



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:  
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS  
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS  
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

**(Eixo política Social, Seguridade Social e Proteção Social)**

**O pacto político na saúde no contexto de crise e das  
privatizações em curso**

Flávia Jaiane Mendes Justino <sup>1</sup>  
Ana Paula Rocha de Sales Miranda <sup>2</sup>

**Resumo:** Objetivou-se analisar como se configurou o pacto político em torno da política de saúde em Campina Grande-PB, entre 2011 e 2015, mediante realização de pesquisa de caráter exploratório documental e de campo, realizada com 16 (dezesesseis) entrevistados, representantes de 6 (seis) segmentos que atuam na saúde local. Constatou-se que 58% avaliaram negativamente o pacto político no que tange a seus impactos sobre os movimentos sociais e as entidades municipais. Para 92,8%, predominaram retrocessos na política de saúde, e, para 78,5%, os grupos de interesses envolvidos no pacto político agem dentro de uma lógica favorável à privatização dos serviços públicos.

**Palavras-chave:** Pacto político; política de saúde; privatização.

**Abstract:** The objective was to analyze how the political pact surrounding health policy in Campina Grande-PB was configured between 2011 and 2015, through exploratory documentary and field research conducted with 16 (sixteen) interviewees, representatives of 6 (six) segments working in local health. It was found that 58% negatively evaluated the political pact regarding its impacts on social movements and municipal entities. For 92.8%, setbacks in health policy predominated, and for 78.5%, the interest groups involved in the political pact act within a logic favorable to the privatization of public services.

**Keywords:** Political pact; health police; privatization.

<sup>1</sup> assistente social, Mestre em Serviço Social, e-mail: flavia.jm@hotmail.com

<sup>2</sup> docente de Serviço Social, Departamento de Serviço Social – Universidade Federal da Paraíba, Doutora em Serviço Social, e-mail: apmiranda2@gmail.com



## 1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Neste sentido, este estudo discute o pacto político na saúde no município de Campina Grande-PB, notadamente no período de 2011 a 2015, considerando ser este o momento em que se intensificam as iniciativas de privatização da assistência pública à saúde local.

## 2. DESENVOLVIMENTO

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

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

Como nesta pesquisa partiu-se de uma perspectiva de ampliação da democracia como componente essencial para o pacto político, categoria que norteia a discussão da análise da configuração da política de saúde no município de Campina Grande-PB, entende-se ser



necessário caracterizar a teoria do pacto social e o pacto político. A teoria do pacto social pressupõe um acordo prévio entre os setores políticos e sociais para a formulação de uma política adequada. De acordo com Guerreiro e Branco (2011, p. 03),

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

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

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

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

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

Desde o final dos anos 1980, a sociedade brasileira é organizada em torno de um regime democrático de direito, conforme o que foi estabelecido na Constituição Federal de 1988, cujo arcabouço legal garantiu um conjunto de direitos em concordância com a democracia substancial. Por democratização, entende-se a “criação de mecanismos de transparência (acesso e controle de informação) de controle social e participação popular, em que possam ser acordadas as normas sociais” (Gallo; Nascimento, 2005, p. 107).

A política de saúde segundo Aguiar (2015, p.17) é definida como “[...] a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, assim como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos”. Importa dizer que o sistema de saúde brasileiro contraiu ao longo de sua trajetória características particulares e legislações próprias que representaram avanços dentro



da realidade política, econômica e social de cada momento histórico do nosso país, isto porque há historicamente uma vinculação entre política de saúde e modelo econômico vigente e as ações de saúde pública e assistência médica e desde os anos 1990 observa-se uma regressão dos direitos legalmente constituídos a partir da adoção do projeto neoliberal e a intensificação de processos diversos de privatização e terceirização nas políticas sociais públicas.

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

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

Para Fagnani (2016), o crescimento acelerado do setor privado é uma característica conservadora na saúde, que indica a fragilização dos mecanismos democráticos de controle e representação social. O autor ainda caracteriza os traços estruturais e aspectos centrais desse conservadorismo, desvelados pela “[...] regressividade dos mecanismos de financiamento, centralização do poder decisório, privatização do espaço público, expansão da cobertura, e reduzido caráter redistributivo” (Fagnani, 2016, p. 183). Ao se tomar esta análise como parâmetