AMIL⁴², Bradesco etc), Planos Próprios (GEAP, CASSI, Petrobrás, Caixa Econômica etc). Além das Cooperativas organizadas pelas especialidades médicas: anesthesiologistas, pediatras, ginecologistas e outros. Neste setor, um dado curioso foi o surgimento de planos locais, realizados na própria clínica (SOMMOS⁴³, Clínica Oitava Rosado, Policlínica Médica de Mossoró), através de um cadastro onde o usuário pagava uma taxa de adesão, tendo direito a alguns serviços e atendimento em instituições e com profissionais conveniados, mas através do pagamento de 50% de consultas e outros procedimentos⁴⁴.

Como nos propusemos a realizar um mapeamento da atual situação dos serviços públicos e privados de saúde em Mossoró, iniciamos com os dados do IBGE, em 2009. Nesses dados, verificamos que em 2009, Mossoró possuía 115 estabelecimentos de saúde, sendo 47 públicos, dos quais: 04 sob a gestão estadual e 43 geridos pelo município; 68 privados, dos quais 63 com fins lucrativos e 05 sem fins lucrativos, dentre estes, 33 conveniados com o SUS. Quanto às Unidades de Apoio, Diagnose e Terapia, todas são privadas, num total de 33, das quais 15 são conveniadas com o SUS.

Com estes números, já podemos observar onde se concentram os serviços privados de saúde, ou seja, na alta e média complexidade, bem como nos estabelecimentos de Apoio a Diagnose e Terapia. Podemos afirmar que os serviços de saúde existentes em Mossoró são predominantemente privados e as consequências se materializam no cotidiano das desigualdades do atendimento,

⁴² União dos Médicos (UNIMED); Hospital Antônio Prudente (HAPVIDA); Assistência Médica Internacional (AMIL)

⁴³ Sociedade Médica de Mossoró (SOMMOS).

⁴⁴ Visitamos as clínicas que praticavam esse tipo de convênio e fomos informados de que entre 2010 e 2011 as mesmas foram obrigadas a parar com a cobrança por ordem judicial em função de denúncias realizadas no Conselho Federal de Medicina.

conforme nossa hipótese na presente tese. Apresentamos esses dados na Tabela 1, a seguir:

TABELA 1 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE MOSSORÓ EM 2009

ESTABELECIMENTO/TIPO DE SERVIÇO PRESTADO	PÚBLICOS	PRIVADOS*	CONVENIADOS SUS**	TOTAL
Nº DE ESTABELECIMENTOS	47	68	33	115
INTERNAÇÃO TOTAL	04	06	04	10
SEM INTERNAÇÃO	43	33	14	76
ESPECIALIZADOS COM INTERNAÇÃO	01	01	--	02
ESPECIALIZADOS SEM INTERNAÇÃO	01	45	21	46
COM ESPECIALIDADES/ INTERNAÇÃO	03	03	03	06
COM ESPECIALIDADES SEM INTERNAÇÃO	08	17	03	25
APOIO DIAGNOSE TERAPIA (ADT)	0	33	15	33
TOTAL	107	206	93	313

FONTE: IBGE – CIDADES: MOSSORÓ/RN, SERVIÇOS DE SAÚDE 2009. Tabela elaborada pela autora.

* Estamos considerando privados os estabelecimentos que não são públicos estatais.

**Estes estabelecimentos estão incluídos no total de estabelecimentos privados.

Segundo os dados dessa mesma fonte, a nível nacional, em 2009, os estabelecimentos hospitalares estavam assim distribuídos: 58,7% privados e 41,3% públicos. E de acordo com a análise do IBGE (2009), houve uma tendência, desde 1999, de redução de estabelecimentos privados com internação devido à desativação de várias unidades hospitalares. De acordo com essa informação, entre os anos 2005 a 2009, o setor privado registrou uma perda de 392 estabelecimentos, enquanto no setor público houve um aumento de 112 estabelecimentos. Podemos verificar que este é o período do primeiro mandato do governo Lula, em que houve uma tentativa de retomada dos princípios da Reforma Sanitária, como vimos nos capítulos anteriores. Consideramos ainda que essa ampliação está concentrada no aumento de UBS e UPA.

De acordo com informações do Relatório de Gestão (2010), Mossoró possui atualmente 248 unidades prestadoras de serviços vinculadas ao SUS, 65 gerenciadas pelo município, das quais 45 são unidades básicas (32/zona urbana; 13/zona rural) e 19 unidades especializadas, o restante são entidades privadas que prestam serviço ao SUS.

No processo de construção do mapeamento das unidades públicas e privadas de saúde existentes em Mossoró, realizamos um estudo minucioso desse Relatório de Gestão que foi apresentado pelo município ao CMS, em 2011, e identificamos o seguinte quadro de estabelecimentos públicos de saúde:

QUADRO 1 – ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS ESTATAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ EM 2010

TIPO DE ESTABELECIMENTO	ESTABELECIMENTOS EXISTENTES	TOTAL
UNIDADES BÁSICAS	Zona urbana	32
	Zona Rural	13
UNIDADES ESPECIALIZADAS	Banco de Leite Materno*	01
	Hemocentro	01
	Centro Clínico com especialidades médicas	01
	Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	02
	Gabinetes Odontológicos Isolados	01
	Unidade Móvel Odontológica	01
	Centro de Reabilitação Oral, Física e Motora	02
	Unidades de Pronto atendimento (UPA)	01
	Unidade do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	01
	Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT)*	01
	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – (CEREST)*	01
	Central de Marcação e Regulação de Consultas	01
	Centro de Apoio e Controle da Obesidade	01
	Ambulatório Materno Infantil (AMI)	01
	Central de Ambulâncias (transporte social)	01
UNIDADES DE SAÚDE MENTAL	Unidade de Saúde Mental Geral	01
	Centros de Atenção Psicossocial	04
LABORATÓRIOS	Laboratório Regional de Análises Clínicas*	01
	Laboratório de Citopatologia*	01
HOSPITAIS	Hospital Psiquiátrico	01
	Hospital Geral de Urgências e Emergências*	01
	Hospital da Polícia Militar*	01
	Hospital de doenças infecto-contagiosas*	01
TOTAL		73

Fonte: Relatório de Gestão 2010; CNES 2010. Tabela elaborada pela autora.

*Os estabelecimentos em destaque são geridos pelo governo do estado.

Segundo o Relatório de Gestão do ano de 2010:

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES em 2010 apresentou em cadastro 13 hospitais, mas dois destes é a Clínica de

Otorrino e Centro de Oncologia e Hematologia, ficando assim 06 hospitais especializados e 07 do tipo geral (...) são cadastrados como hospitais especializados. Do total, 04 destes são públicos, 07 privados e 02 filantrópicos para atender toda a população local, mais o fluxo de pacientes oriundos dos municípios pactuados, no Plano Diretor de Regionalização. As distribuições dos leitos são necessárias, segundo os parâmetros da Portaria GM/ N° 1101/2002 do Ministério da Saúde, de 2,5 a 3,0 leitos para 1.000 habitantes, mas o município apresenta 4,2 leitos para cada 1000 habitantes num total de 977 leitos. Dos quais 747 estão destinados aos SUS, isto é 76,45% do total dos leitos estão disponível ao SUS. Destes leitos do SUS, 26,1% são para cirurgia, 33,1% são leitos psiquiátricos, 22,2% de clínica médica, 9,5%, são de obstetrícia e 7,4% pediátricos, 2,1% fisiologia e 2,0% são de Unidade de Terapia Intensiva. (MOSSORÓ, 2010, p.31).

Não houve no município, nas últimas duas décadas, uma ampliação de rede de serviços públicos hospitalares, nem de unidades especializadas, o que foi ampliado foram as Unidades Básicas, principalmente, na década de 1990, inicialmente, com o impulso da municipalização e, posteriormente, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF). Também foram construídas duas UPAS e outra se encontra em construção.

De acordo com as informações atestadas no Plano Municipal de Saúde 2005/2009, os atendimentos ambulatoriais especializados, em sua maioria, são realizados pelo setor privado conveniado com o SUS, mesmo já tendo sido implantados alguns serviços nos estabelecimentos públicos. Este fato demonstra que as iniciativas no sentido de reduzir a dependência em relação ao setor privado são insignificantes, pois apesar de ter sido ampliado a rede de serviços de atenção básica e UPAs, os problemas de acesso ao atendimento não têm sido resolvidos. Assim, pelos dados que identificamos quanto à distribuição dos recursos públicos destinados à saúde em Mossoró, a maioria está sendo canalizada para o setor privado. Como podemos verificar na tabela seguinte, na qual pode ser visualizado o destino dos recursos aplicados no período de 2004/2010:

TABELA 2 – RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE APLICADOS POR PRESTADORES 2004/2010

ANO	PRESTATORES PÚBLICOS	PRESTADORES PRIVADOS	PRESTADORES FILANTRÓPICOS	OUTROS (MÉDICOS /EMPRESAS)	TOTAL
2004	8.771.735,85	6.466.018,16	2.676.939,13	2.008.451,67	19.923.144,81
2005	8.886.022,35	6.022.367,90	2.834.908,66	-----	17.743.298,91
2006	11.640.089,41	7.036.479,35	-----	1.776.519,63	20.453.088,39
2007	11.859.295,81	9.178.129,32	-----	2.155.893,03	23.193.318,16
2008	10.753.370,10	13.296.975,62	-----	-----	24.050.345,72
2009 ⁴⁵					
2010	13.479.378,62	18.242.556,85	-----	-----	31.721.935,47
Total	65389892,14	60242527,2	5511847,79	5940864,33	137085131,5
%	47.70	43.95	4.02	4.33	100.0

FONTE: Relatórios de Gestão dos anos correspondentes. Tabela elaborada pela autora.

OBS: Em 2009 não há informações porque o relatório não foi concluído.

Dos recursos públicos aplicados nos serviços de atendimento à saúde da população mossoroense, os indicadores acima demonstram que a maior parte foi destinada ao setor privado. Pois, se somarmos os gastos destinados em 2004 aos estabelecimentos privados, filantrópicos e aos médicos (empresas/cooperativas, etc) o total é de 11.151.408,89 (onze milhões, cento e cinquenta e um mil, quatrocentos e oito reais e oitenta e nove centavos), ou seja, superior ao que foi gasto no público.

Outro indicador que pode ser identificado nesta tabela 2 é que houve uma ampliação dos recursos na saúde, de forma crescente entre 2004-2010, que pode está vinculado às determinações da EC 29, de aumento progressivo do orçamento da saúde em cada uma das esferas governamentais. Entretanto, podemos perceber pelos dados aqui apresentados que isso não significa maior concentração de recursos no setor público de saúde. Tomando como base os dados de 2010, a ampliação de recursos gastos neste setor foi de 4.707.642,77, em relação a 2004. Enquanto o volume de recursos destinados ao setor privado superou o que foi investido no setor público, ou seja, um aumento de 7.091.147,89, entre o ano de 2004 à 2010. Se analisarmos os recursos investidos no período de 2004/2010, nos anos de 2005 e 2007, é perceptível uma pequena diferença na aplicação dos recursos mais concentrada no setor público. Entretanto, de 2008/2010 essa tendência foi revertida, voltando-se a ampliar os recursos no privado. Outro dado

⁴⁵ O Relatório de Gestão de 2009 não foi elaborado, segundo informação fornecida no Conselho Municipal de Saúde, na ocasião da coleta de dados.

percebido é que a participação do setor filantrópico não aparece mais após o ano de 2005.

A tendência de ampliação de recursos ao setor privado em detrimento do público mantém o círculo da dependência histórica que o sistema público, estatal de saúde tem na compra de serviços ao setor privado. Tais dados podem ser melhor visualizados no Quadro nº 13 do Relatório de Gestão 2010, que incluímos na nossa lista de anexos (vide Anexo II, quadro exposto no referido Relatório de Gestão). Essa dependência do público ao privado não significa garantia de um melhor atendimento à população sob a ótica da universalidade de acesso aos serviços. Pelo contrário, esta forma de gestão dos recursos amplia a desigualdade do atendimento na saúde, pondo em evidência as contradições geradas pelo *mix* público/privado, na medida em que há um tratamento diferenciado entre os usuários do SUS, usuários dos planos, seguros de saúde e aqueles que fazem o pagamento direto.

Isso porque a demanda e o tempo de espera para quem depende exclusivamente do SUS é muito maior do que para aqueles que pagam um plano ou um seguro de saúde. E, quem faz o pagamento direto, na maioria das vezes não precisa esperar, pois os profissionais, as clínicas e os hospitais possuem uma agenda especial para essa parcela da população, que é bem pequena. A desigualdade do acesso aos serviços de saúde é o retrato da desigualdade econômica e social do país. Os determinantes do acesso são: o trabalho, a renda, a escolaridade, a moradia, dentre outros.

No presente estudo, estamos considerando em nossa análise, a parcela dos recursos gasta pelo município com a compra de ações e serviços de saúde vinculados a prestação da atenção médica e hospitalar, sem avaliar os serviços mais gerais como: transporte, limpeza, segurança, compra de medicamentos e outros serviços, os quais não foram incluídos na nossa investigação.

Consoante com os dados apresentados nos Relatórios de Gestão e, condensados na tabela anterior, constata-se que houve uma ampliação de recursos destinados à saúde no orçamento geral do município. Esta é uma informação que também pode ser bem visualizada nos Relatórios de Execução Orçamentária apresentados nos demonstrativos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), na página do SIOPS do MS, como pode ser visto na Tabela 3:

TABELA 3 – DEMONSTRATIVO DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE– MOSSORÓ – 2004-2010

ANO	DESPESAS LIQUIDADAS DE JAN/DEZ
2004	13.517.874,29
2005	17.242.186,77
2006	20.534.147,43
2007	27.796.876,71
2008	40.811.609,80
2009	45.932.978,14
2010	45.044.954,59

Fonte: SIOPS/MS. Tabela elaborada pela autora.

Cruzando estes recursos e somando com as transferências das outras esferas governamentais constata-se o seguinte:

TABELA 4: DEMONSTRATIVO DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS E ESTADUAIS PARA O MUNICÍPIO E APLICAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS UTILIZADOS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – MOSSORÓ – 2004-2010.

ANO	TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO	TRANSFERÊNCIAS DO ESTADO	RECURSOS PRÓPRIOS	TOTAL
2004	23.837.650,95	0,00	13.517.874,29	37.355.525,24
2005	27.360.832,88	0,00	17.242.186,77	44.603.019,65
2006	32.297.966,20	536.250,00	20.534.147,43	53.368.363,63
2007	37.608.414,62	0,00	27.796.876,71	65.405.291,33
2008	43.624.771,41	2.273.387,68	40.811.609,80	86.709.768,89
2009	45.051.176,80	0,00	45.932.978,14	90.984.154,94
2010	61.255.807,20	2.498.705,40	45.044.954,59	108.799.467,19
Total	271036620.1	5308343.08	210880627.7	487225590.9
%	55.6	1.1	43.3	100

Fonte: SIOPS/MS. Tabela elaborada pela autora

Verifica-se que há um crescimento progressivo no repasse dos recursos federais para o município, o mesmo ocorre com a parcela de recursos próprios destinados ao SUS. Os números mostram que a participação maior nas transferências de recursos é da União; que a participação do governo do Estado é bastante reduzida. Nos anos de 2004, 2005, 2007 e 2009 não aparecem repasses de recursos do Estado para o Município. Analisando os recursos destinados à saúde pelo governo do RN, neste mesmo período, encontramos os seguintes dados.

TABELA 5 – DEMONSTRATIVO DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA O GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE E RECURSOS PRÓPRIOS UTILIZADOS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – 2004-2010 – RN.

ANO	TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO	RECURSOS DO ESTADO DO RN	TOTAL
2004	125.707.220,93	257.745.927,74	383.453.148,67
2005	171.008.678,75	460.666.950,22	631.675.628,97
2006	139.903.184,19	340.893.167,91	480.796.635,21
2007	193.413.459,60	774.953.061,96	968.366.521,56
2008	183.825.046,52	650.492.810,39	834.317.856,91
2009	255.648.181,72	656.519.680,21	919.167.861,93
2010	295.910.202,83	699.402.411,05	995.312.613,88
TOTAL	1.365.415.974,54	3.840.674.009,48	5.206.089.984,02
%*	26,2	73,8	100,00
%**	135,40	171,35	159,59

Tabela elaborada pela autora com base em dados dos Relatórios de Execução Orçamentária do Rio Grande do Norte entre 2004 a 2010, disponível no SIOPS.

* Percentual em relação ao total.

** Percentual de crescimento entre os anos 2004 a 2010.

Na Tabela 5, os indicadores demonstram uma ampliação de recursos destinados aos serviços de saúde do RN de 2004 a 2010. Embora haja oscilação nos valores repassados, verificando-se uma redução do ano de 2005 para o de 2006, assim como de 2007 para 2008, de uma forma geral, houve um crescimento significativo no total de recursos para a saúde do Estado. Os dados nos levam a concluir que um dos maiores problemas do SUS no RN e em Mossoró, não é a falta de financiamento, mas o seu destino final, visto que as unidades públicas de saúde, particularmente hospitalares vêm constantemente reclamando da falta de recursos e as dificuldades enfrentadas no atendimento. O Orçamento da saúde informado no *site* do ministério da saúde⁴⁶, também indica que houve um processo de crescimento nos recursos referentes a 2004/2012, como pode ser observado na tabela 6. Pois, de 36,5 bilhões, correspondente ao ano de 2004 houve uma evolução que atingiu 91,7 bilhões no ano de 2012.

⁴⁶ Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4043/162/orcamento-para-saude-tem-seu-maior-aumento-nominal.html>

TABELA 6 – EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE ENTRE 2004/2012

Orçamento da Saúde		
Ano	Orçamento (R\$, bilhões)	Variação (R\$, bilhões)
2004	36,5	6,3
2005	40,8	4,3
2006	44,3	3,5
2007	49,5	5,2
2008	54,1	4,6
2009	62,9	8,8
2010	67,4	4,5
2011	78,5	11,1
2012	91,7	13,2

Fonte: Portal do Ministério da Saúde

A transferência de recursos para o setor privado ocorre principalmente nas esferas dos estados e municípios, que na gestão plena do SUS possuem a liberdade de gerir a aplicação dos mesmos (Cf. SALVADOR, 2010, p.311).

Na Tabela 7 é possível reafirmar a predominância do privado na saúde, a partir da constatação da superioridade no número de estabelecimentos existentes em Mossoró. Enquanto 73 são públicos, os privados somam um total de 175, aproximadamente 60%.

TABELA 7 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS SEGUNDO AS ESFERAS ADMINISTRATIVAS – MOSSORÓ – RN - 2010

DESCRIÇÃO	TOTAL
ESTADUAL	08
PRIVADA	175
MUNICIPAL	65
TOTAL DE E. PUBLICOS	73
TOTAL DE E. PRIVADOS	175
TOTAL GERAL	248

Fonte: Relatório de Gestão 2010; CNES.

O CNES é constantemente atualizado com informações fornecidas pelo próprio município e a sua base de informação é continuamente modificada. Então, se tomarmos como referência os dados do IBGE, neste mesmo período,

encontraremos algumas pequenas diferenças em relação aos dados do CNES. Nesse caso, optamos pelos dados fornecidos pelo CNES e pelo Relatório de Gestão 2010 (RG), o mais recente que tivemos acesso. Entretanto, nessas três fontes de informação, a superioridade numérica dos estabelecimentos privados em relação aos públicos está evidenciada.

Nos dados do CNES 2010 encontramos ainda os seguintes indicadores na distribuição dos estabelecimentos hospitalares, considerados do tipo Geral, em Mossoró:

TABELA 8 – TIPO DE ESTABELECIMENTO: HOSPITAL GERAL – MOSSORÓ – RN ANO 2010

Estabelecimento	Esfera
Casa de Saúde Dix Sept Rosado	Privada/filantrópica
Hospital Regional da Polícia Militar	Pública
Hospital Regional Tarcísio de V. Maia	Pública
Hospital da UNIMED	Privada
Hospital Wilson Rosado	Privada
Hospital Rodolfo Fernandes	Privada

Fonte: CNES, 2010. (Tabela construída pela autora)

Existem quatro hospitais privados e dois públicos em Mossoró, que são classificados pelo CNES como Geral, isto é, são instituições de saúde destinadas aos atendimentos básicos ou especialidades médicas, podendo dispor de serviços de urgência e emergência, assim como dispor de um Serviço Auxiliar de Diagnose e Terapia (SADT). Dois dos hospitais privados, um dos quais, classificado como filantrópico, têm convênio com o SUS, os outros dois são de iniciativa de planos

privados. O da UNIMED⁴⁷ (teve suas portas fechadas em 2011) e o da HAPVIDA, ou da Fundação Ana Lima de Fortaleza (CE), que é o Hospital Rodolfo Fernandes⁴⁸.

Note-se que os nomes das instituições de saúde têm suas origens no poder político de famílias locais. Felipe (2001; 2010) associa questões como estas a um mecanismo de apropriação da memória da cidade pela elite que domina o “país de Mossoró”, que se posicionam como guardiões, heróis, animadores culturais através de solenidades e festas cívicas e vão recriando mitos para ganharem legitimidade perante a população da cidade.

Nessa liturgia de legitimar e enraizar essa história produzem livros que vão ajudar a manter onipresentes os ícones, mitos, símbolos escolhidos para justificarem a presença dos Rosados, colocando-os também a serviço do projeto político desse clã. Para tanto, são convocados os intelectuais que vão esculpir nessa história uma memória (re)inventada que aponta para o progresso desse lugar (FELIPE, 2010, p. 109).

Dos dois hospitais públicos, apenas o HRTM é um hospital que realmente tem um grande fluxo de atendimento, por ser regional e de urgência e emergência. Segundo reportagem publicada no jornal *O Mossoroense*, do dia 17 de maio de 2011, a média de atendimento no referido hospital é de 7.500 pessoas por mês. Outro hospital, o HRP, tem uma clientela mais seletiva e um pequeno fluxo de atendimento, talvez pela sua característica militar, situado ao lado do Batalhão de Polícia do RN, e por dispor de uma menor quantidade de profissionais e poucos leitos. Esse hospital possui apenas 20 leitos em funcionamento atualmente, de acordo com o cadastro no CNES/2011. O Hospital Rafael Fernandes (HRP) não está incluído entre os estabelecimentos do tipo geral, por ser unidade especializada em doenças infectocontagiosas, é cadastrado no CNES como hospital-dia isolado. Este realiza o atendimento ambulatorial, além da internação. E recebe tanto a demanda

⁴⁷ Este hospital foi fechado em setembro de 2011 e em seu lugar foi instalado o Hospital da Mulher de Mossoró, uma instituição privada sob a gestão de uma OSCIP, financiada com recursos do Governo do Estado.

⁴⁸ Dois hospitais da Fundação Ana Lima é tem o nome de Hospital Antônio Prudente (como os que possuem sede em Fortaleza-CE e em Natal-RN) outros são Hospitais Ana Lima. No entanto, em Mossoró, manteve o nome do ex-prefeito Rodolfo Fernandes (conhecido pela saga mossoroense de expulsão do bando de Lampião de Mossoró, no seu mandato na prefeitura da cidade).

espontânea como a referenciada. Possui um total de 40 leitos destinados particularmente ao tratamento de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS, como é mais conhecido), hanseníase, tuberculose dentre outros.

Em visita que fizemos ao HRP, no processo de coleta de dados, foi possível observar a estrutura do hospital. Constatamos, com base na sua localização e estrutura que o mesmo tem condições de ser ampliado e dar maior suporte ao atendimento público hospitalar de Mossoró e região. No caso do HRTM, que é um hospital no qual a demanda por leito é bem maior que a sua oferta, a qualidade do atendimento é sempre motivo de denúncias e reclamações por parte da população. Este hospital dispõe de um total de apenas 109 leitos, um número que consideramos reduzido para uma população de mais de 260 mil habitantes, como a de Mossoró, sem mencionar o fluxo de pessoas que se deslocam das outras cidades, tendo em vista que se trata de um hospital regional de urgência e emergência. Há uma grande necessidade de expansão da estrutura do mesmo, que tem funcionado como hospital-escola para os estudantes de Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Fisioterapia, dentre outros cursos técnicos da área da saúde.

No Plano Diretor de Regionalização do RN (2005) Mossoró faz parte da Macroregião Oeste, formada por três micro-regiões: Vale do Açu (09 municípios), Oeste Potiguar (09 municípios) e Médio Oeste (06 municípios), ou seja, um total de 24 municípios que compõem a Macroregião Oeste, que têm Mossoró como maior referência para o atendimento à saúde, o que implica em maior demanda para os serviços públicos, particularmente os hospitalares.

A Tabela 9 mostra os hospitais especializados de Mossoró, cadastrados no CNES. Dos 05 hospitais existentes, apenas 01 é público, trata-se de um hospital psiquiátrico, fundado em 1968, como Instituição Privada. Contudo, em 2007, com as mudanças intuitivas a partir da Reforma Psiquiátrica, tais como: a desospitalização e a implantação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPs), a manutenção de hospitais psiquiátricos deixou de ser lucrativa, e este foi adquirido (comprado) pelo município.

TABELA 9 – TIPO DE ESTABELECIMENTO: HOSPITAL ESPECIALIZADO – MOSSORÓ – RN - 2010

Estabelecimento	Esfera
Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró	Privada/filantrópica
Clínica Otorrinos	Privada
Hospital da Mulher Parteira Maria Correia	Privada/OSCIP
Hospital Municipal São Camilo de Léllis	Pública
Instituto Neurocardiologia Wilson Rosado	Privada

Fonte: CNES, 2012. (Tabela construída pela autora)

Analizando os Planos Municipais de Saúde, bem como os Relatórios de Gestão do período de 1998 a 2010, constatamos que houve uma redução nos estabelecimentos hospitalares privados de saúde em Mossoró. Alguns foram fechados, como: a Casa de Saúde Santa Luzia, o Hospital Duarte Filho, a Maternidade Mater Dei, o Serviço de Assistência Médica à Criança (SAMEC), a Unidade de Urgências Cardiológicas (UNICARDIO), e mais recentemente, a Unidade de Pediatria 24h (UNIPED) e o Hospital da UNIMED. Este último improvisou uma Unidade de Pronto Atendimento 24h nas dependências do Hospital Wilson Rosado.

Em 2007, a imprensa do estado e a Associação Médica de Mossoró (AMM) chamavam a atenção sobre esses fatos. No jornal *Tribuna do Norte* foi divulgada a seguinte informação:

Quatro hospitais privados já fecharam suas portas e outros cinco ameaçam seguir o mesmo caminho. O motivo é o mesmo: crise financeira. Pelo levantamento da Associação dos Hospitais de Mossoró (AHMO), o problema não é novo, mas agora a situação está em um patamar quase insustentável, levando a um quadro negativo, se os governos não olharem com mais atenção para o detalhe de que o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem tabela reajustada há 12 anos e que os planos de saúde já somam oito anos na mesma conjuntura. O certo é que o futuro das unidades privadas de saúde está ameaçado, e com ele o destino de 1.500 funcionários. Alguns já enfrentam dificuldades em pagar aos servidores, que estão há dois meses sem dinheiro. Uns também ainda não quitaram o 13º salário. (TRIBUNA DO NORTE, 04/02/2007, p. 1)

Essa reportagem, que pode ser confirmada no Anexo III, traz um dado importante que é a dependência dos hospitais privados em relação aos recursos públicos, se destacamos a afirmativa de que “se os governos não olharem com mais atenção”, isso, por não ter reajustado a tabela do SUS. Também é apontada a defasagem na tabela dos planos de saúde, provocando as dificuldades na falta de recursos desses estabelecimentos. Esta situação tem gerado outro problema que é o desemprego dos funcionários que trabalhavam nestas unidades hospitalares.

Em 2008, ocorreu a interdição do Hospital Duarte Filho, realizada pela Subcoordenadoria da Vigilância Sanitária (SUVISA), da Secretaria de Estado da Saúde (SESAP). A justificativa foi que a estrutura física do hospital era inadequada à prestação dos serviços de saúde, além de não dispor de equipamentos necessários para a realização de cirurgias. Este hospital realizava 90% do atendimento em convênio com o SUS. A inspeção da SUVISA foi realizada através de um Inquérito Civil Público. Este tramitava desde 2005, de acordo com Promotor da Saúde. (Jornal Tribuna do Norte, 25/10/2008).

Esta situação continuou se agravando nos anos posteriores e, de acordo com o presidente do Sindicato dos Trabalhadores em Laboratório e Pesquisa e Análises Clínicas, Casas e Cooperativas de Saúde e Hospitais Particulares de Mossoró (SINTRAPHAM), a crise dos hospitais privados é algo que está ocorrendo em todo o país, e em Mossoró, representa em média a redução de trezentos leitos, prejudicando não só os usuários de planos de saúde, mas do SUS (O Mossoroense, 26/06/2011).

Podemos afirmar, pelas declarações de médicos, enfermeiros e outros profissionais, dirigentes sindicais aos jornais locais que um dos principais motivos do fechamento dos hospitais privados e filantrópicos está relacionado a dificuldades financeiras, ocasionadas tanto pelo aumento do custo da saúde com o processo de sua complexificação, tecnologiação, como abordamos no segundo Capítulo dessa tese, como pela falta de reajuste de preços dos procedimentos pelos planos de saúde e do SUS.

Entretanto, há outros fatores envolvidos, como por exemplo, um maior processo de judicialização na saúde. As pessoas estão recorrendo mais ao Ministério Público e denunciando as condições de atendimento. Isso faz com que

órgãos, como a SUVISA, sejam acionados para verificar as irregularidades. Estas situações não deveriam ocorrer, visto que o credenciamento dos estabelecimentos privados ao SUS passa pela aprovação da Vigilância Sanitária do município. Será que estas fiscalizações estão sendo negligenciadas? Pois a interdição só ocorreu porque havia um processo no Ministério Público.

Mossoró - A Subcoordenadoria de Vigilância Sanitária (Suvisa) da Secretaria Estadual de Saúde Pública interditou, por tempo indeterminado, o Hospital Duarte Filho, determinando a suspensão dos serviços realizados na unidade hospitalar. Três fatores foram responsáveis pela interdição: a falta de profissionais especializados; estrutura física inadequada e a inexistência de equipamentos imprescindíveis para a realização de cirurgias. Mais de 90% do atendimento do hospital é através do Sistema Único de Saúde (SUS). Em média, 25 atendimentos - clínicos e cirúrgicos - são feitos diariamente (TRIBUNA DO NORTE, 25/10/2008).

Esta crise dos hospitais privados e filantrópicos tem se refletido em todo o país. Na pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), divulgada pelo IBGE (2009), verifica-se que em um universo de 105.270 estabelecimentos de saúde existentes no país, 3.741 foram desativados e 4.080 foram extintos. Estando, portanto, em atividade, um total de 96.450, dentre os quais 999 estão apenas com atividades parciais. Desse total, 99.777 são do tipo Único, 1.800 com terceirização de parte de suas dependências e 3.693 são totalmente terceirizados⁴⁹.

Enquanto hospitais tradicionais são fechados, outros estabelecimentos especializados vão surgindo, despontando no mercado mossoroense. São as especialidades médicas que estão em ascensão, como a neurologia, cardiologia, oftalmologia, ortopedia, oncologia, dermatologia, cirurgia plástica, nefrologia, geriatria, bem como os serviços de apoio diagnose, que são os que atualmente geram mais lucro. No caso da odontologia, o destaque é nas especialidades buco-maxilo-facial, a ortodontia e implantologia dentária.

⁴⁹ O IBGE na pesquisa de AMS classifica três tipos de estabelecimentos correspondendo a organização e funcionamento dos mesmos. 1. Único, quando o estabelecimento funciona sem a terceirização de suas instalações; 2. Terceirizado, no caso do estabelecimento prestar serviços terceirizados nas instalações de outro estabelecimento; 3. Com terceirização, quando o estabelecimento funciona com empresas prestando serviços terceirizados em suas instalações (IBGE, 2009, p. 17).

A pesquisa do IBGE (2009) identifica que os estabelecimentos privados de saúde com fins lucrativos hoje são predominantes, representando um total de 90,6%. Observa-se uma tendência de redução dos estabelecimentos sem fins lucrativos, ou seja, em torno de 9,4%, e de estabelecimentos vinculados ao SUS, que em 2005 representava 30,6%, passou para 27,1% em 2009. Assim, o que temos observado é que os estabelecimentos que dependem dos recursos do SUS, quando são descredenciados, não conseguem manter o funcionamento e fecham, dando lugar ao crescimento dos hospitais privados lucrativos.

Há um processo de concentração e centralização do capital em saúde. Isso no processo de desenvolvimento do capitalismo, cuja tendência é de ciclos de crescimento e de crise, significa que no processo de crise há uma predisposição de supressão dos empreendimentos menores em função dos maiores, resultando na concentração nas mãos de poucos, ou seja, provoca uma centralização de capitais por grupos econômicos de maior poder. É um processo no qual, alguns crescem à custa da falência dos outros⁵⁰.

Com relação à fonte financiadora de alguma de suas atividades de saúde, os estabelecimentos apresentam um predomínio de 67,2% que fazem referência ao SUS, sendo seguidas pelo pagamento direto das atividades (particular) com 42,7%, os planos de saúde com 35,5% e os planos próprios com apenas 2,8% dos estabelecimentos. Embora com ligeira queda em relação a 2005 onde esta proporção era de 70,9%, o SUS representa a fonte de financiamento mais frequente entre os estabelecimentos de saúde. (IBGE, 2009, p. 27).

Embora a maior fonte de recursos que circula na saúde seja do SUS, há uma cultura do descaso, da desqualificação, do desmonte dos serviços na ponta do atendimento, onde os recursos não chegam, assim faltam coisas elementares ao atendimento como luva, seringa, fio de sutura ou medicamentos, por exemplo, e não se verificam soluções concretas por parte das gestões públicas em relação a esse fato.

⁵⁰ Sobre o processo de concentração e centralização do capital ver MARX, K. **O Capital**, Livro I, V. II, Cap. XXIII: A Lei Geral da Acumulação Capitalista. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

Essas situações se tornam visíveis mediante denúncias que são realizadas junto ao Ministério Público. É muito comum nos depararmos com o descaso em Clínicas e Hospitais privados que se propõem a realizar serviços de alta e média complexidade pelo SUS, que são credenciados para a prestação de determinados serviços, mas não possuem as devidas condições para cumprirem com o acordo realizado. E isso pode ser verificado em algumas denúncias a que tivemos acesso, através das redes sociais, enviadas por *e-mails*, divulgadas em *blogs* e jornais locais.

Uma dessas denúncias foi efetuada por uma paciente cardiopata, conselheira do CMS/Mossoró e do Conselho Estadual de Saúde (CES), em relação à Casa de Saúde Dix-sept Rosado (CSDR/APAMIM). Denúncia que considero importante expor na íntegra, pois nos mostra vários elementos importantes para o nosso processo de análise dessa relação público/privado na saúde em Mossoró. Para que isso seja mantido tal como sempre foi, as instâncias deliberativas de participação social são constantemente coagidas e desrespeitadas por outras instâncias de poder político.

Em depoimento ao CES, a conselheira, na condição de usuária dos serviços do SUS, além de ser profissional de saúde, apresentou a seguinte situação do atendimento do serviço de cardiologia (alta complexidade), credenciado pelo SUS, na APAMIM:

Foi enviado o Projeto da APAMIM ao CMS de Mossoró/RN solicitando parecer para iniciar o processo de credenciamento do referido serviço, na época eu ia fazer uma cirurgia de vesícula, como sou cardiopata (tenho marcapasso) era possível que eu precisasse de UTI, então fui ao hospital para acertar tudo e saber quem era a equipe que estaria de plantão no dia de minha cirurgia, para minha surpresa a profissional me recebeu deu a informação que no dia que iria acontecer minha cirurgia não teria médico cardiologista de plantão na UTI, eu fiquei realmente muito surpresa, porque coincidentemente era a semana da reunião do CMS que tinha na pauta o referido credenciamento, inclusive obtive informações que era freqüente a ausência de médico cardiologista no plantão da UTI (Depoimento da Conselheira ao CMS e ao CES, 09/07/2010).

Por este trecho do depoimento se verifica o interesse do setor privado no credenciamento de serviços pelo SUS. Para serem prestados, estes serviços

passam por um processo burocrático na instância deliberativa do CMS. Entretanto, após esse credenciamento, o estabelecimento privado recebe os recursos e não disponibiliza os serviços da forma como foi acordado⁵¹, e gera um prejuízo muitas vezes irreparável para a população. Esta, na maioria das vezes, é prejudicada pela falta de conhecimento e informação sobre o que é seu direito. No caso específico da situação aqui relatada, a usuária é conselheira de saúde e, por isso, o caso veio a público. Portadora de um problema de saúde que exige uma atenção de maior complexidade, a mesma identifica o grave problema a que a população vem sendo submetida.

Entretanto, a Instituição credenciada possui canais de acesso, político partidário, para desmontar decisões tomadas pela principal instância deliberativa que é o CMS, como podemos observar na sequência das informações prestadas pela conselheira em seu depoimento:

Mediante esse episódio conversei com os conselheiros para não aprovar naquele dia e adiar o parecer em virtude dessa irregularidade, que por sinal era da maior gravidade, durante a reunião do CMS houve um debate muito acirrado porque o representante do serviço não queria aceitar a verdade dos fatos, mesmo o CMS deliberando parecer desfavorável ao credenciamento (...), logo no mês seguinte houve uma reunião da CIB - Comissão Integestora Bipartite na URSAP de Mossoró, e nós, do CMS de Mossoró, fomos tod@s participar, infelizmente o então **Secretário de Estado da Saúde - na época - não permitiu que nenhum conselheiro de Mossoró fizesse uso da palavra, mesmo com muito persistência** nossa, o fato é que o Projeto da APAMIM foi APROVADO por unanimidade na CIB (Depoimento da Conselheira ao CMS e ao CES, 09/07/2010).

As Comissões Intergestoras foram criadas através da NOB 01/1993. Nesta norma a Comissão Tripartite é integrada por representantes das três esferas de governo e “tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 1993, p. 3). A Comissão Bipartite, formada por representantes das esferas estadual e municipais, submete-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Estadual de Saúde. No

⁵¹ O credenciamento do serviço “urgência cardiológica” implica a existência de um profissional especializado, no caso um cardiologista.

caso do município a instância fiscalizadora e deliberativa é o Conselho Municipal de Saúde. Isto significa que a atitude da CIB no RN, neste caso, foi arbitrária.

As relações de autoritarismo e desrespeito ao usuário dos serviços e na definição do uso dos recursos do SUS se tornam evidências quando denunciadas. Entretanto, as denúncias não ocorrem com a mesma frequência em que as situações de desrespeito, de descaso com o atendimento público e de desvio de recursos são praticadas, embora, o abuso do poder se torne algo constante, ou seja, as autoridades usam de influência para favorecer políticos de sua base aliada na utilização dos recursos do fundo público. Como podemos observar na situação relatada a seguir:

Quando o serviço foi credenciado, além da falta de médico cardiologista na UTI, existiam outras irregularidades (...), pouco tempo depois houve uma auditoria municipal que comprovou, com base nas portarias e checklist, e dessa vez os auditores de Mossoró solicitaram do CMS uma posição e parecer sobre as irregularidades encontradas, (...) o conselho retomou os fatos que foram colocados antes do credenciamento e (...) da instância, que mesmo sabendo dos problemas, autorizou que o serviço fosse credenciado. Então, começou uma verdadeira maratona para reverter esse credenciamento. Em setembro de 2009 o DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - SUS, instalou uma AUDITORIA na instituição credenciada, a conclusão desta auditoria foi que o serviço não tinha condições de continuar habilitado na Alta Complexidade Cardiovascular, por apresentar uma série de irregularidades contrariando as Portarias 210/2004 e 123/2005 pertinentes a especialidade cardiologia de alta complexidade. Mesmo diante dessa Auditoria Nacional o serviço continuou credenciado e funcionando (Depoimento da Conselheira ao CMS e ao CES, 09/07/2010).

Mesmo diante de uma auditoria comprovando as irregularidades e do posicionamento do CMS, o serviço não foi descredenciado. Pois os que se consideram “donos do poder” não recuam, nem corrigem os seus erros, se julgam imunes à legislação, atitude que caracteriza o patrimonialismo. O descredenciamento ocorreu, mas só depois de ser movida uma ação no Ministério Público Federal, como relata a conselheira no referido depoimento:

Novamente em fevereiro de 2010 o DENASUS voltou ao serviço e analisou novamente, concluiu o que já havia recomendado anteriormente, confirmou que o estabelecimento não tinha condições de continuar habilitado na Alta Complexidade Cardiovascular e Vascular (...). Recentemente, agora no final de junho/2010, a justiça (...) determinou que o Estado e a União credenciassem no prazo de 30 dias, algum serviço que esteja apto a substituir o da APAMIM, e que também abrisse processo licitatório para substituição imediata do serviço que ora está sendo descredenciado do SUS (Depoimento da Conselheira ao CMS e ao CES, 09/07/2010).

Este caso teve repercussão na imprensa local e abriu o debate sobre as dificuldades do acesso aos serviços de saúde em Mossoró, principalmente aqueles que se concentram na média e alta complexidade, como pode ser observado nessa publicação:

Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em Mossoró estão sem assistência na área de cardiologia. O problema é consequência do descredenciamento da Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância de Mossoró (APAMIM), mantenedora da Casa de Saúde Dix-sept Rosado, do serviço de alta complexidade cardiovascular e vascular, determinada pela Justiça Federal. Como até ontem o Estado e a União não haviam credenciado outro prestador privado em atividade no município, os pacientes permanecem na fila de espera pela assistência cardiológica. A crise se agrava na medida em que o tratamento cardiovascular e vascular é de alto custo, impedindo que as pessoas carentes tenham acesso ao atendimento particular. A decisão do juiz federal (...) de descredenciar a Apamim, foi baseada em constatação feita pelo Ministério Público Federal e pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS de que a instituição não tem condições de continuar habilitada na alta complexidade cardiovascular e vascular, uma vez que apresenta inúmeras irregularidades graves (JORNAL DE FATO, 08/07/2010).

A solução seria a ampliação dos leitos hospitalares dos hospitais públicos. No caso de Mossoró, deveriam ser construídos mais hospitais, já que conta com apenas, como mostramos anteriormente, um único hospital público para a realização de atendimento geral, que é o HRTM. Este foi construído em 1986 e, desde então, não houve nenhum projeto de construção de outro hospital público de maior porte. Assim sendo, uma cidade com quase trezentos mil habitantes, que é referência para todas as cidades da região oeste do RN, permaneceu com uma mesma estrutura hospitalar, salvo algumas pequenas ampliações que ocorreram no HRTM.

TABELA 10 – MOSSORÓ – POPULAÇÃO RESIDENTE ENTRE 1970 A 2010.

UNIDADE DE INFORMAÇÃO	POPULAÇÃO RESIDENTE				
ANO	1970	1980	1991	2000	2010
POPULAÇÃO	97.245	145.981	192.267	213.841	259.886
IDH	0,291	0,465	0,577	0,735	-----

Fonte: Couto (2011) com base em dados do IPEA e Silva (2006).

Como podemos verificar pelos números apresentados na tabela 10, a população de Mossoró quase duplicou entre a década de 1980 e 2010. E os hospitais públicos continuaram os mesmos, sem nenhuma alteração que pudesse comportar esse crescimento populacional⁵². A denúncia de um médico, em um jornal de sua categoria, expõe a falta de capacidade hospitalar do setor público estatal em Mossoró (Anexo IV).

Atraso que já merece um memorial. Há mais ou menos 20 anos não foi edificado nada que significasse um patrimônio para Saúde Pública de Mossoró. Um hospital público para acabar com a deficiência cruel existente. Um hospital público para garantir atendimento de excelência que todo paciente merece. Um hospital compatível com o crescimento populacional. Investimento em saúde é uma grande iniciativa. As demandas são enormes, a falta de investimento é vergonhosa e os projetos inexistentes. Hospital Trauma/Ortopedia, Hospital Infantil, uma Maternidade (FIXINA, 2008).

Outras denúncias podem ser encontradas em *blogs* que se tornam também espaços de disputas político-econômicas por parte da elite dominante local. No *blog* de um vereador, encontramos a seguinte informação, a qual pode ser verificada no Anexo V:

⁵² Mossoró possui cerca de 142 anos, ou seja, desde a sua elevação da condição de Vila à categoria de Cidade em 09/11/1870, através do Decreto Provincial n. 620. Disponível em: (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/riograndedonorte/mossoro.pdf>).

Apresentei requerimento solicitando a realização de uma audiência pública para discutir os problemas enfrentados pelo setor da saúde de Mossoró. Nos últimos seis anos, foram fechados seis hospitais em Mossoró. Coincidentemente, durante a administração de Fafá Rosado, que é enfermeira e casada com o médico-deputado Leonardo Nogueira, foram fechados seis hospitais em Mossoró. Casa de Saúde São Camilo de Lelys, Maternidade Mater Dei, SAMEC, Unicárdio, Casa de Saúde Santa Luzia e Hospital Duarte Filho foram os hospitais fechados. Além disso, há bastante tempo os recursos repassados pelo Governo Federal para os hospitais são retidos pela Prefeitura Municipal de Mossoró, causando assim atraso em todos os pagamentos. **Se 85% da receita de um hospital vem do SUS** (destaque nosso) e a prefeitura não faz o repasse, certamente esta entidade passará por dificuldade. Por isso queremos discutir na Câmara Municipal essa problemática. Não quero aqui dizer que a culpa é do poder público, queremos apenas discutir o que está acontecendo.

Nota: há em Mossoró apenas uma maternidade que descaradamente sofre perseguição odienta por parte da administração municipal com atraso dos repasses e ataques em veículos da comunicação. E se essa maternidade, que realiza quase 600 partos todos os meses, fechar? Onde irão nascer às crianças? (ROSADO NETO, 2011).

Queremos chamar a atenção para dois fatos dessa exposição: o primeiro é que se trata de uma denúncia de um parlamentar que tem vinculações com o grupo político que controla o complexo hospitalar CSDR/APAMIM. E apesar de fazer parte do mesma família da, então prefeita de Mossoró, afirma, em sua nota final, que há perseguição, ataques, atraso no repasse dos recursos a uma maternidade que pode ser fechada. O que podemos perceber na ocorrência desses fatos é que há um processo de disputa político-econômica que envolve instituições privadas de saúde, que prestam serviço ao SUS. Disputa na qual os adversários políticos são penalizados, com o atraso no repasse de recursos, com o descredenciamento de serviços e a população, que depende do atendimento de saúde prestado por estas instituições, é submetida ao descaso, ao abandono, a desatenção à saúde.

Outro fato que chama atenção é a dependência que esses hospitais têm do fundo público, como destacamos em negrito a informação exposta de que “Se 85% da receita de um hospital vem SUS” como este estabelecimento pode ficar sem este recurso? No final da declaração, o mesmo afirma que há um processo de perseguição por parte da administração municipal em relação a única maternidade existente. Finalizando com uma questão: e se essa maternidade fechar?

Tal declaração mostra que o fato de haver atrasos no repasse de recursos do SUS deixa a referida maternidade – APAMIM – em dificuldades. O fato é que, no período desta publicação esta era a única maternidade em funcionamento para o atendimento da região. Posteriormente, outra maternidade é fundada com o nome de Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, mais conhecida como Hospital da Mulher de Mossoró (HMM), do qual trataremos mais adiante.

Estamos cientes de que a mídia não é independente, seja ela, digital como é o caso dos *blogs* ou impressa, como os jornais tradicionais de circulação nacional, regional e local, não nos cabe aqui essa investigação, não é este o nosso objeto de estudo, embora passemos por essa reflexão, na medida em que tratamos das relações de poder que se concentram em nível local, por isso, temos utilizado informações de fontes variadas e como documentações oficiais, como é o caso, por exemplo, de alguns documentos que tivemos acesso através do Ministério Público, da Prefeitura Municipal de Mossoró, da Câmara Municipal, dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, dentre outros. Os documentos oficiais, pelas próprias características normativa, burocrática, tendem a não apresentar as divergências. Mas, estas circundam claramente na mídia, que, em geral é controlada pelos grupos em disputa ou aliados. Neste ponto, a utilização das informações postadas nos *blogs* foi de fundamental importância. Entretanto, uma desvantagem desse meio de informação é que ela é controlada pelo proprietário do *blog* que pode modificar ou retirar o dado que foi postado, ou ser acionado judicialmente e as informações proibidas de serem visualizadas. Mesmo assim, consideramos como uma fonte de informação que pode ser utilizada como dado científico.

Retomando as circunstâncias de irregularidades em relação ao SUS no município de Mossoró. Identificamos situações que envolveram juridicamente a APAMIM. Denúncias que foram realizadas junto ao Ministério Público. Além do seu descredenciamento como referência na urgência cardiológica, como já apontamos aqui, outra situação ocorreu entre o período de 2000 a 2005, quando este hospital foi indiciado através de uma Ação Civil Pública (ACP) por cobrança indevida a usuários do SUS.

Relata a ACP que no ano de 2000, em virtude de um atropelamento, uma criança que foi internada no HRTM e precisou utilizar os serviços da APAMIM,

primeiro para realizar uma tomografia computadorizada, para a qual foi registrada a cobrança de 210,00 reais. Depois, precisou de internamento para realizar um procedimento cirúrgico (retirada de um coágulo intracraniano) e a família foi submetida ao constrangimento da cobrança de uma caução no valor de 1.700,00 reais, além do pagamento de 3.000,00 reais, cobrado pelo médico que realizou a cirurgia. De acordo com a ACP, o hospital violou os direitos do paciente ao cobrar por serviços disponíveis pelo SUS, além da exigência de pagamento de caução, admitindo o ingresso no estabelecimento somente após o referido pagamento, sem respeitar a gravidade do problema. O Ministério Público concluiu que, se o hospital é contratado/conveniado com o SUS, a entidade contratante, no caso o SUS, poderá mandar descontar do contratado os valores ilegalmente cobrados e ressarcir o usuário, além de rescindir o contrato pela infração comentada e ainda denunciar o fato ao Ministério Público (RIO GRANDE DO NORTE, 2005, p. 5). E este é um hospital credenciado como filantrópico, em outras palavras, sem fins lucrativos.

A evidência de descaso com o dinheiro público destinado aos serviços de saúde em Mossoró é perceptível. Há informações que nem sempre é noticiada pela imprensa tradicional. Como não há imprensa independente, ou neutra, as informações vão sendo expostas pelos mais diferentes meios de comunicação. Cada grupo político possui seus mecanismos de expressão nesse jogo de disputa pelo poder. Uns detêm o controle de um sistema de comunicação social (rádio, rede de televisão, jornal impresso, digital, *blogs*, dentre outros) e dele se utiliza para se defender e denunciar o adversário.

O dinheiro público também é utilizado para expor propagandas acerca de “grandes realizações” de quem está no comando do poder naquele momento, surgem *slogans* que são feitos para “tocar os corações e mentes” da população: “É o governo trabalhando por você”, “Essa é a verdade que você precisa conhecer”, “Mossoró da gente”, “Amo Mossoró”. São estas as expressões do patrimonialismo, conforme viemos mencionando nos capítulos anteriores.

No portal de notícias do Ministério Público é possível ter acesso a informações de irregularidades no repasse de verbas do SUS: O Hospital Duarte Filho, por exemplo, que foi descredenciado, interditado em 2008, continuou a receber os repasses do SUS até 2009. A promotoria instaurou inquérito para

averiguar o fato, após denúncia realizada pelo CMS. O proprietário do hospital também precisou prestar esclarecimentos sobre as condições em que se encontravam os equipamentos médicos que foram adquiridos através de verbas públicas⁵³.

O SUS não só paga pelos serviços dos hospitais privados, mas também concede/compra equipamentos com recursos públicos e, posteriormente, paga pela utilização do mesmo. Recentemente, em 2011, o governo do RN fez uma doação de recursos no valor de 2.241.000,00 (dois milhões e duzentos e quarenta e um mil reais) para a compra de um aparelho de radioterapia ao Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (CEOHM). Este estabelecimento, que funcionava anteriormente em uma das dependências do Hospital Wilson Rosado, mudou-se para a estrutura da antiga Casa de Saúde Santa Luzia. Através da ajuda do governo do Estado, do município, empresários locais e de recursos dos proprietários do referido hospital foi recuperado⁵⁴. Não queremos discutir a importância ou não do serviço, pois reconhecemos a necessidade de um hospital desse porte na região. Mas porque este não pode ser público-estatal? Porque os recursos do fundo público são quase sempre utilizados para recuperar e equipar hospitais privados que prestam serviços ao SUS?

A nossa resposta a essa questão é que como os donos das clínicas e hospitais privados têm uma relação simbiótica com os sujeitos que se encontram no poder político, exercendo mandatos no executivo ou no legislativo, o encaminhamento e a destinação dos recursos públicos passam por um processo de negociação político-econômica entre políticos e empresariado.

Retomando a nossa hipótese de estudo, reafirmamos que as relações entre o público e o privado na saúde dificultam a concretização da universalidade no SUS. Essas relações na saúde envolvem interesses que são contrários aos princípios da

⁵³ Disponível em: <http://www.mp.m.gov.br/noticia/20/05/2011>

⁵⁴ Em entrevista ao Blog de César Santos, no dia 30 de agosto de 2011, o diretor da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer afirmou que o hospital recebeu doação do Governo do Estado no valor de 2,6 milhões para equipamentos e 600 mil reais para obras físicas, a Prefeitura de Mossoró repassou 500 mil reais para obras da sede do hospital, e mais 125 mil reais para a adaptação da sala dos equipamentos, dois empresários doaram cada um 100 mil reais e a Igreja Católica fez uma doação de 30 mil reais. Disponível em: <http://defato.com/blog/cesar-santos/2012/08/30/servico-de-radioterapia-de-mossoro-funcionara-a-partir-de-dezembro/> (Acesso em 16/02/2013).

reforma sanitária, ao que se defende como SUS. E em Mossoró, as forças ou grupos que atuam no comando do sistema a nível local, constroem arranjos políticos e econômicos, priorizando o atendimento privado. Isto tem se constituído em formas de redução, retração e negação da universalidade.

Como foi possível constatar nessa tese, a maior parte dos recursos do fundo público destinado à saúde é canalizada para o setor privado prestador de serviços. Embora seja inegável a necessidade e importância, por exemplo, do tratamento oncológico, no qual pessoas fragilizadas, não têm como se deslocar para outros centros (Natal ou Fortaleza). Ou ainda, o atendimento cardiológico, neurológico, ortopédico, cirúrgico etc, o fato é que o Estado continua sendo o principal financiador de serviços privados. Observe-se que na rede hospitalar de maior complexidade, os serviços médicos especializados e de apoio e diagnose sempre são prestados pelo setor privado.

Ao município cabe a realização de serviços, principalmente de atenção básica, das ações médicas simplificadas e que, mesmo assim, são extremamente limitadas e não dão conta da demanda. A saúde pobre para pobre. A rede de serviços instituída como a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se apresentado em condições de atendimento precárias: há falta de equipamentos, de instrumentos, de medicamentos, além da carência de profissionais médicos. Embora esta realidade não esteja sendo apresentada nos Relatórios de Gestão, ela aparece em reivindicações presentes nos Relatórios das Conferências Municipais de Saúde e das reuniões ampliadas com as comunidades, que antecedem as Conferências. Ou seja, aquilo que é demandado pela luta social torna-se “invisível” nos documentos de gestão. Só para ressaltar algumas das 132 propostas resultantes das pré-conferências, levadas para discussão na VI Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em Mossoró nos dias 07,08 e 09 de junho de 2011, podemos citar as seguintes necessidades expostas pelos usuários:

- Criar um anexo no Hospital Regional Tarcísio Maia como Centro de Referência em Ortopedia para média e alta complexidade;
- Reformar e estruturar melhor o Hospital Rafael Fernandes para garantir a continuidade da assistência aos usuários;

- Estruturar melhor as UPAs para as necessidades da população e evitar que casos simples sejam encaminhados ao HTRM;
- Mais agilidade na concessão de órteses, próteses, cadeiras de rodas, andador e adaptador por parte da Gerência Executiva da Saúde;
- Contratação de Pediatras para as Unidades de referência;
- Mais resolutividade nas Unidades Básicas de Saúde principalmente em relação a entrega de resultados de exames;
- Reativação de Coleta de exames laboratoriais em todas as Unidades Básicas de Saúde;
- A Gerência Executiva da Saúde não retire médicos da Unidade Básica de Saúde, que é do PSF, para escalas de plantões em outras unidades;
- A Gerência Executiva da Saúde garanta medicação suficiente na rede básica de saúde, como também aumente o número de farmácias que distribuem os medicamentos para as doenças oportunistas;
- Aumentar a cota de especialistas em todas as Unidades Básicas de Saúde que estão com demanda reprimida, em especial o médico geriatra;
- Manutenção periódica de máquinas de exames, para evitar desperdícios de material coletado;
- Conserto do trailer para atendimento no Assentamento Boa Fé e ponto de apoio na comunidade Cordão de Sombra;
- Reformar e ampliar a Unidade Básica de Saúde do Assentamento Hipólito;
- O Governo do Estado e Prefeituras de Mossoró e região viabilizem até 2012 a construção de uma Maternidade Pública para Mossoró e municípios da região;
- Aumentar a quantidade dos dias de atendimento da equipe de PSF na zona rural;

Tais reivindicações expressam as demandas imediatas que a população identifica em seu cotidiano, entretanto, é preciso aliar estas demandas aos princípios fundamentais do SUS e é nesta relação que percebemos as contradições extremas entre a realidade da saúde e o que preconiza o sistema.

Além dessas reivindicações, algumas chamaram a nossa atenção por se referir à necessidade de transparência em relação aos recursos públicos e informação acerca do atendimento dos prestadores de serviço privado, que foram colocadas da seguinte forma:

- A Secretaria Municipal da Cidadania e a Gerência Executiva da Saúde façam prestação de contas com transparência dos recursos financeiros utilizados na saúde pública, conveniada e filantrópica;
- Apresentar quadro de valores pagos aos prestadores do Sistema Único de Saúde - SUS;
- Afixar em cada Unidade Básica de Saúde, quadro de serviços prestados e nome dos prestadores privados e filantrópicos;
- O Conselho Municipal de Saúde convide a Promotoria da Saúde para participar de todas as reuniões ordinárias;
- O Conselho Municipal de Saúde divulgue suas agendas e o que foi debatido nas reuniões;

No processo de coleta de dados (mapeamento), realizamos algumas visitas e observamos a estrutura física de clínicas e hospitais privados, bem como dos estabelecimentos públicos. Nos primeiros, observamos algumas estruturas extremamente confortáveis, os consultórios que permitem o sigilo profissional, poltronas macias, ar refrigerado, bebedouros, banheiros limpos etc. Outras possuem estruturas simples, principalmente aquelas entidades que prestam serviço ao SUS.

Já nas unidades do SUS⁵⁵, existem umas que estão em boas condições, com estruturas novas, computadores, central de ar e outras apresentam algumas deficiências: banheiros interditados, paredes com infiltração, ambientes escuros, com pouca ventilação. Algumas estruturas físicas não permitem um atendimento de qualidade: salas de espera com bancadas de cimento sem conforto, filas longas e demora no atendimento. As pessoas atendidas não têm sua intimidade preservada, dificuldades na manutenção do sigilo profissional, dentre outras situações que desrespeitam os usuários.

⁵⁵ As visitas as Unidades de Saúde, tanto públicas como privadas, não foram planejadas, mas foram ocorrendo na medida em que havia necessidade de obter alguma informação que não conseguíamos encontrar na pesquisa documental. Neste processo, visitamos 10 unidades públicas e 05 privadas.

Consideramos que as unidades de saúde públicas estatais merecem ter as mesmas condições e manter o padrão de qualidade dos melhores consultórios e clínicas com os quais nos deparamos. Porque isso não ocorre? Todas as pessoas merecem ser bem atendidas e bem tratadas, afinal de conta, não somos todos iguais, segundo a lei? É neste ponto que questionamos ainda: como é que fica a equidade, em face dessa desigualdade no acesso?.

Os estabelecimentos que trabalham com serviços terceirizados não apresentam melhor padrão de qualidade que o público-estatal e isto foi comprovado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, apresentado no Relatório *Contra Fatos Não há Argumentos que segurem as OS no Brasil*, aqui já enfatizado.

A terceirização têm se constituído como uma forma de precarização do trabalho, de redução dos gastos com saúde. O HRTM já funciona de forma terceirizada há alguns anos, com serviços prestados por empresas contratadas, como os setores de higienização, nutrição e segurança. A condição desses trabalhadores terceirizados é de extrema precarização. Em reportagem no *Jornal de Hoje* (21/09/2012), é descrita a seguinte situação dos trabalhadores da JMT⁵⁶:

Depois de três meses de espera, os funcionários terceirizados da Secretária Estadual de Saúde (Sesap), contratados pela empresa JMT Serviços e Locação de Mão de Obra Ltda. receberam o pagamento relacionado aos salários, férias e vale alimentação, atrasados, referente aos meses de abril, maio e junho. O pagamento foi feito após o compromisso da empresa firmado em audiência ocorrida na segunda-feira (23), na sede do Ministério Público do Trabalho no Rio Grande do Norte⁵⁷.

A condição dos trabalhadores terceirizados é também alvo de denúncia do SINDSAÚDE/Regional de Mossoró. Em seu boletim *on-line* de 13/07/2012, o sindicato expõe a situação dos servidores que prestam serviço ao Hospital Rafael Fernandes (HRF), à Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP) e ao HRTM. Os

⁵⁶ Segundo informações colhidas no HRTM, existem 82 funcionários de empresas terceirizadas, presentes no hospital. 70 pertencem à JMT Serviços de Locação de Mão de Obra Ltda e 12 são da empresa Garra Vigilância e Segurança.

⁵⁷ Disponível em: <http://www.jornaldehoje.com.br/empresa-paga-salarios-atrasados-de-terceirizados-da-saude/>

servidores terceirizados – cerca de 150 funcionários – estavam realizando um movimento de reivindicação do pagamento dos salários que estavam com três meses de atraso. Entrevistado no jornal *O Mossoroense*, edição de 14/07/2012, o Coordenador Regional do SINDSAÚDE informou os motivos da mobilização e as perspectivas de atendimento às reivindicações dos trabalhadores⁵⁸.

A situação dos hospitais públicos do RN em relação a falta de profissionais médicos em determinadas especialidades tem sido motivo de discussão tanto no CMS, como na imprensa local. A escassez de profissionais ocorre principalmente nas áreas de anestesiologia, ortopedia, traumatologia, neurologia (neurocirurgias). Parte da categoria com essas especialidades não atendem pelo SUS, ou só prestam o serviço por meio de convênio com suas empresas particulares ou cooperativas. Devido a escassez esses profissionais utilizam o poder de barganha para encarecer os serviços prestados, formando inclusive cartéis.

O caso dos serviços de traumato-ortopedia é extremamente crítico, pois as cirurgias que poderiam ser realizadas em Mossoró, têm sido executadas em um hospital da cidade de Russas, Ceará, (um município de porte bem menor que Mossoró – possui 69.833 habitantes, segundo o censo do IBGE/2010 – há 126 km de distância). Segundo informações colhidas em diálogos com conselheiros de saúde, as exigências dos profissionais dessas especialidades superam a capacidade de pagamento do sistema, por este motivo, o município pactuou o atendimento desses procedimentos com a prefeitura da referida cidade.

Compreendemos a saúde como uma necessidade essencial e, portanto, como um direito fundamental e inalienável, que resulta das condições de vida da população, diretamente vinculada ao processo de produção social e material de vida e que tem implicações diretas com o processo de distribuição da riqueza socialmente produzida, ou seja, resultado dos determinantes sociais, políticos, culturais e econômicos. E tais pressupostos estão contemplados na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90.

⁵⁸ Além do atraso de salários, os servidores estavam sem receber outros direitos como: o terço de férias, os equipamentos de proteção individual para realizarem o trabalho de higienização dos hospitais (luvas, botas, fardamento e óculos).

Segundo Bahia (2008), “diversas cidades brasileiras complementam os valores de serviços da ‘tabela SUS’. Mimeticamente, estados e municípios assumem o papel de comprador de serviços.” Então, o pagamento da tabela do SUS é múltiplo, principalmente quando o procedimento é de alto custo há as transferências adicionais às instituições filantrópicas e as empresas/cooperativas profissionais (BAHIA, 2008, p. 1389), como afirma a autora a seguir:

Especialmente para determinados procedimentos de maior custo, bem como transferências de recursos adicionais de recursos para instituições filantrópicas, estabelecem redes políticas e econômicas localizadas, que conectam as secretarias de saúde, prefeituras e administrações estaduais com empresas privadas e particulares de prestação de serviços e, direta ou indiretamente, com aquelas que comercializam planos de saúde (BAHIA, 2008, p. 1389).

Essa forma de pagamento é adotada em Mossoró, particularmente no que se refere aos anestesiológicos. Mesmo assim, esses profissionais tentam pressionar o adicional cada vez mais para cima. Em 2011, por exemplo, houve uma greve dessa categoria profissional em Mossoró que gerou uma grande polêmica, pois o município paga um complemento para estes profissionais, e, apesar de, em geral, não se revelarem os valores⁵⁹, sabe-se que estes profissionais absorvem uma grande fatia dos recursos públicos, que não se reverte em melhoria no atendimento à população.

De acordo com informações divulgadas no *site* da prefeitura de Mossoró, a GES paga uma tabela diferenciada aos anestesiológicos, além de plantões. Com referência a abril de 2011, o valor pago foi de 140 mil reais em incentivos, o que dá 13 mil para cada um, pois são 11 profissionais que atuam na cidade. Ou seja, 13 mil não é o salário do anestesiológico, é um complemento a mais, o “plus” que a prefeitura pagou em um mês para cada profissional, através da Clínica de Anestesiologia de Mossoró (CAM).

Em 03 de janeiro de 2012, o jornal *O Mossoroense* divulgou a seguinte matéria: “Prefeitura descumpre contratos e hospitais ficam sem anestesiológicos”,

⁵⁹ Apesar da garantia de transparência na aplicação de recursos ser garantia legal, esse é um processo que precisa ainda ser conquistado, pois as informações em geral não são publicadas ou não são claras.

acrescentando que estes são “impasses recorrentes que deixam a população sem acesso a partos cesarianos e cirurgias eletivas”. O médico responsável pela Clínica de Anestesiologia de Mossoró (CAM) enviou o seguinte ofício à GES, datado de 26 de dezembro de 2011, que foi divulgado na íntegra pelo referido jornal, porém estamos expondo apenas uma parte do referido documento:

(...) informamos que em virtude do dever de obediência às recomendações ou decisões desta gerência, adotamos as seguintes medidas: A) A partir de 27 de dezembro não participaremos de nenhum ato anestésico para procedimentos eletivos de usuários do SUS nos hospitais Wilson Rosado, Centro de Oncologia e Casa de Saúde Dix-sept Rosado; B) Não haverá escala de serviço de Anestesiologia na única maternidade existente em Mossoró, após às 07:00 horas do dia 1º de janeiro de 2012.

Ainda nesse ofício, o Diretor da CAM afirma a autonomia médica “para trabalhar e receber honorários justos, merecidos e possíveis” e realiza uma crítica ao impacto do déficit financeiro na saúde que, segundo ele, não respeita a vida humana. E também recomenda que as gestantes sejam encaminhadas para “a monumental estrutura do Hospital e Maternidade da Polícia Militar do RN”. Esta última colocação tem um tom de crítica e ironia às condições de atendimento do HRPM.

Em Mossoró, existem apenas 11 anestesiológicos e estão vinculados a CAM. Quando decidem parar as atividades, a cidade entra em caos, pois realmente não há como se fazer atendimento cirúrgico sem a presença desses médicos. Cientes disso os mesmos utilizam o poder de pressão para forçar a elevação do teto que recebem do SUS para prestar os seus serviços.

No dia 04 de janeiro de 2012, outro jornal da cidade publica a seguinte matéria: “Anestesistas recuam e partos voltam a ser feitos em Mossoró” e ainda afirma que a prefeitura comprovou que esses profissionais “descumpriram o contrato e a categoria é acusada de rasgar o Código de Ética Médica”. Ainda segundo informações reveladas por esse jornal o plus pago pela prefeitura aos profissionais dessa área é de 1,5 milhão, cerca de 56 mil mensais (*Correio da Tarde*, 04/01/2012).

Um fato que consideramos importante destacar refere-se ao processo de terceirização do Hospital da Mulher de Mossoró⁶⁰, que ocorreu entre o final do ano de 2011 e início de 2012, com a inauguração do referido hospital. Nossas primeiras informações foram coletadas numa Audiência Pública realizada em Natal (RN), em um dos auditórios da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte, na qual estivemos presentes. A audiência foi solicitada pelo CES e convocada pelos deputados Fernando Mineiro, filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT) e Fábio Dantas, este filiado ao Partido Humanista da Solidariedade (PHS) e representante da Comissão de Saúde.

Estiveram presentes na audiência: o Secretário de Estado da Saúde (SESAP) Domício Arruda, representantes do Conselho Estadual de Saúde do RN (CES), do Conselho Municipal de Saúde de Mossoró (CMS), do Conselho Regional de Medicina (CRM), do SINDSAÚDE, do Sindicato dos Médicos (SINDMED) e do Ministério Público Estadual.

A referida audiência pública foi convocada para a discussão de um único ponto de pauta: O processo de terceirização do Hospital da Mulher em Mossoró. Segundo o parlamentar Fernando Mineiro (que abriu e coordenou a audiência pública), no dia 06/09/2011 a Subsecretária de Planejamento e Gestão da SESAP enviou uma solicitação ao Secretário de Estado da Saúde para a instalação de uma Unidade Materno Infantil em Mossoró, sob a gestão de uma OSCIP. E em 09 de março de 2012, o hospital foi inaugurado, sem o conhecimento do CES e sem ter passado pela Assembleia Legislativa.

O documento, utilizado como garantia para a abertura do hospital sem ser submetido às instâncias de decisão, foi um parecer do Procurador do Estado, declarando que, como se tratava de uma situação emergencial, não necessitaria a submissão às instâncias deliberativas. Este fato gerou questionamentos no CES, pelo desrespeito com a instância deliberativa, que afirmou desconhecer a iniciativa de terceirização do referido Hospital. Constatando que se tratava de um processo com muitas irregularidades, como não ter sido submetido à licitação e nem

⁶⁰ O Hospital foi criado com o nome de Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, mas ficou popularmente conhecido como Hospital da Mulher de Mossoró, e é esta nomenclatura que estaremos utilizando.

aprovação do CES e em virtude das denúncias de ilegalidade, o MP começou a averiguar o caso.

A questão colocada pelo parlamentar do PT foi: como pode esta situação ser considerada emergencial se o seu processo teve início em setembro de 2011 e a inauguração do hospital em março de 2012, ou seja, no transcorrer de seis meses?

A justificativa do Secretário Domício Arruda foi que o processo de estudo sobre a abertura do HMM teve início em setembro de 2011, em virtude da situação complexa que foi se instalando em Mossoró com o fechamento de hospitais, particularmente maternidades, o que se tornou uma “situação de caráter emergencial”, por falta de leitos na maior cidade da região. Afirmou ainda que os meses de dezembro e janeiro foram os mais críticos, pois as gestantes da região ficaram sem ter onde realizar os partos, sendo encaminhadas para a cidade de Russas (CE). Declarou ainda que a Assembleia Legislativa e o CES encontravam-se em recesso, motivo pelo qual não foi possível convocá-los. Assim sendo, solicitou o parecer do Procurador do Estado.

Segundo o referido Secretário, já existe um projeto, de convênio com o Banco Mundial (BM), para a construção da Maternidade Escola de Mossoró, que estaria em processo de negociação. Na opinião do Secretário, “a iniciativa privada é muito mais ágil que o poder público”. Tal concepção desqualifica o próprio cargo que exerce. Além de deixar claro que antes de assumir cargo público sempre trabalhou e contribuiu para o crescimento da iniciativa privada na saúde, por considerar o melhor mecanismo institucional para a saúde.

Então, nos perguntamos: que contribuição pode dar ao SUS um secretário de saúde que considera a iniciativa privada o melhor caminho para a saúde? Nenhuma. Pois se este mesmo defende o setor privado como melhor e mais ágil o seu papel neste cargo é exatamente contribuir com o processo de mercantilização e privatização da saúde.

O Hospital da Mulher de Mossoró foi instalado na estrutura onde funcionou o Hospital da UNIMED, que foi fechado em setembro de 2011, por coincidência, no mesmo período que se iniciou o referido estudo de instalação do HMM. A sua

inauguração⁶¹ foi em 09 de março de 2012, pelo governo do estado do RN, mas o Termo de Parceria com a empresa **Marca** só foi publicado no Diário Oficial no dia 30/03/2012, que foi questionado pelo CES.

A partir das denúncias realizadas pelo CES e entidades dos movimentos sociais é que vieram à tona as informações que demonstram irregularidades no destino do fundo público, com a contratação de OS e OSCIPS no Rio Grande do Norte.

Verificamos os recursos destinados para os hospitais regionais de Mossoró em 2011 e observamos os seguintes dados: 2.239.876,50 (Dois milhões, duzentos e trinta e nove mil, oitocentos e setenta e seis reais e cinquenta centavos) foram destinados ao HRTM pelo governo do estado. Ao HRPM foram 43.345,71 (Quarenta e três mil, trezentos e quarenta e cinco reais e setenta e um centavos) e para o HRF 48.814,75 (Quarenta e oito mil, oitocentos e quatorze reais e setenta e cinco centavos)⁶². No entanto, foi destinado a uma OSCIP para administrar o HMM, um valor muito superior ao que é aplicado nos hospitais públicos, ou seja, 5.000.000,00 (Cinco milhões de reais) para o período de seis meses.

O referido hospital, sob a gestão de uma Oscip, recebeu recursos do governo do Estado antes de começar a funcionar e de ter sido assinado o termo de parceria. Sua inauguração foi oficializada pela Governadora Rosalba Ciarlini Rosado como uma instituição pública estatal, que é privada. Esse argumento foi utilizado pelo Secretário de Saúde para não contratar concursados que aguardavam a convocação, ou seja, o Estado não poderia convocar concursados para uma instituição que não era estatal. A assessoria de imprensa do governo postou no *site* da governadoria as seguintes informações:

Mossoró ganhou nesta sexta (09) o hospital materno-infantil Parteira Maria Correia. A Unidade atenderá toda a região Oeste e o Vale do Açu com instalações modernas e confortáveis com enfermaria cirúrgica e obstétrica,

⁶¹ O plano era inaugurar o hospital no dia 08 de março, dia internacional da mulher, realizando uma solenidade para ressaltar mais um dos *mitos heróicos*, tal como foi mencionado por Felipe (2010), como uma das estratégias de legitimidade desse grupo político.

⁶² Tais valores resultam da soma da prestação de contas trimestral (recurso financeiro) Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/instituicao/gerados/prestacaocontas.asp>

UTI Neo e adulto. [...] O Hospital da Mulher Parteira Maria Correia é uma realização do Governo do Estado e que atenderá toda a região Oeste e Vale do Açu do Rio Grande do Norte. [...] A unidade hospitalar iniciará os atendimentos nesta segunda-feira (12) e apoiará a Casa de Saúde Dix-Sept Rosado, que conta com a Maternidade Almeida Castro. As instalações do Hospital da Mulher terá à disposição do público feminino 41 leitos, dos quais sete são para pré/pós-parto, quatro enfermarias cirúrgicas ginecológicas, seis enfermarias obstétricas, sete UTI Neo, nove UTI adulto e oito alojamentos conjuntos⁶³.

No CNES, o HMM aparece como estabelecimento estatal, gestão da SESAP, como organização da Administração Direta do Estado. Declara a existência de 201 profissionais do SUS, dos quais 45 são médicos, como pode ser verificado no Anexo VI.

Em uma análise do material da “prestação de contas”, solicitada pelo CES à referida OSCIP, várias irregularidades foram constatadas no processo de contratação/parceria da empresa com o governo do RN. Esta análise foi apresentada em Plenária do CES no dia 04/07/2012, na qual estivemos presentes. No relato, realizado por um ex-conselheiro e assessor do CES, que colocou que: apesar da parceria Marca/Governo do Estado ter sido validada em 01/03/2012, quando foi publicada no Diário Oficial do Estado (DOE/RN), em fevereiro, a OSCIP já havia utilizado 713.379,68 (setecentos e treze mil trezentos e setenta e nove reais, sessenta e oito centavos) em recursos repassados pelo Governo do Estado. Além disso, o contrato de locação do prédio para o funcionamento do HMM já havia sido firmado em 01/02/2012, o que sugere já haver “um jogo de cartas marcadas”, que transgride e efetiva gastos fora dos procedimentos legais. Também foi constatado nesta análise do CES que na equipe de profissionais formada para atuar no HMM não constava a contratação de médicos. Aqui nos perguntamos: se não houve contratação de médicos como se explica o cadastro o CNES apresentar o número de 45 médicos no hospital?

Outras irregularidades foram apontadas no Relatório intitulado **“Os caminhos e (des)caminhos da SESAP e a Associação Marca para promoção de serviços**

⁶³ Disponível em: <http://www.rn.gov.br/imprensa/noticias/governo-do-rn-inaugura-hospital-da-mulher-em-mossoro-com-samuzinho/10197/>

na terceirização do hospital da mulher – parteira Maria Correia – Mossoró-RN”, apresentado posteriormente pelo CES:

- Os documentos contábeis apresentados eram referentes à Natal e não a Mossoró;
- A prestação de contas estava fora dos parâmetros da Resolução 022/2011 do Tribunal de Contas do Estado;
- Indícios de pagamento de multas jurídicas alheias ao objeto da parceria;
- Indícios de pagamento de encargos sociais de empresa estranha à parceria SESAP/MARCA;
- Indícios de pagamentos maiores que o devido, com devolução;
- Ausência de conciliação bancária;
- Ausência de pesquisa mercadológica prévia em todas as despesas;
- Ausência de atestado ou de recebimento de materiais e medicamentos adquiridos pelo hospital;
- Ausência de contratos referentes a serviços e aquisições;
- Aluguel sem parecer jurídico;
- Falta de parecer de engenheiro civil do Gaep/Sesap nas obras realizadas;
- Serviços e aquisições de equipamentos sem as especificações corretas identificadas nos documentos fiscais;
- Ausência de tombamento referente a aquisição de material permanente caracterizado por Notas fiscais inclusas nos autos;
- Pagamentos fracionados.

Uma observação bastante relevante feita pelo assessor do CES, no período aqui referido, foi de que a Associação Marca foi contratada pela prefeitura de Natal (RN) para gerir as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Ambulatórios Maternos Infantis (AMIs) como OS. E no contrato com o Governo do Estado do RN esta mesma Associação se transforma em Oscip. Além disso, não existe uma lei estadual que regulamente ou normatize este tipo de entidade no RN.

Desta forma, o que se constata é o descaso com a “coisa pública”. Essa é a forma como são tratados os recursos na ofensiva privatizante que vem se

consolidando no Brasil, ameaçando transformar tudo que é rentável em mercadoria. Uma cultura do privado como o melhor caminho para as políticas sociais se estende em todos os espaços. Profissionais de saúde, particularmente médicos, não se dispõem mais a atender no serviço público, nem se interessam pela formação em especialidades que não sejam lucrativas. O setor privado também não se interessa por ações que não gerem lucro. O setor público que deve se responsabilizar. É isso que tem acontecido com maternidades e hospitais infantis em Mossoró, que fecharam suas portas, deixaram de ser lucrativos.

No entanto, o público e o privado estão vinculados por relações permeadas de interesses políticos, econômicos que englobam um jogo, no qual estão presentes as forças sociais que compõem o poder. São estas forças em jogo que dominam e controlam os dois lados da moeda, decidindo o destino do fundo público na saúde. E essa é uma questão que trataremos no próximo item.

4.3 Forças/grupos políticos que têm assumido o controle da saúde em Mossoró

Uma das questões que viemos nos fazendo nesse processo de estudo é sobre quais pessoas, grupos ou empresas buscam capitalizar a saúde em Mossoró? E por outro lado, quais são os grupos interessados nessa capitalização que têm se articulado à gestão do município?

Para responder a estas questões verificamos quem são os proprietários dos estabelecimentos de saúde de Mossoró, informação que é possível ter acesso através do cadastro completo da Instituição no CNES. Observamos também a relação que mantêm com a gestão municipal. Os dois maiores hospitais de Mossoró que se encontram atualmente na disputa pelo convênio com o SUS são o Hospital Wilson Rosado e a Casa de Saúde Dix-sept Rosado. Ou seja, grupos que fazem parte da mesma família oligárquica que governa Mossoró há mais de quatro décadas. O que já analisamos anteriormente nesta tese.

A política é um grande negócio, pois é através da conquista do poder político que a classe dominante se apropria das instituições estatais e, conseqüentemente,

do fundo público. Os políticos são os empresários, os banqueiros, os comerciantes. Ao mesmo tempo em que estão dentro das organizações econômicas, estão no interior do Estado (DREIFUSS, 1986, p. 17).

Na concepção desse autor, o poder significa a capacidade de exercer uma “ação política de forma ininterrupta” num movimento que envolve o político e o ideológico, sempre reproduzindo e ampliando as bases de atuação que possam salvaguardar e consolidar suas posições, assim, “ideologia e racionalidade dominante fundem-se miticamente” (DREIFUSS, 1986, p. 22).

No RN o jogo da disputa é caracterizado pelo revezamento das elites políticas que ora se dividem e ora se aliam para garantir o domínio dos grupos tradicionalmente hegemônicos no controle do poder político. Segundo Lindoso,

a disputa envolve facções políticas de um mesmo consórcio de poder que inclui o empresariado nativo (construção civil, incorporação imobiliária, turismo, hotelaria, alto comércio, agroindústria, transportes, indústria midiática, etc.), setores da alta classe média liberal, da mídia e interesses dos outros poderes (legislativo e judiciário). É um consórcio mesquinho, alheio a outros interesses que não sejam os do lucro imediato e da preservação de privilégios, apesar da retórica “desenvolvimentista”. Os interesses das classes populares são praticamente ignorados. Escândalos sucessivos, revelados, ignorados ou “abafados”, dão prova concreta do comportamento predatório dessa “elite”, alheia, ademais, aos mínimos requisitos de preservação ambiental e do desenvolvimento de longo prazo, equilibrado e com justiça social (LINDOSO, 2012, p 5-6).

É por esses processos que as elites que dominam historicamente Mossoró se reproduzem e ampliam suas formas de atuação. O predomínio político ideológico tem ocorrido de forma ininterrupta requer alianças constantes com outros partidos políticos, empresariado, comerciantes que compõem o “consórcio do poder”.

Neste sentido, em Mossoró, os mesmos sujeitos que se encontram na direção do poder político são também grandes comerciantes, com participação em concessionárias de veículos, postos de combustível, na exportação do sal, da fruticultura, dos *royaltes* do petróleo, detém ainda o controle da mídia local: jornais, emissoras de rádio e de televisão dentre outros. E, são também os proprietários dos serviços de saúde privados.

Assumem cargos de deputados federais⁶⁴, estaduais⁶⁵ e vereadores⁶⁶ e suas reeleições são sempre garantidas. Estão atualmente no controle do governo do estado, ou seja, desde o início de 2010, quando Rosalba Ciarline Rosado (Médica /Pediatra), do Partido Democratas (DEM) foi eleita governadora⁶⁷. Controlam a prefeitura de Mossoró, com duas gestões (2003/2007 e 2008/2012) de Fátima Rosado (Enfermeira) também representante do DEM.

Em geral, possuem a formação em saúde, como já afirmamos. Assumiram e disputaram, ao longo da história, o controle da saúde em Mossoró. Nos hospitais filantrópicos, competem pelos recursos, assumindo as direções seja da URSAP, instituição esta vinculada ao governo do Estado, ao qual estiveram presentes em todo o processo de reforma nos anos de 1980 e 1990, dirigindo o processo de estadualização e, posteriormente, de municipalização. Assumindo o sistema, portanto, também no âmbito municipal.

O acesso ao poder político administrativo foi mediado desde o início pela inserção profissional desses políticos nos serviços de saúde, exercendo funções de médicos, farmacêuticos, enfermeiros e fazendo do atendimento à população nos serviços públicos a ponte de acesso aos mandatos parlamentares. O **clientelismo** se revela como componente do processo. O **patrimonialismo** se coloca como um dos mecanismos de controle da política, os mandatos políticos são garantidos aos donos de hospitais e clínicas conveniadas com o SUS, conforme analisado anteriormente.

Conforme Felipe (2001), esse domínio dos Rosados faz parte de um projeto político familiar, os novos membros que vão surgindo assumem o mesmo discurso “lapidam a história da cidade e transformam a mesma em narrativa estóica” e “recorrem às heranças da cultura francesa” (FELIPE, 2001, p. 145) e enfatizam a ideia de liberdade como expressão da luta do povo mossoroense. Segundo este autor:

⁶⁴ Carlos Alberto Rosado (DEM); Sandra Rosado (PSB).

⁶⁵ Leonardo Nogueira (DEM, Médico e casado com a ex-prefeita de Mossoró, Fátima Rosado); Larissa Rosado (PSB, filha de Sandra Rosado);

⁶⁶ Layre Rosado Filho (PSB, irmão de Larissa Rosado).

⁶⁷ Esta passou por três mandatos na Prefeitura de Mossoró e um como Senadora do Estado, antes de ser eleita governadora.

Os Rosados como grupo político, contam com outros aliados fora do grupo familiar, desde os 'cabos-eleitorais' passando pelos donos dos 'currais-eleitorais até os intelectuais. Com eles vão dirigir os negócios públicos da cidade e da região e especificamente com os intelectuais que direta ou indiretamente, conscientes ou não, participam da elaboração desse objetivo estratégico que era fazer história para recuperar o passado, e dominar o presente (FELIPE, 2001, p.145).

Na concepção de Felipe (2001), o poder político desse grupo familiar pode ser mensurado pelas eleições à prefeitura de Mossoró, nas quais desde 1948, estes perderam apenas a de 1968, quando um ex-correligionário se elegeu com o apoio de Aluizio Alves, que foi governador do RN, trazia em seus discursos as idéias de desenvolvimentismo, de crescimento industrial, de esperança de melhoria para a população norte-rio-grandense.

Entre as décadas de 1980 e 1990 a família Rosado é subdividida. Felipe (2001) identifica três subgrupos resultado dessa fragmentação: o primeiro, formado pelos herdeiros de Dix-sept Rosado: (Carlos Augusto, Rosalba Ciarline e Carlos Alberto); o segundo, com os herdeiros de Vingt (Laíre Rosado e Sandra Escóssia Rosado); e o terceiro com o herdeiro de Vingt-un (Frederico Rosado)⁶⁸.

O que nós identificamos, então, foram dois grupos que dominam o poder político na saúde em Mossoró e que são originários dessa mesma família, divididos em duas facções na disputa do controle político e do sistema de saúde. Felipe (2001), apesar de não identificar a influência desses grupos nos serviços de saúde, nos fornece algumas informações acerca dos políticos que disputaram as eleições em Mossoró, em um quadro no qual este autor apresenta os candidatos (eleitos e derrotados) se encontra o nome de proprietários de hospitais de Mossoró: Francisco Duarte Filho (vinculado ao HDF, foi candidato a prefeito pela UDN em 1952); Leodécio Fernandes Néo (vinculado a CSSL, foi candidato a prefeito pelo MDB em 1976), e Laíre Rosado (vinculado a CSDR/APAMIM, foi candidato a prefeito pelo PMDB em 1988).

⁶⁸ Este último apesar de ter exercido três mandatos como Deputado Estadual e não conseguiu se manter no processo de concorrência com Sandra Rosado.

O comentário a seguir, foi postado em um dos *blogs* da região que informam, comenta e denunciam as situações que acontecem no RN. Na observação sobre o fechamento de um hospital privado/filantrópico, faz referência ao grupo oligárquico que controla a política, a economia, a cultura e a saúde em Mossoró:

A vigilância sanitária do Rio Grande do Norte interditou nesta terça-feira, dia 21 de outubro, o Hospital DUARTE FILHO de Mossoró. Com a interdição o hospital não poderá receber pacientes para internamentos e suas atividades deverão ser suspensas até que se cumpram as exigências da vigilância sanitária, o que será muito difícil, segundo algumas funcionárias que conversei, pois a instituição passa por sérias dificuldades financeiras. A preocupação dos 47 funcionários é grande, pois com o fechamento todos deverão ser demitidos e se fecha mais uma porta na área da saúde para atendimento a população. Apenas três pacientes se encontram internados naquele hospital e logo que esses pacientes recebam alta hospitalar, a unidade praticamente encerrará suas atividades. O hospital DUARTE FILHO é uma instituição filantrópica e pertence a uma associação (...). De acordo com alguns funcionários que estavam revoltados com a interdição, **se esse hospital pertencesse a família Rosado**, jamais teria sido interditado, pois **nos hospitais dos ROSADOS há muito mais irregularidades** e nem por isso foram interditados (*Blog Vieira Contabilidade*, 19/10/2008).⁶⁹

O destaque feito em negrito é nosso, e confirma o que estamos pondo em discussão. No estudo realizado por Bosco Filho e Lima (2003), alguns depoimentos de entrevistas realizadas por estes autores com profissionais que participaram do processo de construção do SUS, revelam alguns detalhes relacionados a esta questão da relação do poder e da saúde em Mossoró.

Essa questão política, o perfil coronelista e oligárquico, tem muita influência, se formos observar o perfil oligárquico da cidade iremos ver que tem grande repercussão (...). Os prestadores e gestores são aliados em potencial. (BOSCO FILHO E LIMA, 2003, p.121)

(...) assim como todas as cores que existem em nosso arco-íris, o coronelismo em Mossoró é tão vivo, é tão real, tão complexo, que é até moderno, é figurativo, é pictórico. Daí só quem consegue enxergar é quem gira a roda do arco-íris, mas ele está espalhando em todos os setores de nossas atividades, é na saúde, na educação, (...) enfim, em todo canto (BOSCO FILHO E LIMA p.146).

⁶⁹ Disponível em: http://vieira.contabilidade.zip.net/arch2008-10-19_2008-10-25.html

Os depoimentos são esclarecedores e trazem informações importantes que revelam algo que viemos tratando em todo o decorrer desta tese: o poder de mando de um grupo que controla o poder político de uma região e, por conseguinte, o processo econômico, cultural e social. Esse poder é identificado aqui por um perfil coronelista e oligárquico que se faz presente em todos os setores e atividades, incluindo a saúde. Neste setor, os depoimentos se referem ao processo de apropriação do fundo público e sua utilização de forma clientelista.

Historica e culturalmente, a saúde, não só aqui, como em qualquer canto do Brasil sempre foi moeda muito forte. É uma moeda fácil e de alto peso, tanto que decide a vida do município. Por que é ela que faz com que ainda uma parcela ponderável da população fique na mão de pessoas que controlam o poder (BOSCO FILHO E LIMA, 2003, p. 147).

(...) interferência tem, é gigantesca, está cada vez mais presente, agora por uma questão estratégica, uma estratégia até inteligente, ou seja, você reconhece que rola muita grana. 100% do que é feito em saúde pública aqui em Mossoró, 100% do que é construído e produzido é por imposto de transferência. Tem sido assim, toda gestão de 1997 a 2000 foi feito dessa forma e continuará enquanto der certo. (BOSCO FILHO E LIMA, 2003, p.147)

(...) quando se trata do orçamento global da prefeitura, o maior é o da saúde, e dentro dele 90% é transferência, 10% é contrapartida do município (BOSCO FILHO E LIMA, 2003, p.148).

Estes depoimentos revelam como se compunham os recursos da saúde antes da EC-29, ou seja, o município investia pouco em saúde, a aplicação realizada no desenvolvimento das ações e serviços era, praticamente, com recursos federais e estaduais, transferidos para o Fundo Municipal. Outro depoimento expõe as disputas existentes nesse processo de controle dos serviços de saúde.

(...) desde a formação da 1ª Conferência já começaram as brigas e discussões, determinadas entidades e partidos querendo se fazer presentes. (...) Se ele (o Conselho) for defender a bandeira partidária, a bandeira de candidatos ou do sistema privado de saúde, realmente não vai contribuir, ele tem que estar representando cada segmento, mas dentro da

lógica do SUS. (...) há falta de participação popular (...) e inoperância do Conselho Municipal (BOSCO FILHO E LIMA, 2003, p.151).

De acordo com a análise de Bosco Filho e Lima (2003) sobre os grupos políticos existentes em Mossoró, se estes considerassem o SUS em sua essência optariam por uma ruptura com o modo clientelista. Necessitaria, portanto, “romper com todo o caráter oligárquico e coronelista que permeia a realidade mossoroense” (BOSCO FILHO E LIMA, 2003, p.170).

A ideia de controle social é instituída em Mossoró, portanto, como um grande desafio, em meio a este perfil histórico-político que viemos destacando. O controle social, como forma de inserção da participação da população na definição das questões de saúde, surge no processo de discussão da Reforma Sanitária, nos anos de 1980, e se constitui em desafio na medida em que é preciso romper com barreiras políticas, ideológicas e culturais que predominam nas formas de administração pública existentes. As elites políticas e intelectuais que compõem as burguesias locais não consideram que a população precise participar de questões burocráticas e administrativas.

Entretanto, com a aprovação da Lei 8.142/1990, a participação popular passa a ser garantida através das Conferências e Conselhos de saúde. Duas instâncias que devem funcionar como espaços de deliberação nos quais a população deve ter acesso às discussões e definições da política de saúde através de suas representações. Constituem-se, portanto, espaços de expressões democráticas. O exercício dessa democracia e a ocupação do espaço deliberativo se torna um desafio para uma sociedade em que as tomadas de decisão passam por quem detem o controle do poder político e econômico. São esses poucos que se consideram mais capacitados na definição, interpretação das leis, que conhecem as necessidades, as estruturas administrativas, a burocracia e os meios de execução das ações.

As dificuldades de funcionamento de uma instância deliberativa, como um Conselho Municipal, não se vinculam apenas à sua falta de estrutura, à falta de capacitação, mas, sobretudo, ao aspecto cultural que predomina não só na elite, mas encontra suas remanescências do escopo popular. Uma cultura que leva a elite

a monopolizar os espaços de decisão, inibindo a população, que não tem de fato a tradição de participar e decidir. Por outro lado, a cultura das elites é de apropriação do público como se fosse um espaço privado, sua propriedade. É nesse sentido que procuram deixar a sua marca registrada em todos os espaços da cidade: edifícios, nomes de ruas, etc. As afirmações de Bosco Filho e Lima reforçam a nossa afirmação.

Como é característico de cidades em que o sistema oligárquico é grande responsável pela gerência dos serviços, tende a negar os projetos anteriores para que não fiquem marcas, são necessárias rupturas para que fique bem claro onde começa e onde termina cada 'reinado' (BOSCO FILHO e LIMA, 2003, p. 171).

Todo o jogo político da cidade, como não poderia ser diferente, é sentido, é repercutido diretamente no processo de construção/consolidação do SUS em Mossoró, é quase unânime a afirmativa de que o caráter oligárquico e coronelista é o maior entrave nesse processo (BOSCO FILHO e LIMA, 2003, p. 173).

O poder político que permeia a cidade determina todo o processo de construção do SUS em Mossoró, cujas características vão mudando de acordo com a dinâmica social que ao receber os impactos das políticas nacionais, exige transformações no sentido de se adequar as mudanças (BOSCO FILHO e LIMA, 2003, p. 175).

Os grupos organizados de prestação de serviços de saúde em Mossoró são diversificados, percebe-se que há uma heterogeneidade. O CMS funcionou por vários anos, sendo presidido pelo Secretário Municipal da Cidadania, quando a Lei Municipal nº 1.356/99, artigo 7º, afirmava que o CMS deveria ser presidido pelo Secretário Municipal de Saúde, cargo que deixou de existir quando se modificou a estrutura administrativa das secretarias do município. Em 2009, uma nova Lei Municipal foi aprovada, a de nº 2.561/2009, o artigo 7º foi modificado, garantindo que à presidência do Conselho fosse eleita em plenário.

No processo de coleta dos dados da presente investigação participamos de algumas plenárias do CMS, como também de reuniões ampliadas nas comunidades, durante a preparação da VI Conferência Municipal. Nestes espaços pudemos observar as expressões de disputas tanto na ocupação de vagas para representação das entidades na Conferência, como para cargos de conselheiros

municipais. Há segmentos heterogêneos na composição dos representantes dos usuários, como é de se esperar, nesses espaços de disputa política, posições divergentes, expressões de desconhecimento, de indignação, de revolta com a situação da saúde. No segmento dos trabalhadores de saúde existe também uma forte expressão de disputa.

Na análise das atas das reuniões do CMS, não observamos expressões de divergências – o que seria esperado, tratando-se de um foro de decisões - embora tenhamos percebido a sua existência nas reuniões em que estivemos presentes. Como esses documentos não expressam de imediato essas divergências e heterogeneidade, a primeira impressão é de que há um constante consenso. Os relatos são pouco compreensíveis para aqueles que não acompanharam o processo, tornando-se um difícil documento de consulta para quem não tem participado regularmente das reuniões.

No processo de estudo das Atas do Conselho a que tivemos acesso, consideramos por alguns momentos que não conseguiríamos extrair das mesmas algo que tivesse significado para o presente estudo, devido à limitação e economia de informações, parte de um processo burocrático que padronizam os documentos oficiais e limita a existência de dados que revelem a essência da realidade.

O objetivo do estudo das atas foi identificar o processo de contratação ou credenciamento e descredenciamento dos serviços, verificando as polêmicas, as divergências existentes. Assim sendo, analisamos 17 (dezessete) atas que nos foram fornecidas pelo CMS, a partir das pautas nas quais constavam processos de credenciamento, entre os anos de 2005 a 2010⁷⁰.

Na leitura das atas, passamos a compreender algo que já sabíamos, mas não entendíamos bem: que não se credencia ou se contrata a instituição em si, mas o que ocorre é a compra de procedimentos.

Outro fato observado é que o CMS aprova os credenciamentos de forma parcial, pois a decisão final é dada por três comissões: Auditoria (verifica as condições estruturais dos estabelecimentos), Vigilância Sanitária (verifica as condições sanitárias) e Credenciamento (é responsável pelo parecer final). O CMS

⁷⁰ O Conselho não dispunha das atas anteriores a 2005, devido a uma apreensão de todos os documentos do CMS em 2004, pela polícia federal.

aprova em função da necessidade do serviço para a população e quem verifica as condições e dá o parecer final são as comissões. Como há sempre necessidade dos procedimentos que são oferecidos pelos serviços privados, em função da carência de prestadores públicos, estes são sempre aprovados.

Como isso ocorre? O hospital ou clínica (que já possui algum serviço credenciado)⁷¹, solicita credenciamento da prestação de outros, por exemplo, "urgência cardiológica", ao SUS. Passa por um processo burocrático (reunião do CMS, comissões) e é credenciado. Para isso, é canalizado um percentual de recursos e definido uma quantidade de atendimentos. O mesmo hospital faz outro credenciamento para atender, por exemplo, a "urgência traumato-ortopédicas", que já demanda outro processo. Enfim, o Hospital realiza os outros atendimentos privados e também aqueles públicos. Se alguém chegar ao hospital privado com um determinado problema, por exemplo, cardiológico, mas este hospital só atende pelo SUS se for urgência, se os gestores definirem, entenderem que não é urgência, essa pessoa fica sem atendimento. Nesses casos, onde será feito o atendimento? no hospital público, que é estatal, ou pagando particular (então, trocando em miúdos, o hospital vende ao SUS um número X de atendimentos e recebe o DINHEIRO em troca dessa MERCADORIA, que se concretiza com apenas X atendimentos. Se houver excedentes dos limites fixados para o atendimento, o usuário fica sem a prestação do serviço). Enfim, o atendimento universal não ocorre, diante dessas limitações que negam os princípios legais do SUS.

O Hospital Wilson Rosado, que é privado e têm entrado na disputa pela venda de procedimentos ao SUS, também tem apresentado problemas no atendimento. Segundo edição do jornal O Mossoroense, do dia 13 de dezembro de 2012, "uma cirurgia simples de mandíbula de um senhor de 70 anos no Hospital Wilson Rosado, custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi suspensa por falta de material". De acordo com a reportagem, o usuário estava aguardando pelo procedimento cirúrgico fazia 30 dias.

Outro acontecimento em relação à referida unidade hospitalar foi exposto na Coluna Herzog, *blog* do jornalista Carlos Santos. Segundo informou o *blog*, no

⁷¹ Segundo informações colhidas no CMS os estabelecimentos já credenciados podem solicitar a inclusão de outros procedimentos sem a necessidade de licitação. O Edital de licitação é utilizado no primeiro credenciamento e no processo de renovação.

período das eleições municipais de 2012 o juiz eleitoral de Mossoró “flagrou procedimento abusivo da direção do hospital impondo constrangimento a seus empregados”. Estes “eram obrigados ao uso de camisas em tom ‘laranja’ [...] um dos símbolos da candidata ao cargo de prefeita pelo sistema governista”. Afirma ainda a referida reportagem que:

O Hospital Wilson Rosado não pode se queixar do sistema público de saúde nos últimos anos em Mossoró. Enquanto outros hospitais fecharam e quem sobrou vive de insolvência, ele se agiganta. Os privilégios são muitos, em face do alinhamento político com o esquema da prefeita de direito [...]. Possui 20 leitos de UTI, mas 16 são reservados ao Sistema Único de Saúde. Por uso ou não da totalidade dos 16 leitos, o hospital empalmou R\$ 4 milhões e 430 mil no ano passado. O SUS assegura repasse de R\$ 473,72 por diária-SUS e a Prefeitura de Mossoró ainda dá um enxerto de mais de R\$ 291,22, totalizando R\$ 770,00 (*Blog Carlossantos*, 01/09/2012)⁷²

No Quadro 02, apresentamos os credenciamentos solicitados pelos estabelecimentos conforme as atas do CMS do período de 2005-2010. É possível verificar quais são as (ou melhor, algumas das) Instituições de saúde, que são credenciadas pelo SUS em Mossoró. Estas credenciam procedimentos de média e alta complexidade e, a maior parte se concentra no setor privado.

Quadro 02 – Dados referentes aos credenciamentos de Procedimentos no SUS pelo município de Mossoró – Rio Grande do Norte

ATA/DATA	ESTABELECIMENTO	SETOR	PROCEDIMENTOS
01/08/2005	Hospital Regional Tarcísio Maia	Público	Não há descrição dos procedimentos credenciados.
	Clinica Oitava Rosado	Privado	Não há descrição dos procedimentos credenciados.
	Comunidade de Saúde	Filantropico	Endoscopia
04/01/2006	Hospital Wilson Rosado	Privado	Cirurgias Eletivas
	Hospital Wilson Rosado	Privado	Três leitos de UTI tipo II
09/08/2006	Não discussão de credenciamento nessa ata. Há uma sugestão de discussão de irregularidades na APAMIM na próxima reunião (não esclarece o tipo de irregularidade).		

⁷² Disponível em: <http://blogcarlossantos.com.br/justica-flagra-hospital-com-uso-eleitoreiro/>

28/04/2008	Discussão de descredenciamento de profissional cirurgião – sugestão da Auditoria		
21/07/2008	Hospital Regional T. Maia	Público	Comissão Intrahospitalar de doação e transplante de órgãos.
	Instituto Visão do Futuro	Privado	Chek-ups de Glaucoma
	APAMIM/CSDR	Privado	06 Leitos de UTI Neonatal e Adulto tipo II
17/11/2008	Centro Integrado de Atendimento e Reabilitação (CIAR)	Privado	Não compareceu representante
	Hospital Geral de Oftalmologia (HGO)	Privado	Procedimentos de média e alta complexidade
17/02/2009	Centro Integrado de Atendimento e Reabilitação (CIAR)	Privado	Reabilitação Neuropsicomotora
	Hospital Rafael Fernandes	Público	Serviços Laboratoriais e radiológicos
27/04/2009	Clínica de Hemodiálise do Hospital do Rim	Privado	Hemodiálise (não esclarece a quantidade)
	APAMIM/CSDR	Privado	Urgência Cardiológica 24h
23/06/2009	Doctor Clínica	Privado	Atend. médico- oftalmológico, clínico-diagnose-cirúrgica (pendente a quantidade – definição na próxima reunião)
24/08/2009	APAMIM/CSDR	Privado	UTI Neonatal (credenciamento e aumento do teto financeiro).
	Doctor Clínica	Privado	Atend. médico- oftalmológico, clínico-diagnose-cirúrgica (quantidade à combinar – aprovado com ressalvas)
05/10/2009	Centro Integrado de Atendimento e Reabilitação (CIAR)	Privado	Fisioterapia
	Hospital Wilson Rosado	Privado	Alta Complexidade Cardiovascular Alta Complexidade Neurológica
21/12/2009	Hospital Wilson Rosado	Privado	Alta Complexidade em Ortopedia
24/02/2010	APAMIM	Privado	Relatório do DENASUS sobre o atendimento cardiológico (APAMIM solicitou defesa)
08/03/2010	Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró	Privado	Ultrasonografia, mamografia e procedimentos diagnósticos por vídeo. Alta complexidade – obesidade grave Alta complexidade em traumatismo-ortopedia UTI Adulto - 4 leitos e UTI Pediátrica – 3 leitos Neurologia
	Hospital Wilson Rosado	Privado	12 leitos de UTI (demanda judicial Ministério Público Federal)
05/04/2010	Clínica de Otorrinolaringologia de Mossoró	Privado	Transplantes de córnea
26/04/2010	Comunidade de Saúde	Filantrópico	Colonoscopia (valor igual ao pago à Liga Norte-rio-grandense contra o câncer)
24/05/2010	Fundação José Vieira	Privado	Ampliar o número de mamografias de 475 para 800.

Fonte; Atas do Conselho Municipal de Saúde de Mossoró. (Quadro elaborado pela autora)

Algumas atas não são claras quanto aos serviços a serem prestados, nem a quantidade. Todas as solicitações são aprovadas, em função da necessidade dos serviços, e encaminhadas às comissões a que já nos referimos anteriormente. Os fatos que nos chamaram atenção no conjunto das atas são:

1. A necessidade de identificar que o estabelecimento presta serviço ao SUS. Algo que tem sido negado pelos prestadores privados, que requerem o credenciamento, mas não querem ser identificados como prestadores do SUS. Aquele que é público já tem sua identidade e todos o conhecem. Mas, os estabelecimentos privados negam esse detalhe e as pessoas só sabem que este é serviço do SUS quando precisam utilizá-lo. No entanto, como não há identificação, as pessoas ficam inclusive confusas, não entendem que possuem os mesmos direitos daqueles que possuem planos, seguros e outros convênios, sentindo-se inclusive “diferentes”. Na verdade, isso ocorre porque o atendimento é realmente diferenciado.
2. Que os estabelecimentos estatais, quando demandam recursos do município, também passam por credenciamento dos procedimentos da mesma forma que os estabelecimentos privados.
3. Por outro lado, há algumas coisas que não ficam claras nas atas. Não há descrição do ponto de pauta que está sendo tratado; as polêmicas quase não aparecem e as discussões aparecem como “consensos”, aliás, o debate não aparece somente a conclusão: “após a discussão foi decidido isso”. Entretanto, nós sabemos que as polêmicas existem, mas elas não são totalmente expostas nesses documentos. Uma prática que silencia as críticas e os questionamentos, contribuindo com a manutenção do *status quo* e reflete também o processo de autonomia do CMS, se este não se constitui entidade autônoma, isso vai se refletir na dificuldade de transparência dos documentos oficiais, como é caso das atas.

4. Percebemos que alguns conselheiros procuram privilegiar o atendimento nos serviços públicos, embora outros discordem, argumentando falta de condições, de estrutura etc.

Como trabalhamos com o método dialético, não podemos nos esquecer de olhar para além das aparências, na busca da essência. É extremamente difícil identificar a essência das coisas e podemos incorrer em vários erros, falsas interpretações. Por isso temos que ser criteriosas no processo de análise. Então, compreendemos que a análise de algumas atas não vai nos levar à essência, embora nos dêem pistas microscópicas, como, por exemplo, essa compreensão acerca da compra e venda de procedimentos, do limite nos atendimentos por hospitais que são privados, do debate e negação do que é essencial para a população.

O que nós temos certeza é que a composição do CMS não se constitui um todo homogêneo, mas se forma de grupos com posicionamentos contraditórios. Alguns pequenos detalhes nas atas, como questionamentos acerca da exibição da identificação “SUS” nos estabelecimentos privados, embora nenhum membro do conselho pareça contrário, existe omissão e negligência por parte dos gestores, pois durante a coleta de dados e busca de documentos, tivemos a oportunidade de visitar vários desses estabelecimentos e observamos que a identificação “SUS” não é exposta na maioria das instituições que são credenciadas.

Em algumas atas identificamos reflexões resumidas de conselheiros sobre a necessidade de implantação de determinados procedimentos, que são realizados no setor privado, nos estabelecimentos públicos. As respostas dos gestores são sempre as mesmas: que o setor público não possui condições para realizar este ou aquele procedimento.

Os grupos no poder se organizam e se aliam com outras instâncias, como se pode comprovar em depoimento aqui apresentado, no item anterior, acerca da aprovação do projeto da APAMIM para renovação do seu credenciamento com o SUS. Nele, a depoente afirma que “o então Secretário de Estado da Saúde – na época – não permitiu que nenhum conselheiro de Mossoró fizesse uso da palavra, mesmo com muito persistência”. Enfim, o que ocorreu é que o Projeto da APAMIM

foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), desrespeitando uma decisão tomada no CMS.

Conforme já analisamos, a mídia é controlada por determinados grupos. Assim sendo, também, ocorrem alianças nos processos de controle por parte de diferentes proprietários de jornais, emissoras de rádio, canais de televisão locais etc. Então, entre alianças e conflitos de interesse, abrem-se espaços para o clientelismo, o patrimonialismo, os lobbies, a corrupção e também denúncias, queixas, defesa de um grupo ou de outro. E, nesses espaços, é que mais se verifica as disputas pelo fundo público.

Parte dos movimentos sociais, sindicatos e associações fazem oposição e tratam de denunciar os grupos que detém o poder na mídia, quando esta é acessível ou criam seus próprios veículos de denúncia, como *blogs*, boletins, entretanto, há outra parte do movimento social que se encontra amorfa, ou assume posições contraditórias.

O SINDSAÚDE, no RN, por exemplo, teve sua última diretoria dividida em dois grupos. O que detinha a maioria na Sede, em Natal, manifestava-se contra as privatizações, mas, nos últimos tempos, tinha se tornado uma entidade burocrática. Inclusive, em um jornal do sindicato, verificamos que o mesmo estava firmando convênio com a UNIMED, através de uma parceria com a Associação dos Servidores do Instituto Previdência do Estado do Rio Grande do Norte (ASIPERN), e com dois planos de saúde: AMIL e MEDMAIS; além de parceria com duas universidades privadas, para garantir desconto aos seus associados (SINDSAÚDE, junho/2012). A direção sindical - regional de Mossoró - expressando posição contrária à diretoria estadual passou a fazer oposição, e na última eleição conseguiu reverter o quadro político na direção estadual.

Consideramos importante ressaltar esta particularidade do SINDSAÚDE/RN por compreender que os espaços de constituição dos movimentos sociais são o *locus* privilegiado de formação de sujeitos coletivos. E são estes sujeitos que dão impulso as lutas na defesa dos direitos sociais construídos historicamente pela classe trabalhadora. Por isso, é fundamental afirmarmos a inserção desses sindicatos Sindsaúde/regional de Mossoró e SINDPREVS na Frente Mossoroense

contra a Privatização da Saúde (criada no dia 22 de maio de 2012) vinculada ao Fórum do RN e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Estas formas de resistência se constituem em forças no embate contra as ofensivas privatizantes no país. País como afirmamos anteriormente dominado por oligarquias, que decidem o destino do fundo público, e este não tem sido o das políticas sociais.

O RN é considerado um dos estados mais atrasados politicamente, o campeão nacional em compra de votos. Os *blogs* locais divulgaram as informações contidas em uma pesquisa realizada pelo jornal *Valor Econômico*, em outubro de 2012, na qual consta o depoimento do cientista político e professor da UFRN, José Antônio Spinelli. Este afirma que há no RN uma prática clientelista generalizada, com cooptação de lideranças e abuso no uso da máquina administrativa. Citando Mossoró, como exemplo, declara que em época de eleição há um uso massivo das finanças, da compra de votos, que ocorre na véspera da eleição. Os grupos passam a noite inteira, entrando pela madrugada nessa atividade ilegal, que é denunciada, mas não se vê ações flagrantes e punitivas.

Consideramos importante fazer essas reflexões finais para referendar que a luta contra a privatização da saúde no Brasil é uma luta que deve ser incorporada por todos os trabalhadores e trabalhadoras do país, e em Mossoró, em particular. Numa sociedade em que a cultura do clientelismo, do favoritismo político, do mando e subserviência permanece arraigada, principalmente nas regiões mais pobres do país, é preciso fortalecer os espaços de formação dos sujeitos coletivos, que possam romper com a trajetória do atraso. A Frente contra a privatização da saúde representa, no momento atual, a principal forma de resistência contra o desmonte da saúde e em defesa do SUS, como um sistema universal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese de doutorado, partimos da afirmação de que as relações entre o público e o privado na saúde dificultam a concretização da universalidade no SUS e tomamos como campo empírico a análise do sistema na cidade de Mossoró/RN. Entretanto, não tivemos a pretensão de esgotar a temática em discussão, mas de nos aproximar de algumas questões que merecem ser enfrentadas concretamente pela sociedade brasileira.

O estudo nos permitiu realizar um movimento de análise da realidade que traz à tona contradições que perpassam a formação do Estado brasileiro, cuja gênese está na sua apropriação privada por oligarquias patrimonialistas, que engendraram suas formas de dominação. Dentro deste contexto, a cultura do clientelismo, da dependência, da subserviência, dentre outras formas de subordinação cumprem um papel na manutenção dessa ordem político-econômica. Essa estrutura de poder é reforçada com o controle do fundo público, que serve como fonte de recursos na expansão do capital privado. Em face desta cultura patrimonial, aquilo que é direito, conquista que envolve a luta de classes, aparece como concessão.

Retomando a história da saúde no Brasil, identificamos ao longo da sua trajetória a crescente intensificação do interesse privado, do empresariamento dos serviços médicos e expansão do complexo industrial, tornando o acesso a saúde cada vez mais desigual. A luta pela reforma sanitária tem o sentido de reverter essa condição e tornar o sistema único, integral, universal e democrático.

O SUS foi concebido desde a década de 1980 como uma política pública de Estado de caráter universal, igualitário, integral, participativo. Institucionalizou-se numa conjuntura contraditória e apesar da saúde ser reconhecida na Constituição Federal como um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, a situação real, concreta, em que o sistema se encontra, nega esse direito. Portanto, existe uma tensão constante entre o SUS legal e o SUS real, pois a tendência predominante é de privatização, focalização e mercantilização da saúde.

Como mercadoria a saúde perde a sua característica fundamental, que é de ser um direito, para se tornar objeto de consumo. Assim, ao invés de se expandir uma cobertura pública, acessível a todos se multiplicam as empresas prestadoras de serviços, seguradoras, planos privados, erguem-se clínicas, laboratórios, indústrias de saúde. Portanto, convive-se hoje com essa contradição: a saúde é reconhecida como um direito, mas na medida em que este é negado, há um alargamento do setor privado no país.

O SUS é, portanto, funcional a este setor privado crescente, na medida em que compra um grande volume de serviços de alto custo, e utiliza uma ampla estrutura e tecnologia que são capitalizadas por empresários da saúde, que comandam a ascensão dos preços desses serviços.

Desde meados dos anos de 1990, com a Reforma do Estado, Plano Bresser, novos mecanismos de privatização têm sido disseminados, como as Organizações Sociais, as OSCIPS, as Fundações Estatais de Direito Privado, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Modalidades que aprofundam o processo de privatização dos serviços, que se constituem formas perversas de precarização do trabalho, de redução de recursos para o setor público e canalização do fundo público para as entidades privadas.

Na era do capital financeiro, portador de juros, rentista, nos termos de Chesnais (1996), o dinheiro que se reproduz na forma de dividendos, títulos, valores fetichizados, têm como único fim a acumulação do capital através de rendimentos. O mercado financeiro é privilegiado com as facilidades referentes à liquidez, se concentrando em polos de centralização por capitalização, como fundos de pensão, seguros, aposentadoria privada, o capital invade todos os espaços que são lucrativos e fragmenta as organizações da classe trabalhadora, reduz os direitos conquistados e faz da seguridade, no mundo inteiro, mecanismo de extração de lucros. O mercado dita às regras de funcionamento da economia e nesse ramo se destacam as seguradoras e administradoras de planos privados de saúde.

De acordo com o Relatório Saúde nas Américas 2012 (OPAS, 2012, p.14), os sistemas de saúde nessa região têm se caracterizado pela segmentação, fragmentação, diversidade no financiamento, o que significa existência de um mix de público e privado. Essa situação aumenta a iniquidade no acesso e reduz a

eficiência na atenção e gestão dos serviços. Conforme este relatório, no Brasil persiste os indicadores de desigualdade sociais, raciais e regionais no acesso a saúde.

Na nossa concepção a saúde não tem preço, portanto, não tem valor de troca e não pode ser negociada como mercadoria. É um direito fundamental que todo ser humano deve possuir que está vinculado ao direito de viver, de respirar, de sentir-se livre. Por isso, defender o SUS contra a privatização é defender a vida, a igualdade com equidade, a liberdade, a democracia, a solidariedade, dentre outros valores ético-políticos.

No estudo sobre a realidade da saúde em Mossoró/RN esta situação de segmentação entre o público e o privado é visível. Através do estudo documental, tendo como fonte os Indicadores do IBGE, CNES, Ministério da Saúde e Relatórios de Gestão da união, do estado do RN e do município, foi possível verificar que a predominância dos estabelecimentos privados de saúde no país e em Mossoró, se concentram nos atendimentos de média, alta complexidade e rede de apoio e diagnose.

Nas últimas décadas, torna-se perceptível a existência de uma crise que atinge os hospitais filantrópicos, levando alguns à falência. Essa situação abre espaços para uma maior concentração de serviços privados com fins lucrativos, cada vez mais especializados e de alto custo.

Por outro lado, verifica-se uma crescente ampliação do investimento de recursos dos estados e municípios no SUS, mas há uma redução do investimento da União, gerando um subfinanciamento do sistema público. Apesar da ampliação dos recursos canalizados através dos estados e municípios, não há garantia de ampliação dos serviços necessários ao atendimento da população. Assim, os graves problemas de acesso não têm sido resolvidos, principalmente quando se trata da atenção de média e alta complexidade. Percebe-se que a maior parte dos recursos públicos tem sido canalizada para a compra de serviços ao setor privado, principalmente o lucrativo.

Entendemos que os serviços públicos de saúde têm sido utilizados historicamente como mecanismo de manutenção do poder, como forma de barganha eleitoreira e clientelista dos políticos locais. Então, não há interesse do

Estado de que esses serviços sejam públicos e de qualidade, até porque as forças que capitalizam a saúde em nível local têm inserção na gestão do sistema público, são proprietários ou participam dos negócios lucrativos que envolvem a saúde e, ao mesmo tempo são os políticos que estão em cargos no executivo e legislativo, portanto, detêm o poder de controle dos recursos do SUS, que estão sempre sendo capturados pelo setor privado.

Os dados comprovam que o SUS tem se tornando cada vez mais privado e distante de garantir a universalidade. Fato concretamente perceptível na análise dos gastos realizados, quando se verifica que a maior parte dos recursos públicos é canalizada para a compra de serviços privados. O que tem se “ampliado” no setor público de saúde são os serviços de atenção básica, com a estratégia saúde da família e unidades de pronto atendimento, entretanto, a forma seletiva e precarizada dessa “ampliação” vem consolidando uma “cesta básica”, numa perspectiva de serviços de baixo custo para os mais pobres.

Foi possível verificar que nas duas últimas décadas houve uma ampliação dos seguros, planos privados de saúde, cooperativas médicas, além de um avanço no processo de terceirização dos serviços, particularmente da gestão privada no SUS. Enfim, consideramos que não há como garantir o acesso universal na saúde quando o fundo público é destinado ao crescimento dos serviços privados, principalmente o lucrativo. Em Mossoró, nosso campo empírico de análise, verificamos este fato. Há mais serviços privados do que públicos estatais. Estes são credenciados ao Sistema Único de Saúde.

Nesse processo, identificamos que as forças que se encontram na disputa pelo poder político em Mossoró, também disputam o controle dos serviços de saúde. Esse domínio econômico, político, ideológico e cultural passa pela formação do Estado brasileiro e tem seu caldo cultural no patrimonialismo, no clientelismo que se constituem o seu fundamento e que conduz as formas de apropriação do fundo público pela classe dominante ao longo da história.

São estas relações que impedem a concretização da universalidade. E passam por alguns fatores, os quais elencamos aqui como forma de reforçar a nossa afirmação:

Primeiro, a expansão de serviços públicos de baixo custo, o SUS para pobres, para atender às áreas mais carentes através da Estratégia Saúde da Família. Em Mossoró, pudemos verificar este fato, com a expansão de unidades básicas e de pronto atendimento, que não dão conta da demanda, e a resposta a este fato acaba na demanda a média e alta complexidade.

Segundo, abertura das Unidades de Pronto Atendimento referenda uma assistência que não incorpora as demandas da atenção básica e não consegue dar respostas a situações de maior complexidade. O serviço prestado por uma UPA é imediato, puramente medicalizante, não se resolve a essência dos problemas de saúde. Assim, situações como fraturas, pequenas cirúrgias e outros ficam sem solução.

Terceiro, os contratos e convênios com o setor privado dividem a população que tem acesso via planos de saúde nos mesmos estabelecimentos em que os usuários do SUS são atendidos, porém por entradas diferentes. Ou seja, gera uma divisão que institui a porta dupla. Não se constitui um acesso igualitário, os que usam serviços pela porta privada são melhores atendidos e há mais agilidade. Constatamos esse fato *in loco*, pois realizamos visitas a alguns desses estabelecimentos e observamos as duas entradas, cujos acessos são por portas externas diferenciadas, alguns estabelecimentos colocam uma pequena placa com o nome SUS e uma seta indicativa de direção do local de atendimento, outras não deixam essa informação exposta, mas é possível visualizar e identificar pelo tamanho da fila de espera, a existência das duas portas.

A instituição da porta dupla é um dos maiores ataques à universalidade no SUS, demonstra claramente essa divisão entre os mais e menos privilegiados. A realidade é que esta situação se repete em vários estabelecimentos. Esta divisão segmenta a população em os usuários do SUS/ de planos/ de seguros/ e particulares com entradas diferenciadas. Portanto, não se constitui num acesso igualitário, os que usam serviços pela porta privada são melhores atendidos e há mais agilidade, os que utilizam o outro lado da entrada aguardam horas, dias, meses e até anos para conseguir o atendimento.

Desta forma, não há como garantir o acesso universal diante do fato de que os recursos públicos estejam sempre comprometidos com a compra de serviços e

manutenção do funcionamento de serviços privados, principalmente o lucrativo. A busca de vantagens conduz a alianças que se mantêm inclusive pela convivência com o descaso dos profissionais com a saúde pública, o descumprimento do expediente nas unidades, o beneficiamento com plantões ou pagamento de gratificações e adicionais, como é o caso do *plus*.

Por fim, há incentivos públicos ao crescimento do setor privado com isenção de impostos de renda para pessoa física e jurídica, convênios com planos de saúde, entrega da gestão e os recursos públicos à administração de terceiros, como OS, OSCIPS, FEDP, EBSERH.

A EBSERH se constitui uma das ofensivas privatizantes mais destrutivas dos últimos tempos, quebra a autonomia universitária, desmonta um patrimônio histórico público, científico, tecnológico e assistencial, privatizando os Hospitais Universitários (HU), apesar das resistências e do grande embate com as seções sindicais de docentes e funcionários das universidades e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Concordamos com Mekari (2012, p.12), quando afirma que a precariedade do sistema de saúde no Brasil evidencia o domínio do capital privado e a sua influência na máquina pública e que mais da metade dos investimentos na saúde tem visado o setor privado que atende a população em clínicas particulares, através de convênios com o SUS. Além disso, há um grande volume de recursos que tem sido liberado para as entidades de direito privado, consideradas “sem fins lucrativos”, “que atuam no SUS sorvendo recursos”.

Enfim, diante dos avanços da mercantilização da vida, é tarefa nossa afirmar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, apesar do crescente avanço do poder perverso da chamada “máfia da dor” – o chamado complexo médico industrial. Mais do que nunca, portanto, a luta deve ser coletiva e persistente, uma vez que estamos diante de um oponente globalizado e poderoso, porém, apresentando uma rachadura (fratura) – a crise estrutural do capital monopolista financeiro globalizado, o que abre os caminhos da esperança de sua superação.

REFERÊNCIAS

ACIOLI. Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. Campinas/SP: Hucitec,1992.

_____. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva In: **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. V.9, n.18, p.7-24, jan/jun, São Carlos/SP 2006.

ALMEIDA, Patty F. et alli, Sistema de Saúde Brasileiro: dilemas da universalização. In: **Saúde em Debate**, v. 26, n. 61, p. 137-154, maio/agosto, Rio de Janeiro: 2002.

ALVES. Giovanni. Terceirização e acumulação flexível do capital: notas teórico-críticas sobre as mutações orgânicas da produção capitalista. In: **Estudos de Sociologia**. Araraquara, v.16, n. 31, 2011.

ANDREAZZI, M. de Fátima Siliansky e KORNIS, George Edward M. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. In: **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 13 (I), 2003.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. **Teias e Tramas**: as relações público-privadas do setor saúde brasileiros dos anos 90. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

AROUCA, Sérgio. **Vídeo**, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003. Reprodutor de mídia VLC. Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/galeriaaudio.htm>. Acesso em: 10 de jan de 2012.

_____, **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas: UNICAMP, 1975.

BAHIA, Lúgia. Financiar o SUS universal sem tergiversar. In: **Le Monde Diplomatique Brasil**. Ano 5, Nº 51, outubro/2011. p.16/17.

_____. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal: 1988-2008. In: MATTA, Gustavo Corrêa e LIMA Júlio César França. (Orgs). **Debates e Síntese do Seminário Estado, Sociedade e Formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

_____, **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. 1999, Tese (Doutorado em Saúde Pública), Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro: ENSP, 1999.

BANDEIRA, Marina. Texto 9: Definição de variáveis e métodos de coleta de dados. (Texto Didático). Laboratório de Pesquisa Instrumental. Departamento de Psicologia, UFSJ. Sd. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/Texto%209-DEFINICAO%20E%20COLETA.pdf>

BAPTISTA. Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde, In: MATTA, Gustavo Corrêa e PONTES. Ana Lúcia de Moura (Orgs.), **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**, Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

BARBOSA, Nelson e SOUZA, J. A. P. A inflexão do governo Lula: política econômica, crescimento e distribuição de renda. In: SADER, Emir e GARCIA, Marco A. (Orgs) **Brasil: entre o passado e o futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: Boitempo, 2010.

BARCELAR, Tânia. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. Texto extraído do livro Santos Junior, Orlando Alves dos...[et al.]. (organizadores). **Políticas Públicas e Gestão Local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais**. Rio de Janeiro: FASE, 2003.

BARRETO, Lucas H. D. Terceiro setor: uma análise comparativa das organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público. In: **Jus Navigandi**, 08/2005. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/autor/lucas-hayne-dantas-barreto> Acesso em 02 de Mai. 2012.

BATISTA, J. V. F. **Percepção dos Profissionais do Programa Saúde da Família em Sistema de Informação em Saúde**, Monografia. (Especialização em Saúde da Família), Natal: UFRN, 2003.

BATISTA et all. J. V. F. **O que temos e o que queremos na auditoria do SUS em Mossoró**, Relatório de Pesquisa. CESED/FACISA, Mossoró, 2007.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. Fundação Estatal não fortalece o SUS. In: **Folha de São Paulo**, Caderno Opinião: Tendências de Debates, Edição de 27/08/2007. p. A3.

_____. Governo Lula agravou privatização do SUS. **Terramagazine**. 23 de agosto de 2010. Disponível em: <http://terramagazine.terra.com.br/interna/0.OI4637164-EI6578,00-Governo+Lula+agravou+privatizacao+do+SUS+avalia+Conselho.html>. Acesso 01 abr 2012.

_____. O SUS e sua última chance, in: **Folha de São Paulo**, Caderno Opinião: Tendências de Debates, Edição de 23/03/2011. p. A3.

_____. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J.S.B. **Cadernos de Saúde**: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: ADUFRJ, setembro de 2011.

BEAUD. Michel. **Arte da tese**: como preparar e redigir uma tese de doutorado, mestrado, monografia ou qualquer outro trabalho universitário. 5ª edição, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BEHRING. Elaine R. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, Ivanete et alli (Orgs). **Capitalismo em Crise**: política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: In: BOSCHETTI, Ivanete et alli (Orgs). **Política Social no Capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez: Capes, 2008.

_____. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos, São Paulo: Cortez, 2008.

BELL, Judith. **Como realizar um projecto investigativo**. Gradativa Publicações, Lisboa, Portugal, 4ª edição, 2008.

BERLINGUER, Giovanni *et alli*. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec. 1988.

BOSCHETTI, Ivanete. Condição não salarial e seguridade social no Brasil: fatores de inclusão e exclusão social. In: **Ser Social**. n. 3, Brasília: UNB, 1998.

_____. Implicações da reforma da previdência social na seguridade social. In: **Revista Psicologia e Sociedade**, São Paulo: ABRAPSO, v. 15, 2003.

_____. **Seguridade Social**: a armadilha dos conceitos. Material didático da disciplina Seguridade Social, SER/UNB, 2002.

_____. Seguridade Social na América Latina após o dilúvio neoliberal. In: **Relatório Anual do Observatório da cidadania 2007**: Dignidade e direitos – Seguridade Social como direito universal. IBASE, 11 de dez de 2007a (www.ibase.com.br).

_____. O futuro das políticas sociais no governo Lula. In: **Revista Katalysis**, v.10; UFSC: Florianópolis, jan/jun. 2007b.

BOSCHETTI, Ivanete, BEHRING, Elaine. Seguridade Social no Brasil e Perspectivas do governo Lula. In: **Universidade e Sociedade**, DF, ano XIII, n. 30, julho de 2003.

BOSCO FILHO, João e LIMA, Carlos Bezerra. **Avançando em direção ao passado**: a luta pela construção/consolidação do SUS em Mossoró/RN. Mossoró : FAEN, Edições UERN, 2003.

BRADLEY. Sandra M. Correia. **Açúcar e Poder**: uma análise da evolução política de Vicência, um município da microrregião da Mata Seca pernambucana. Recife, CONDEPE/FIAM/CEHM, 1977.

BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Goes de. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. 2ª ed. HUCITEC, São Paulo: 1986.

BRAGA, J. L. de Souza e SILVA. Pedro L. B. Introdução: A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NECRI, Barjas e DI GIOVANNI, Geraldo. **Brasil**: radiografia da saúde, Campinas/SP: UNICAMP, 2001.

BRASIL. **Lei nº12.550**, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>; Acesso em 06 de jan. de 2012.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, **Sistema Único de Saúde**, Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 44/2004. Brasília:Senado Federal, 2004.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, Senado Federal, 1990.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Senado Federal, 1990.

_____. **Lei 8.666 de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências, Brasília, Senado Federal, 1993.

_____. **Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado**, Brasília, Ministério de Administração Federal e da Reforma do Estado, novembro de 1995.

_____. **Lei 9.656 de 03 de junho 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, Senado Federal, 1998.

_____. **Lei 9.637 de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam a absorção de suas atividades por organizações sociais e dá outras providências. Brasília, Senado Federal, 1998.

_____. **Lei 9.790 de 03 de março de 1999.** Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, Senado Federal, 1999.

_____. **Lei Complementar n º 101 de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, Senado Federal, 2000.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**, Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde, **9ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**, Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde, **11ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**, Brasília, 2001.

_____. **Proposta de Emenda Constitucional nº 196/93**, Altera o inciso IV do artigo 167 e o artigo 198 da Constituição Federal e prevê recursos orçamentários a nível da União, Estados e Municípios para a manutenção do Sistema Único de Saúde com o financiamento das redes públicas, filantrópicas e conveniadas (AUTORES : WALDIR PIRES , EDUARDO JORGE E OUTROS).

_____. **Emenda Constitucional n 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167, e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo do Ato da Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

_____. **Emenda Constitucional n 19**, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.

_____. **Projeto Lei Complementar n 92** de 13 de julho de 2007. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público.

_____. **Decreto Lei n. 200** de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.

_____. **Programa de Aceleração do Crescimento – PAC: 2007 – 2010**. Governo Federal, 22 de janeiro de 2007.

_____. **Medida Provisória 520**, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e dá outras providências.

_____. **Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

_____, MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, **Organizações Sociais**, Secretaria da Reforma do Estado: MARE, 1997 (Cadernos do MARE da Reforma do Estado, v. 2).

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete. et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional**, São Paulo:OPAS: MS, 2006.

_____. Entrevista In: **Cadernos Especiais** nº 6, edição 17 a 21 de janeiro de 2005, disponível em: <http://www.assistentesocial.com.br/> , Acesso em 16/01/2011.

BRÁZ. Marcelo. O valor estratégico da seguridade social pública na realidade brasileira atual. In: **Universidade e Sociedade**. Distrito Federal, Ano XIII, Nº 30, junho de 2003.

CÂMARA, James Hollyfyld Carvalho, Crescimento econômico, urbanização e impactos socioambientais: o caso do município de Mossoró-RN, In: **II Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica**, João Pessoa – PB, 2007.

CASCUDO, Luís da Câmara, **Notas e documentos para a história de Mossoró**, Acervo Virtual Oswaldo Lamartine de Faria, Banco do Nordeste: Fundação Vingt-un Rosado, disponível em: <http://www.colecaomossoroense.org.br/>. Mossoró, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. O público, o estatal e o particular nas políticas públicas de saúde, In: HEIMANN. Luiza et al. **O público e o privado na saúde**. Hucitec: São Paulo 2005.

_____. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde, São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. **Repensando a saúde**. Hucitec. São Paulo, 1992.

CARVALHO, Gilson. Entre a desinformação e a má-fé. In: **Radis**, nº 61, set. 2007, p.32.

_____. Fundação Estatal é legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde. Disp. em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacaoestatal/artigos/080703_PFE_Art_legitSaude.pdf Acesso em: 18/01/2012.

CARVALHO, Jose Murilo, mandonismo, clientelismo, coronelismo: uma discussão conceitual, **Dados**, 1997.

CHAMIS, Nívea M. A. e SILVA, Lúcia S. A reforma e a municipalização: discursos. In: **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, V. 22, N. 1, jan.jun, 2008.

CHESNAIS. François. **A mundialização do capital**, São Paulo, Xamã, 1996,

CHAUÍ, Marilena. Cultura e Democracia. In: **Crítica y emancipación**: Revista latinoamericana de Ciências Sociales, Año I, Nº 1, Buenos Aires: CLACSO, 2008. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/CyE/cye3S2a.pdf>, Acessado em: 01/09/2010.

_____. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática. 2000

_____. Público, Privado, Despotismo. In: NOVAES. Adauto (Org.). **Ética**, São Paulo, Companhia da Letras: Secretaria Municipal de Cultura, 1992.

COHN, Amélia. O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nísia Trindade et all. **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. O Ministério da Saúde não apoia mais Fundações Estatais: movimentos sociais conquistam mais uma vitória. 10/07/2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/noticiasres.php?id=271>. Acesso em 12/02/2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Jornal do CNS**, Edição especial; modalidades de gestão, ano 3, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. **Cadernos de Saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: ADUFRJ, setembro de 2011.

_____. Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais. Sd; Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/692218689/> (acesso em 10/04/2012)

_____. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: **Revista Temporalis**. São Luis: ABEPSS, Ano VII, n. 13, janeiro a junho de 2007.

COSTA. Frederico Lustosa da, Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. In: **Revista de Administração Pública**. Nº 42 (5), Fundação Getulio Vargas, EBAPE, Rio de Janeiro, 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O Estruturalismo e a Miséria da Razão**. Expressão Popular, São Paulo, 2010.

_____. **Cultura e Sociedade no Brasil**: ensaios sobre idéias e formas, DP&A: Rio de Janeiro, 2000.

COUTO, Edna Maria Jucá. **Redefinições Espaciais do Comércio de Mossoró – RN**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Geografia). UECE, Fortaleza, 2011.

CREMESP, **25 de abril: dia nacional de advertência aos planos de saúde**. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/grafico2advertencia.pdf>. (acesso 22/10/2012).

CUNHA. Antônio Geraldo. **Dicionário etmológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital, 2007.

DIAS, Edmundo. **Política Brasileira**: embate de projetos hegemônicos. São Paulo, Editora Instituto José Luiz e Rosa Sundermann, 2006.

DIEESE, DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS ECONÔMICOS. Terceirização e negociação coletiva: velhos e novos desafios para o movimento sindical brasileiro, In: **Nota Técnica nº 112**, São Paulo, julho de 2012.

DI PIETRO. Maria. Sylvia. Zanella. **Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2002.

DOMINGUEZ, Bruno, Por dentro dos sistemas universais, Saúde sem fronteiras, In: **Radis**, nº 99, ENSP: FIOCRUZ, dez. 2010.

_____. A reforma de Obama. In: **Radis**, nº 93, ENSP: FIOCRUZ, maio. 2010.

DONNANGELO, M. Cecília. e PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRUCK, Graça e FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. In: **Revista Katálisis**, v. 10, Florianópolis: UFSC, jan/jun 2007.

SCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional, In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro, Cortez: Abrasco, 1989.

_____. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª reimpressão, Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2008.

FARIAS, Francisco P. Clientelismo e Democracia Capitalista: elementos para uma abordagem alternativa. In: **Revista de Sociologia e política**, n. 15, Curitiba, Nov. 2000.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder**, v. 1 e 2. 10ª edição, São Paulo: Globo, 2000.

FAVERET FILHO P. e OLIVEIRA P.J. **A universalização excludente**: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro: UFRJ, 1989.

FELIPE, José Lacerda Alves. **Rio Grande do Norte**: uma leitura geográfica, Natal: EDUFRN, 2010.

_____. Festa e Poder Político, In: **Espaço e Cultura**, Rio de Janeiro: UFRJ, N. 23, p. 43-52, janeiro/junho, 2008.

_____. **A (Re)invenção do Lugar**: os Rosados e o “país de Mossoró”, João Pessoa: Grafset, 2001.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 3ª edição, Biblioteca de C. Econômicas, Rio de Janeiro, ZAHAR, 1981.

_____. Entrevista: Florestan Fernandes. In: **Universidade e Sociedade**, Ano V, nº 9, Outubro de 1995, p.50/54.

FERRAREZI, Elizabete, **OSCIP**: Organização da sociedade civil de interesse público: a lei 9.790/99 como alternativa para o terceiro setor. 2º Edição – Brasília: Comunidade Solidária, 2001.

FLORENZANO, M. B. B. Polis e Oikos: o público e o privado na Grécia antiga, 2001. Disponível em: http://labeca.mae.usp.br/sites/default/files/uploads/shared/pdf/florenzano_polis_e_oikos.pdf Acesso em 10 de jan. de 2011.

FREIRE, Paulo Sérgio. Per capita: o PIB de Mossoró ultrapassa os dez mil. Mossoró, **Jornal de Fato**. Edição de: 17/12/2009, Disponível em: www.defato.com (Acesso em 10 de dezembro de 2010).

FREITAS, Rosana de C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. In: **Revista Katalysis**, v.10, n.1, Florianópolis, jan/jun 2007.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. “**Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil**” Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs), disponível em: www.contraprivatizacao.com.br. (Acesso em 24/10/2010).

_____. **Manifesto em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino pública-estatal, vinculadas às universidades, sob a administração direta do estado**: contra a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares nos hospitais universitários (hus) do Brasil. Disponível em: www.contraprivatizacao.com.br. (Acesso em 20 de março de 2012).

_____. **Vídeo de abertura do III Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. Reprodutor de Mídia VLC. Maceió, 2012.

FRIGOTTO, Galdêncio. Prefácio. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado**: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GADELHA Carlos G. e José M. S. V. MALDONADO, Complexo Industrial da Saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª reimpressão, Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2008.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia (org.) **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 91–118.

GARCIA, Juan César. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. Everardo Duarte Nunes (Org.), São Paulo; Cortez, 1989.

GERSCHMAN, Silvia e SANTOS, Maria Angélica B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, jun. 2006.

GIANNOTTI, Vito. **História das lutas dos trabalhadores no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

GRANEMANN, Sara. Entrevista Sara Granemann da ESS/UFRJ sobre EBSEH. Video. APES, Seção Sindical do ANDES – SN. 29/11/2012. Disponível em: <http://adufes.org.br/site/comunicacao/multimidia/sara-granemann-essufrj-fala-sobre-ebserh> (acesso em 22 de janeiro de 2013).

_____. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. (Orgs). **Cadernos de Saúde**: Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: ADUFRJ, setembro de 2011.

_____. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs). **Política de Saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2ª edição revisada e ampliada, Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social**. São Paulo: Cortez, 1995.

HEIMANN, Luiza S. et al, **Descentralização do Sistema Único de Saúde**: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: SOBRAVIME, 2000.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. 26ª Ed. São Paulo. Companhia das Letras, 1995.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa**. Edição Especial. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, Censo 2010 – cidades, disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo.2010/cidades>

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. **Normas da ABNT**: comentadas para trabalhos científicos, 5ª edição revisada e atualizada, Curitiba. Editora Juruá, 2012.

JAPIASSU, Hilton e MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3ª Ed. Revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

JUNIA, Raquel, **Direito a saúde entre os planos e a universalização do SUS**. AGÊNCIA DE INFORMAÇÃO FREI TITO PARA AMÉRICA LATINA - ADITAL. Disponível em: www.adital.com.br. 2010. (Acesso em 10 de abril de 2011).

JUNQUEIRA, Virgínia. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces da contrarreforma do Estado na Saúde. In: **Revista Temporális**, São Luis: ABEPSS, Ano VII, n. 13, janeiro a junho de 2007.

JUSTO, Cipriano. **Saúde**: uma utilidade sem valor de troca. Introdução ao estudo da análise econômica das tecnologias em saúde. Campo das Letras. Porto. Portugal. 2002.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 2ª edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KUDZIELICZ, Elizabete. **Orçamento da saúde para 2010 é crítico** in: <http://www.observasaude.sp.gov.br/Lists/noticias/DispForm.aspx?ID=294> Criado em 27/11/2009 18:15 por Elisabete Kudzielicz. Acesso em 03 de Jan. de 2011.

LEAL. Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto**: o município e o regime representativo no Brasil. 4ª Ed. São Paulo. Companhia das Letras. 2012.

LESBAUPIN, Ivo. O governo neoliberal de Lula: o desmonte de um sonho. Disponível em: www.iserssessoria.org.br/novo/argsupload/84.DOC. 2004. Acesso em: 20/12/2012.

LINDOSO, José Antônio Spinelli. Eleição para governador em 2010 no RN: o discreto charme da velha oligarquia sertaneja. In: **XV Encontro de Ciências Sociais do Norte e Nordeste**. 04 a 07 de setembro de 2012, UFPI, Teresina-PI.

LOUÇÃ, Francisco. SNS “não é negócio, In: **Diário de Notícias**, 14/12/2011. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2185654. Acesso: 23/01/2013.

_____. A esquerda europeia e a crise da dívida. In: **Carta Maior**, disponível em: http://cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=19087, 29/11/2011, acesso em 17/01/2013.

LUCENA, Maria de Fátima Gomes. **Saúde, Gênero e Violência**: um estudo comparado Brasil e França sobre a saúde da mulher negra. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

_____. **Mulheres da Terra**: um estudo sobre saúde e gênero na área rural de Pernambuco. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Campinas, São Paulo UNICAMP, 2002.

LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 2ª Ed. Graal: Rio de Janeiro, 1979.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de 'transição democrática' – anos 80. In: **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. 1991.

MAGALHÃES. José P. A. Estratégias e modelos de desenvolvimento. In: MAGALHÃES. José P. A. *et. alli*. **Os anos Lula**: contribuições para um balanço crítico. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

MAIA SOBRINHO, Jerônimo D. R. Minha passagem pela PMM, In: ROSADO, Vingt-un (Org.), **Capítulos da história da saúde em Mossoró**. Coleção Mossoroense, Série C, Volume 1181, Mossoró: Fundação Guimarães Duque, novembro de 2001.

MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do sistema público brasileiro. In: CEPAL. **Reformas a los sistemas de salud em América Latina**, Publicación de las Naciones Unidas, series: Finaciamento del desarrollo, nº 82, Santiago do Chile, 1999.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Aquilas. O SUS *versus* as diretrizes da política econômica. In: **Ser Social** V. 11, nº 25, Brasília, jul/dez 2009.

_____. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. In: **Rev. Katálisis**, Florianópolis. V.10, Nº. 1 p. 15-23 jan./jun. 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org) **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999 - (Série núcleos de pesquisa 01).

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

_____. A questão Judaica. In: **Manuscritos Econômicos e Filosóficos**. São Paulo: Martim Claret, 2004.

_____. Contribuição à Crítica da Economia Política (prefácio) In: **Os Pensadores**, São Paulo: Nova Cultural, 1991.

_____. **A questão Judaica**. Editora Moraes: sd.

_____. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política, São Paulo: Boitempo, 2011.

MEDEIROS. Silvana Márcia de Andrade. **Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da reforma sanitária brasileira**. Tese. (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Recife: UFPE. 2008.

MEKARI, Danilo. Privatização: todo poder para o mercado. In: **Revista Caros Amigos**: a primeira à esquerda. Edição Especial: Saúde: interesses privados sufocam o sistema público. Ano XVI. Nº 59. Editora Casa Amarela, São Paulo. Novembro de 2012.

MENDES Áquilas. Financiamento: impasses da saúde pública brasileira. In: **Revista Caros Amigos**: a primeira à esquerda. Edição Especial: Saúde: interesses privados sufocam o sistema público. Ano XVI. Nº 59. Editora Casa Amarela, São Paulo. Novembro de 2012.

MENDES Áquilas e MARQUES Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 14(3), Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

MENDES, Eugênio V. O SUS e a atenção primária de saúde – Entrevista, in: **Revista APS**. V. 8, nº 2, p.218-219, jul/dez, 2005.

_____. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993.

_____. O dilema do SUS. In: **Radis:** Comunicação em saúde, 2004, 25 set. 35.

MENEZES, Suzaneide F. da S. **Reforma administrativa e gestão de políticas sociais em Mossoró:** a falácia dos atores institucionais e sociais. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais. Natal/UFRN. 2009.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital.** Tradução Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. 1ª edição revisada. São Paulo: Boitempo, 2011.

MODESTO, Paulo. Reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil. In: **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, mar/abr/mai 2006. <http://www.direitodoestado.com.br/artigo/paulo-modesto/reforma-do-marco-legal-do-terceiro-setor-no-brasil> Acesso em 10 de out. de 2012.

MOSSORÓ, **Lei Nº 1.356/99.** Dispõe sobre alteração das Leis Nº 1.042/96 e 1.044/96 relativa ao Conselho Municipal de Saúde, e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Mossoró, 2009.

_____. **Lei Nº 2.561/2009.** Dispõe sobre alteração das Leis Lei Nº 1.356/99 relativas ao Conselho Municipal de Saúde, e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Mossoró, 1999.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2005-2008,** Prefeitura Municipal de Mossoró: Gerência Executiva da Saúde, Mossoró, 2005.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013,** Prefeitura Municipal de Mossoró: Gerência Executiva da Saúde, Mossoró, 2010.

_____. **Relatório de Gestão 2004.** Prefeitura Municipal de Mossoró: Secretaria Municipal da Cidadania, Gerência Executiva da Saúde, Mossoró, 2005.

_____. **Relatório de Gestão 2005.** Prefeitura Municipal de Mossoró: Secretaria Municipal da Cidadania, Gerência Executiva da Saúde, Mossoró, 2006.

_____. **Relatório de Gestão 2006.** Prefeitura Municipal de Mossoró: Secretaria Municipal da Cidadania, Gerência Executiva da Saúde, Mossoró, 2007.

_____. **Relatório de Gestão 2007.** Prefeitura Municipal de Mossoró: Secretaria Municipal da Cidadania, Gerência Executiva da Saúde, Mossoró, 2008.

_____. **Relatório Anual de Gestão Exercício 2008.** Prefeitura Municipal de Mossoró: Secretaria Municipal da Cidadania, Gerência Executiva da Saúde, Mossoró, 2008.

_____. **Relatório Anual de Gestão 2010.** Prefeitura Municipal de Mossoró: Secretaria Municipal da Cidadania, Gerência Executiva da Saúde, Mossoró, 2010.

_____. **VI Conferência Municipal de Saúde:** propostas de todas as pré-conferências de todos os segmentos, Mossoró, 7 a 9 de junho de 2011.

_____. **Relatório Final:** V Conferência Municipal de Saúde, Mossoró, 24 a 25 de julho de 2007.

_____. **Relatório Final:** IV Conferência Municipal de Saúde, Mossoró, 17 a 19 de setembro de 2003.

_____. **Relatório Final:** I Conferência Municipal de Saúde, Mossoró, 12 a 14 de novembro de 1991.

_____. PREFEITURA MUNICIPAL. SECRETARIA MUNICIPAL DA CIDADANIA, GERÊNCIA EXECUTIVA DA SAÚDE. **Atenção Integral: Relatório de Gestão 2009.** Departamento de Atenção Integral, Mossoró, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. A pesquisa e a realidade: o desvendamento da empresacidadã. (Prefácio) In: CESAR. Mônica de Jesus. **Empresa-cidadã:** uma estratégia de hegemonia. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Crise contemporânea e transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NEVES, Ângela Vieira. O pensamento conservador na sociedade brasileira. In: **Serviço Social e Sociedade**, N. 93, ano XXIX, março de 2008.

NISIS, Desafios para a equidade em saúde na região metropolitana de São Paulo, In: HEIMANN, Luiza *et all*. **O público e o privado na saúde**. Hucitec: São Paulo, 2005.

NUNES, Edson. **A gramática política do Brasil**: clientelismo, corporativismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: Garamound, 2010.

NUNES, Everardo. Saúde Coletiva; história e paradigmas. In: **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. UNICAMP, agosto de 1998.

_____. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. In: **Saúde e Sociedade**. v. 3, n. 2, São Paulo, 1994.

_____. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. In: **Saúde e Sociedade**. v. 1, n. 1, São Paulo, 1992.

OLIVA-AUGUSTO, Maria Helena & COSTA, Olavo Viana. Entre o público e o privado – a saúde hoje no Brasil. **Tempo Social**. Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 11(2): 199-217, out. 1999 (editado em fev. 2000).

OLIVEIRA, Francisco de. Hegemonia às Avessas (Entrevista) **O Globo**. 04/02/2007. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/chicooliveira040207.pdf>. Acesso em 10.02.2013.

_____. 1988 O sugimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. In: **Novos Estudos**. CEBRAP, Nº 22, outubro de 1988.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. A constituição de um modelo de atenção universal: uma promessa não cumprida pelo SUS. In: **Textos para Discussão Nº 1376**. Série Seguridade Social, CNPQ: MCT, Rio de Janeiro, 2009.

PAES. José Eduardo S. **Fundações, associações e entidades de interesse público**: aspectos jurídicos e tributários. 2ª edição, Brasília, 2000.

PAIM. Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva, Salvador: UFBA, 2007.

_____. O pensamento do movimento sanitário. In: HEIMANN, Luiza *et al.* **O público e o privado na saúde**. Hucitec: São Paulo 2005.

_____. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sônia (Org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES, São Paulo: CEBES, 1997.

PAIM. Jairnilson Silva e ALMEIDA, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? In: **Revista Saúde Pública**, 32 (4), 299-316, 1998.

PAIM. Jairnilson Silva e TEIXEIRA, Carmem Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (Sup.), Teses da 13ª Conferência Nacional de Saúde, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

PILOTTO, Bernardo. **Os Hospitais Universitários e sua Crise** 31/03/2012. Disponível em: <http://enefar.files.wordpress.com/2008/06/os-hospitais-universitarios-e-sua-crise.pdf> Acesso em 15/05/2012.

PONTE. Carlos Fidélis. Entre a saúde pública e a medicina previdenciária. In: PONTE C. F. e FALLEIROS, Ialê (Orgs.) **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história, Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/FPSJV, 2010.

PRADO Jr. Caio **Teoria marxista do conhecimento e método materialista dialético**. Edição eletrônica Ridendo Castigat Mores, 2001. www.al.sp.gov.br/acervo e www.jahr.org e <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/caio.pdf> .(Acesso em 22/06/2012).

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. A Constituição de um modelo de atenção universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? **Texto para discussão nº 1376**, série Seguridade Social, Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

REVISTA CARTA CAPITAL. Política/Tecnologia tipo exportação. 03/12/2011. Disponível em: www.cartacapital.com.br/politica/tecnologia-tipo-exportacao/ (Acesso em 03/12/2011).

RICHARDSON, Roberto Jarry. *et all*, **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3ª edição (revisada e ampliada), São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO NORTE, MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO, **Ação Cível Pública** nº 464/2005, 1ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE MOSSORÓ - Defesa da Cidadania e Direitos Humanos. Mossoró, 2005.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA, CORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DO SISTEMA DE SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização**. Natal. SESAP, 2005.

ROCHA. Aristotelina P. B. **Expansão Urbana de Mossoró**: período de 1980 a 2004, Coleção Mossoroense, Série C, nº 1469, João Pessoa/PB, 2009.

RODRIGUES NETO. João. **A expectativa do Petróleo: aspectos históricos do Rio Grande do Norte**. Tese (Doutorado em Economia) Instituto de Economia/UNICAMP: Campinas/SP, 2007.

SADER. Emir. Brasil, de Getúlio a Lula. In: SADER, Emir e GARCIA, Marco A. **Brasil**: entre o passado e o futuro. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: Boitempo, 2010.

SALES. Teresa. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, nº 25, 1994. Texto disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_25/rbcs25_02.htm. (Acesso em 20/12/2012).

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

SANTOS, Isabela Soares dos. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada, Tese. (Doutorado em Saúde Pública) ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Isabela Soares dos. *et all.* O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5), Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p.1431-1440.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A reforma do Estado “SUS” e a proposta de Fundações Públicas Estatais. In: **Saúde em Debate**, vol. 30, Nº 72, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, Lenir. 2007. http://www.idisa.org.br/site/documento_2676_0_17-12-2007-artigo-sobre-fundacao-estatal-de-lenir-santos.html (Acesso em 20/03/2011).

_____. Administração pública e gestão da saúde, in: SANTOS. Nelson R. AMARANTE, Paulo, Gestão pública e relação público-privado na saúde, **Coleção Pensar em Saúde**, Cebes, 2011.

SCHWARTZMAN, Simon. **Nota sobre o patrimonialismo e a dimensão pública na formação da América Latina contemporânea**, (12/10/2006). Disponível in: http://www.schwartzman.org.br/sitesimon/?page_id=546&lang=pt-br, (acesso: 02/03/2011).

SILVA, Melquisedec Moreira da, A produção de frutas irrigadas no RN: a persistência da desigualdade na subzona de Mossoró. In: GOMES. Aldenor (org.) **Da mobilização às mudanças sociais**: dinâmica das novas ruralidades do Nordeste brasileiro. São Paulo: Pólis; Campinas: CERES, 2006.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. **Previdência Social no Brasil**: (des)estruturação do trabalho e condições para a sua universalização. São Paulo: Cortês, 2012.

SINGER. André. Raízes sociais e ideológicas do lulismo. In: **Novos Estudos**, CEBRAP, Nº 85, 26/11/2009.

SOARES, Raquel C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social), Programa de Pós-graduação em Serviço Social/UFPE, Recife, 2010.

_____. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o serviço social. In: BRAVO, M. Inês de S. e MENEZES, Juliana S. B. (Orgs) **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**, São Paulo: Cortez, 2012.

SORIANO, Raul Rojas. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004.

SOUSA, Aione Maria da Costa. *et all*. Perspectivas ético-políticas dos movimentos sociais no cenário contemporâneo. In: QUEIROZ, Fernanda M. *et all* (Orgs). **Serviço Social na contra corrente: lutas, direitos e políticas sociais**. Mossoró, Edições UERN. 2010.

SOUSA, Aione. **Ações Educativas nos Serviços de Saúde**: condições de desenvolvimento do programa nas unidades de saúde de Mossoró. Monografia (Curso de Especialização em Serviço Social), UERN: Mossoró, 1991.

SOUZA, Francisco Fausto de. História de Mossoró. Acervo Virtual Oswaldo Lamartine de Faria, Banco do Nordeste: Fundação Vinght-um Rosado: Governo Federal, disponível em: www.colecaomossoroense.org.br. Mossoró, 2010.

SOUZA, Renilson Rehem de, O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: **Seminário Internacional: tendências e desafios dos sistemas de saúde nas américas**. São Paulo/Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

SPECK, Bruno e FERREIRA Valeriano Mendes, **Sistemas de Integridade nos Estados Brasileiros**, ETHOS:UNICAMP, Campinas, setembro de 2011.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923. Voto do Ministro Ayres Britto. Relator. Distrito Federal, 2011.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi e OLIVEIRA, Vanessa Elias de Oliveira, Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS, In: **Saúde e Sociedade**, vol. 16, Nº 1, São Paulo, Jan/Abril, 2007.

TELES, Vera. Cultura da dádiva: avesso da cidadania. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, nº 25, 1994. Texto disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_25/rbcs25_05. (Acesso em 20/12/2012).

TOMACHESKI, João Alberto. **Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública:** burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil (1963 - 2004), Tese (Doutorado em Sociologia), Instituto de Ciências Sociais/UNB, Brasília. 2007.

TONET. Ivo. **Modernidade, pós-modernidade e razão.** Maceió, 2006. Disponível em: <http://www.ivotonet.xpg.com.br/>. (Acesso em 02 de Out. de 2010).

_____. **Democracia ou Liberdade?** Maceió, Edufal, 1997.

TORRES. Julierme. O político: trajetória política vitoriosa iniciada na década de 1940. In. REBOUÇAS. José de Paiva. *et all.* **100 anos de Dix-huit Rosado.** Mossoró, Santos Editora, 2012.

TRIVIÑOS. Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: ATLAS, 1987.

VASCONCELOS. Iana. **Políticas Sociais Públicas e Cidadania: analisando o combate a desnutrição.** Fundação Vingt-un Rosado: Mossoró, 2000.

VALENTE, Rodrigo. **Medida Provisória 520** ameaça o caráter público dos Hus, Disponível em: <http://www.adunifesp.org.br/artigo/medida-provisoria-520-ameaca-carater-publico-dos-hus>, postado em 27/04/2011.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estrutura do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao complexo médico-financeiro. In: **Physis:** revista de saúde coletiva. 12 (2), Rio de Janeiro, 2002.

VIEIRA, Wilson. O universalismo dos direitos: uma introdução ao debate. Grupo Temático GT3: Economia e política no capitalismo. **Anais do V Colóquio Internacional Marx e Engels - CEMARX**, UNICAMP, Campinas – SP, 2007, In: http://www.unicamp.br/cemarx/anais_v_coloquio_arquivos/arquivos/comunicacoes/qt2/sessao1/Wilson_Vieira.pdf. (Acesso 01 de Nov. de 2010).

VIOLIN, Tarso Cabral. Estado, ordem social e privatização: as terceirizações ilícitas da administração pública por meio das organizações sociais, oscips e demais entidades do terceiro setor. In: **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Nº

12, dez.jan.fev. Salvador, 2008. Disp. em:
<http://www.direitodoestado.com.br/rere.asp>. (Acesso 02 de Mai. de 2012).

ANEXOS

ANEXO I

Notícias

Buscar Notícias

Login

Notícias

Legislação

Jurisprudência

Diários Oficiais

Advogados

Serviços

Tópicos

Notícias Jurídicas

Política e Gestão Pública



Extrado de: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte - 27 de Junho de 2012

OPERAÇÃO ASSEPSIA investiga organizações sociais no município de Natal

Compartilhe

O Ministério Público do Rio Grande do Norte, por meio da Promotoria de Defesa do Patrimônio Público da Comarca de Natal e do Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (GAECO), deflagrou na manhã desta quarta-feira, dia 27/06/2012, com o apoio da Polícia Militar do Estado, a OPERAÇÃO ASSEPSIA, que investiga a contratação de supostas organizações sociais pelo Município de Natal, com atuação na área da saúde pública.

Estão sendo cumpridos mandados de busca e apreensão e de prisões preventivas e temporárias, expedidos pelo Juiz de Direito da 7ª Vara Criminal de Natal. As buscas e as prisões vem sendo realizadas em Natal e no Rio de Janeiro.

Em Natal, estão sendo realizadas buscas e apreensões nas residências do ex-Secretário Municipal de Saúde, THIAGO BARBOSA TRINDADE, do Procurador do Município de Natal ALEXANDRE MAGNO ALVES DE SOUZA, do Secretário de Planejamento do Município ANTÔNIO CARLOS SOARES LUNA, do Coordenador Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde FRANCISCO DE ASSIS ROCHA VIANA, do ex- Coordenador Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde CARLOS FERNANDO PIMENTEL BACELAR VIANA, na filial da ASSOCIAÇÃO MARCA, na sala da Coordenadoria Administrativa e Financeira da Secretaria Municipal de Saúde, na sede da SMS, e no Gabinete do Secretário Municipal de Planejamento, na sede da SEMPLA.

Ainda em Natal, o Poder Judiciário expediu mandado de prisão preventiva em desfavor do Procurador Municipal ALEXANDRE MAGNO ALVES DE SOUZA e mandados de prisões temporárias de THIAGO BARBOSA TRINDADE, ANTÔNIO CARLOS SOARES LUNA, FRANCISCO DE ASSIS ROCHA VIANA e de CARLOS FERNANDO PIMENTEL BACELAR VIANA.

No Rio de Janeiro, a Polícia cumpre mandados de busca e apreensão nas residências de TUFI SOARES MERES, de GUSTAVO DE CARVALHO MERES, do casal ROSIMAR GOMES BRAVO E OLIVEIRA e ANTÔNIO CARLOS DE OLIVEIRA JÚNIOR, conhecido como MANINHO, e em três salas de um edifício empresarial situada na Barra da Tijuca, onde funcionam empresas ligadas a TUFI SOARES MERES.

Também no Rio de Janeiro, a Polícia busca cumprir mandados de prisão preventiva de TUFI SOARES MERES e ROSIMAR GOMES BRAVO E OLIVEIRA e de prisão temporária de ANTÔNIO CARLOS DE OLIVEIRA JÚNIOR.

Além dessas medidas, o Poder Judiciário aplicou a medida de afastamento do cargo da Secretária Municipal de Saúde, MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO LIMA NOGUEIRA, do Secretário de Planejamento do Município, ANTÔNIO CARLOS SOARES LUNA, do Coordenador Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde, FRANCISCO DE ASSIS ROCHA VIANA e do assessor jurídico da SMS, THOBAS BRUNO GURGEL TAVARES.

O Juízo da 7ª Vara Criminal ainda determinou a proibição de acesso e de frequência às dependências da Secretaria de Saúde de Natal por parte dos investigados MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO LIMA NOGUEIRA, THOBAS BRUNO GURGEL TAVARES, ANTÔNIO CARLOS SOARES LUNA e FRANCISCO DE ASSIS ROCHA VIANA, igualmente proibindo o investigado ANTÔNIO CARLOS SOARES LUNA de ter acesso e frequência à Secretaria de Planejamento de Natal.

São investigadas as contratações do INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE IPAS, entidade que primeiro administrou a UPA do bairro de Pajuçara, do INSTITUTO DE TECNOLOGIA, CAPACITAÇÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL -ITCI, contratado para gerir o Projeto Natal contra a Dengue, e também da ASSOCIAÇÃO MARCA PARA PROMOÇÃO DE SERVIÇOS, atualmente responsável pelos contratos de gestão da UPA Pajuçara e dos Ambulatórios Médicos Especializados AMES mantidos pelo Município de Natal.

Segundo as investigações, as entidades contratadas pelo Município teriam sido previamente escolhidas pelo então Secretário THIAGO BARBOSA TRINDADE e pelo Procurador do Município ALEXANDRE MAGNO ALVES DE SOUZA, que teriam manipulado os processos de qualificação e de seleção das entidades para viabilizar a celebração de contratos de gestão com o Município de Natal.

A investigação também demonstrou que as entidades contratadas pelo Município inseriram despesas fictícias nas prestações de contas apresentadas à Secretaria Municipal de Saúde, como forma de desviar recursos públicos. E que essas prestações de contas jamais foram glosadas ou conferidas pelas autoridades contratantes.

ANEXO II

**QUADRO Nº. 13 - VALOR DESPENDIDO POR PRESTADOR POR ANO
COMPETÊNCIA (MOSSORÓ/RN - 2010)**

PRESTADORES PRIVADOS - SUS	SAI/SIH
A XAXA FILHO	66.726,10
CARDIOGNOSTICO-H. WILSON ROSADO	3.501.039,93
C.DE A. C.LAB. NORTERIOGRANDENSE	31.192,67
CENTRO DE OLHOS DE MOSSORO	160.720,18
CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA	2.299.264,78
CENTRO DE PESQUISAS E ANALISES -CEPAC	80.179,12
CENTRO DE ULTRASONOGRAFIA	177.656,10
CENTRO DE OTORRINO DE MOSSORO – COM	7.780,50
CLINICA DE FISIOTERAPIA - FISIOVIDA	14.699,39
CLINICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA E MOSSORO	107.025,98
CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	182.345,32
CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL	74.818,80
CLINICA LABORATORIO EXAME	74.022,77
COMUNIDADE DE SAUDE DE MOSSORO	596.220,42
HOSPITAL POLICIA MILITAR	116.300,71
E. C. MEDEIROS (CLINICA OITAVA ROSADO)	71.574,90
EDER ANDRADE DE MEDEIROS FILHO FISIO. GERAL	13.823,71
FERNANDO GABRIEL NEGREIROS	113.352,75
FUNDAÇÃO JOSE VIEIRA	312.390,00
HOSPITAL DE OLHOS DE MOSSORO	194.379,40
INST. DE OFTALMOLOGIA DE MOSSORO	1.535.217,80
JOSE MARTINS VASCONCELOS	56.655,38
LAB. DE ANALISE CLINICAS ABOLIÇÃO	18.486,11
LAB. SANTA TEREZINHA	23.092,86
CITOCLINICA	141.305,76
LIGA MOSSOROENSE E. COMBATE AO CANCER	18.549,28
MATER DEI MULTICLINICA	115.355,90
OTORRINO E FONO	59.230,61
LAB. JANUNCIO ROCHA	73.325,99
APAMIM	7.863.401,53
SUB- TOTAL	18.242.556,85
PRESTADORES ESTADUAIS	
HOSPITAL R. TARCISIO MAIA	5.482.615,85
HOSP. RAFAEL FERNANDES	307.902,68
HEMOCENTRO DE MOSSORÓ	47.769,29
LABORATÓRIO CITOPATOLOGIA DE MOSSORÓ	15.703,60
SUB- TOTAL	5.853.991,42
PRESTADOR MUNICIPAL	
SÃO CAMILO	2.733.393,63
UNIDADES DE SAUDE	4.891.993,57
SUB-TOTAL	7.625.387,20
TOTAL GERAL -2010	31.681.735,50

FONTE: DEPAAC /GES. Dezembro de 2010.

ANEXO III

Tribuna do Norte | Hospitais ameaçam parar o atendimento Page 1 of 2

TRIBUNA DO NORTE

Jornal Tribuna do Norte
Rádio Globo Natal
104 FM

RSS
Twitter
Área do leitor

Busca: Env

Natal - 28°

Notícias Esportes Blogs&Colunas Ve Notícia Cultura&Lazer Classificados Especiais Serviços

Plantão Natal Política Economia Nacional e Internacional Multimídia Cinema Copa 2014 Eleições 2012 Meia Maratona Natal Motores do RN

Natal Natal, 15 de Outubro de 2012 | Atualizado às 14:16

Hospitais ameaçam parar o atendimento

Publicação: 04 de Fevereiro de 2007 às 00:00 tamanho do texto A+ A-

Recomendar Seja o primeiro de seus amigos a recomendar isso. 0 Tweet 0

Márcio Garcia/Jornal de Fato



AMEAÇA - Hospitais privados de Mossoró enfrentam crise decorrente da falta de reajuste na tabela do SUS

Edilson Damasceno - Jornal de Fato

Quatro hospitais privados já fecharam suas portas e outros cinco ameaçam seguir o mesmo caminho. O motivo é o mesmo: crise financeira. Pelo levantamento da Associação dos Hospitais de Mossoró (AHMO), o problema não é novo, mas agora a situação está em um patamar quase insustentável, levando a um quadro negativo, se os governos não olharem com mais atenção para o detalhe de que o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem tabela reajustada há 12 anos e que os planos de saúde já somam oito anos na mesma conjuntura.

O certo é que o futuro das unidades privadas de saúde está ameaçado, e com ele o destino de 1.500 funcionários. Alguns já enfrentam dificuldades em pagar aos servidores, que estão há dois meses sem dinheiro. Uns também ainda não quitaram o 13°.

O problema já levantou o interesse da Gerência Executiva da Saúde, Promotoria da Saúde de Mossoró e Secretaria Estadual de Saúde Pública. A gerente Dorinha Burlamaqui afirma que o quadro é preocupante. Uma reunião com as três entidades foi marcada, mas não ocorreu em virtude da nomeação do secretário e secretário-adjunto da Saúde, cujo ato estava previsto para quinta-feira. "É um problema administrativo e vamos nos reunir para achar a solução. Todos têm o mesmo desejo, e não queremos que os hospitais fechem", comenta Dorinha.

É nesse ponto, da união dos governos, que o presidente da AHMO, médico-pediatra Jerônimo Dix-sept Rosado Sobrinho, quer chegar. Ele analisa que a situação das unidades privadas de saúde chegou ao estágio atual porque não contam com isenção fiscal e incentivo, tal qual existe com áreas produtivas de camarão e banana, além de empresas que trabalham bens e serviços em todo o Estado.

A preocupação não é apenas com o fechamento das unidades. É que, além da demissão de 1.500 funcionários, cerca de três mil pacientes ficariam sem atendimento do SUS em Mossoró. O presidente da AHMO enfatiza que o Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM) não tem condições de absorver a demanda, e a estrutura da saúde local não dispõe de um hospital municipal.

Médicos dizem que reajuste seria o ideal

"Essa crise refere-se à falta de reajuste da tabela do SUS e também dos planos de saúde. A cada mês temos aumento de obrigações e não contamos com incentivos fiscais. Queremos cumprir a lei, mas também buscamos a sobrevivência. Diante dessa situação, o que vai acontecer é o fechamento dos hospitais", afirma o vice-presidente da AHMO, André Gustavo.

ANEXO IV



ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL

CRIADOR E COORDENADOR: Dr. Antonio Celso Nunes Nassif

Menu das Escolas

Curriculos das Escolas  Fale conosco

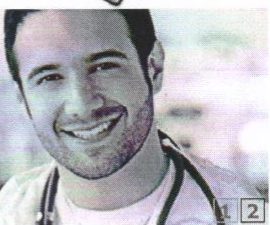


CESUMAR
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
Comunidade do Conhecimento

vestibular medicina 2013

PROVADIA 15 DE NOVEMBRO

Inscrições até 6 de Novembro
> pelo site www.cesumar.br



[Home](#) | [Apresentação](#) | [Artigos](#) | [Notícias](#) | [MEC](#) | [Legislação](#) | [Informações Úteis](#) | [Links](#)

Artigos & Matérias

A "Saúde Pública" merece respeito - por Ronaldo Fixina

28/04/2008

Mossoró

A " SAÚDE PÚBLICA " MERECE RESPEITO

Ronaldo Fixina - Anestesiologista - 27/04/2008

Atraso que já merece um memorial. Há mais ou menos 20 anos não foi edificado nada que significasse um patrimônio para Saúde Pública de Mossoró. Um hospital público para acabar com a deficiência cruel existente. Um hospital público para garantir atendimento de excelência que todo paciente merece. Um hospital compatível com o crescimento populacional. Investimento em saúde e uma grande iniciativa. As demandas são enormes, a falta de investimento é vergonhosa e os projetos inexistentes.. Hospital Trauma/Ortopedia, Hospital Infantil, uma Maternidade.

Haverá mais SOFRIMENTO, mais DOENÇAS, mais SEQUELAS e MORTE.

Mais uma AMEAÇA CRUEL E INACEITÁVEL aos usuários do SUS.

Corno se as autoridades não tivessem conhecimento da Obstetricia de Mossoró (OBS: Médico sem argumento ou coragem para exigir condições ideais de trabalho, médico que não tem condições de defender pacientes no tocante ao atendimento ético FICA CALADO (a) E QUIETO (a): Não reclama de falta de compressa, de ar condicionado quebrado, de instrumental sucateado, de falta de monitores, de assalto aos honorários, de periplaneta americana, musca doméstica durante cirurgias, etc, etc. Operar sozinho atualmente é irresponsabilidade e não heroísmo. Preencher uma AIH é questão de honra e fome.) QUE NÃO acompanha as novas conquistas obstétricas e que vive MOMENTOS RURAIS, da UTI neonatal, dos PSF sem médicos aproxima-se de forma TETRICA o fim das escalas da Neurocirurgia e da Ortopedia e Traumatologia no T. Maia.

Novamente vamos discutir na justiça o horário do São João, contudo:

ANESTESIOLOGIA -Não obstante o TAC, existe débito em relação às anestésias de 2007. É o calote oficial. Os pagamentos realizados foram feitos sem obedecer as datas estabelecidas. Sempre com atrasos, significando QUEBRA DE CONTRATO. A PMM da gente já foi notificada extrajudicialmente, de forma que em maio poderá novamente haver " alguns problemas " em relação a escala da anestesiologia na única maternidade existente na cidade que enfrentou Lampião. Motivo já existe para este ato. O concurso da gente infelizmente foi um fracasso nesta especialidade. É uma questão de conscientização.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - curso superior de 6 anos, três ou mais anos de especialização e responsabilidade imensa. Não tem faculdade a noite, não tem uma carreira com hierarquização, não é tratado por excelência, trabalha de segunda a segunda, inclusive à noite, não tem recesso, aposentadoria milionária, salário condizente com a função de salvar vidas. Mas, não dá palpite onde não entende.

Médico deveria ter salário equiparado aos dos senadores, deputados, procuradores, etc, e não trabalhar mais de 6 horas por dia, cinco dias da semana. NÃO ENTENDEMOS porque " um membro do legislativo ou judiciário vale 15, 20, 30 médicos." Por que os gestores da saúde não são responsabilizados pessoalmente pelo caos em que se encontra a saúde pública?

ALERTAMOS a toda a população de Mossoró (inclusive usuários de planos de saúde) que após a "DECRETAÇÃO DA ILEGALIDADE" das escalas de Ortopedia/Traumatologia e Neurocirurgia do Hospital Tarcísio Maia, retiraremos as referidas escalas imediatamente, mesmo em andamento. Quando essa irresponsabilidade ocorrer quem fará esse atendimento e aonde? O Município (gestão plena) não tem " o serviço e nem profissionais " e algumas transferências significam 99% de possibilidade de óbito. OS MÉDICOS ACREDITAM QUE parte da população de Mossoró não merece esse tipo de tratamento por parte das autoridades constituídas.

Desta forma o Poder Judiciário volta ao passado demonstrando insensibilidade social e decretando o sofrimento ou mesmo a morte de centenas de usuários do SUS. A Promotoria não deve copiar teses ultrapassadas e desconectadas com o mundo real e atual. O Sistema tem funcionários públicos médicos para prestar essa assistência? O concurso (fala-se em fraude) resolveu a crítica situação da saúde pública ? O sistema é suficiente para garantir a assistência ? O que sobeleva ? E a Constituição Federal ? Isso tudo é uma forma de desrespeito a vida.

DEIXE SUA OPINIÃO

Médicos, Residentes, Professores,
Coordenadores de Escolas Médicas

[clique aqui](#)

Estudantes,
Acadêmicos de Medicina

[clique aqui](#)

NEWSLETTER

Nome:

Email:

OK

**Anuncie
Aqui**

•• ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL ••

O Ministério Público explica a legitimidade, legalidade da transferência de pacientes de Mossoró para Russas? É um consórcio? É um contrato? É fruto da pactuação (PPI) de Mossoró da gente com Russas? Então, é opção dos próprios pacientes? Depois pacientes serão transferidos para Baraúna, Governador Dix-Sept Rosado...

Senhores, em breve, muito breve, a SAGRADA PROVIDÊNCIA (Centro Nacional de Referência em Orto/Trauma), estará sobrecarregada, uma vez que será decretado a ilegalidade dos contratos da SESAP com a Neurocirurgia e com a Ortopedia e Traumatologia.

No entanto se existem ilegalidades fiscais, trabalhistas ou relacionadas com escalas fictícias de profissionais, como são feitos contratos com o SUS e alguns hospitais? Não é ilegal?

Quem será responsável pela extinção das escalas de Ortopedia e Traumatologia do T Maia? Os gestores da saúde, o Ministério Público? Quem sabe a culpa não é do Médico? A AÇÃO MAIS IMPORTANTE É ATACAR O MÉDICO, desvalorizar o trabalho médico, prostituir alguns médicos.

Ainda essa semana um paciente com a "perna fora do lugar" (luxação) é removido de UPA para UPA, porque o mesmo só poderia fazer uma radiografia (ralo X) se estirasse a perna. Como foi? O mesmo paciente quase tomava o destino da Sagrada Providência. Todos os ortopedistas da UPAS são Ortopedista? Ortopedista não é Ortopedista?

Ridículo e perverso. O QUE SOBRELEVA? A morte, o sofrimento físico terrível, pacientes agonizantes em corredores fétidos e frios ou ambulâncias ou um contrato de serviço com uma cooperativa de médicos? Fiscalizar o horário de trabalho de um médico é simples demais e fácil. Os problemas são outros!!!! Todo esse esforço é uma política de desvalorização do trabalho médico, para manter uma forma pessoal de relacionamento e uma "moeda eleitoral". O pagamento de plantões através da Prefeitura no hospital do Estado É LEGAL? É um contrato? E contrato individual sem concurso é LEGAL? Então, existe um fosso legal (brecha na lei) para pagar da forma que quiser, quando quiser e a quem quiser? Isso é legal? Isso é solução para a saúde pública?

A Procuradoria do Trabalho permanece silente, inerte diante dessa agressão aos direitos sociais dos médicos. Como é feito um contrato individual sem concurso público? Quais direitos são assegurados? Contrato individual para UPAS e para o T Maia pode? Nessa relação de contrato individual (médico) X gestor da saúde, os direitos da classe médica são usurpados.

Vocês sabiam que alguns contratos são feitos pelo telefone? É só telefonar, é só colocar o nome na escala de plantão e pronto. E de que fonte "vem" esse pagamento de plantão? Isso é correto, lícito?

E os concursados da gente não foram todos aprovados e contratados? Todavia, já vai haver outro concurso? Concurso vai ser transformado em RECEITA pública. E quais são os critérios para classificação?

A SOLUÇÃO - Finalmente foi encontrada. Já foi publicada a licitação para mais uma inauguração. Agora vem a UPA 3 e depois infinitas UPAS. (antes da eleição). O poder de resolubilidade das UPAS é pequeno. São poucas as diferenças entre UBS e UPA.

Para a Mossoró próspera não há um projeto grande, inovador, futurístico de uma ESTRUTURA de uma Maternidade Pública, com UTI Neonatal e Hospital Infantil. Não há um projeto de uma ESTRUTURA moderna de um hospital de Trauma que represente um impacto na saúde com o melhor que existe em equipamentos, material, etc, trazendo então soluções definitivas para a crítica situação atual da saúde. TRANSFORMEM ESSA CIDADE NUM IMPORTANTE CENTRO DE MEDICINA.

Quem é o médico responsável pelos serviços médicos de Mossoró ????? Paralelamente solucionem todos os problemas da atenção básica. NADA de impacto quando o assunto é saúde acontece. Esses governantes "PENSAM PEQUENO" quando o assunto é Saúde. E essa cidade já vai ter mais duas faculdades de Medicina. Com imenso SABER MÉDICO, alguns gestores da saúde ou da doença tentam destruir com inverdades os avanços da Medicina de séculos.

Só mesmo de quem não conhece PATAVINA de saúde tem soluções como: retirar pediatria do T Maia; referenciar o Hospital da Polícia Militar gravidez de alto risco; transferir politraumatizados de Mossoró para vilarejos do Ceará; comprar mais macas;

Por que não há uma OUTRA MATERNIDADE em Mossoró? Uma maternidade humanizada para atender todas as gestantes como se elas estivessem parindo em Berlim, Stuttgart. Munique, etc.

EQUIPE CIRÚRGICA DA GENTE - um grupo de especialistas em cirurgias gerais (equipes de cirurgias formada por um cirurgião) ficou encarregada de realizar todas as cirurgias eletivas de Mossoró e Região. Esse tipo de trabalho deveria ser feito através de um contrato escrito e registrado em cartório com os cirurgiões (todos) com credenciais e não através dessa ridícula forma de relação de trabalho. Regras, normas e critérios.

"Opere fulana hoje, que é uma pessoa da gente; ligue as trompas de Fulaninha que é uma eleitora da Barrinha"; a cesariana de Mariquinha tem indicação sim pois ela votou com a gente. Eles merecem e precisam. Os pacientes ou os cirurgiões?

CALOTE OFICIAL - os médicos Êlio Marson (cirurgião); Roberto Luz (serviço de imagem - Tomografia, radiologia); José Edson (clínico), Raimundo Dantas (Otorrino), todos plantonistas do Tarcísio Maia, não receberam seus salários de um contrato provisório, individual (fajuto) desde agosto de 2007. É LEGAL? Isso é um achincalhoamento institucional, um insulto. Gera revolta.

Depois não venham com cobranças tipo: médico faltou, médico chegou atrasado, médico atendeu mal, médico saiu mais cedo (porque vai para outro subemprego), médico teve necessidade fisiológica, etc. Tentaremos acionar a JUSTIÇA DO TRABALHO. E acreditem. Ainda OUSAM falar em ponto magnético. Ótimo. Começaremos pelo legislativo, executivo, judiciário e depois nos hospitais, escolas e enfim, toda e qualquer repartição pública. Não existe uma boa relação de trabalho, não existe um bom atendimento médico sem o respeito que o profissional médico merece.

"Lutamos por um serviço público eficiente, com gestão competente; financiamento adequado; melhor estrutura para melhor atendimento e soluções imediatas; reajuste nos honorários, por procedimento do SUS; direitos trabalhistas; compensações para o PCCS - atuem para isso; remuneração digna; aposentadoria; Lei do Ato Médico: RESPEITO" " Nós médicos, temos um compromisso histórico com uma atenção à saúde e um SUS de

•• ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL ••

deparamo-nos com sérias deficiências na assistência a saúde prestada ao cidadão brasileiro, que necessitam de imediata solução. “

Pelo amor da profissão, da Medicina, do Médico, RETIREM AS VENDAS IMEDIATAMENTE, pois já é tarde.

Autor: Ronaldo Fixina - Anestesiologista
Presidente da Associação Médica

[enviar para amigo >>](#)

[compartilhe >>](#)

[voltar](#)

Page 3 of 3

Menu das Escolas

[Home](#) | [Apresentação](#) | [Artigos & Matérias](#) | [Noticias](#) | [MEC](#) | [Legislação](#) | [Informações Úteis](#) |

[EscolasMedicas.com.br](#) © 2010

 hidea.com

ANEXO V

terça-feira, 15 de março de 2011

Audiência Pública para debater Saúde em Mossoró

Apresentei requerimento solicitando a realização de uma audiência pública para discutir os problemas enfrentados pelo setor da saúde de Mossoró.

Nos últimos seis anos, foram fechados seis hospitais em Mossoró.

Coincidentemente, durante a administração de Fafá Rosado, que é enfermeira e casada com o médico-deputado Leonardo Nogueira, foram fechados seis hospitais em Mossoró.

Casa de Saúde São Camilo de Lelys, Maternidade Mater Dei, SAMEC, Unicárdio, Casa de Saúde Santa Luzia e Hospital Duarte Filho foram os hospitais fechados.

Além disso, há bastante tempo os recursos repassados pelo Governo Federal para os hospitais são retidos pela Prefeitura Municipal de Mossoró, causando assim atraso em todos os pagamentos.

Se 85% da receita de um hospital vem do SUS e a prefeitura não faz o repasse, certamente esta entidade passará por dificuldade.

Por isso queremos discutir na Câmara Municipal essa problemática.

Não quero aqui dizer que a culpa é do poder público, queremos apenas discutir o que está acontecendo.

Nota: há em Mossoró apenas uma maternidade que descaradamente sofre perseguição odienta por parte da administração municipal com atraso dos repasses e ataques em veículos da comunicação. E se essa maternidade, que realiza quase 600 partos todos os meses, fechar? Onde irão nascer as crianças?

Recomende isto no Google

às 10:09

Lahyre Rosado

Fábio Vale

Micael Melo

Twitter

[Follow me on Twitter](#)

Pesquisar este blog

Pesquisar

Arquivo fotográfico Vingt Rosado

ARQUIVO FOTOGRÁFICO DE VINGT ROSADO

Links

[Minha página no Facebook](#)

[Meu perfil no Twitter](#)

[Blog de Aclécivan Soares](#)

[Blog de Carlos Escóssia](#)

[Blog de Carlos Santos](#)

[Blog de Eliana Lima](#)

ANEXO VI

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

21/9/2012
DATASUS

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA

Identificação				
CADASTRADO NO CNES EM: 2/4/2012 ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 20/9/2012				
Nome:		CNES:	CNPJ:	
HOSPITAL DA MULHER PARTEIRA MARIA CORREIA		6968139		
Nome Empresarial:		CPF:	Personalidade:	
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE PUBLICA DO RN			JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		
RUA FRANCISCO BESSA		168		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	NOVA BETANIA	59612207	MOSSORO	RN
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:	Gestão:	
HOSPITAL ESPECIALIZADO	MATERNIDADE	ESTADUAL	ESTADUAL	
Natureza da Organização:		Dependência:		
ADMINISTRACAO DIRETA DA SAUDE (MS,SES e SMS)		MANTIDA		

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	45
Outros	201

PROFISSIONAIS NÃO SUS	
Total	0

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	Convênio:
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
VIGILANCIA EM SAUDE	SUS
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	

Leitos		
CIRÚRGICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	1	1
GINECOLOGIA	8	8
CLÍNICO		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
CLINICA GERAL	3	3
COMPLEMENTAR		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS

Serviço:	Característica:
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços Especializados

			Ambulatorial:		Hospitalar:	
Cod.:	Serviço:	Característica:	Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Serviços e Classificação

Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro: CNES:	
112 - 005	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	CENTRO DE PARTO NORMAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	7	7
UTI ADULTO - TIPO II	9	0
UTI NEONATAL - TIPO II	7	0
OBSTETRÍCIA		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
OBSTETRICIA CIRURGICA	7	7
OBSTETRICIA CLINICA	15	15
PEDIÁTRICOS		
Nome Leitos	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRIA CLINICA	4	4

Equipamentos			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
RAIO X ATE 100 MA	1	1	SIM
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
USINA DE OXIGENIO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
BERÇO AQUECIDO	12	12	SIM
BOMBA DE INFUSAO	54	46	SIM
DEFIBRILADOR	5	5	SIM
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	3	3	SIM
INCUBADORA	8	8	SIM
MARCAPASSO TEMPORARIO	3	3	SIM
MONITOR DE ECG	20	20	SIM
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	2	2	SIM
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	2	2	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	37	37	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	16	16	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
ELETROCARDIOGRAFO	3	3	SIM
Resíduos/Rejeitos			
Coleta Seletiva de Rejeito:			
RESIDUOS BIOLOGICOS			
RESIDUOS COMUNS			

Instalações Físicas para Assistência		
HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE RECUPERACAO	1	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	1
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	15	15
LEITOS RN PATOLOGICO	1	7
Serviços de Apoio		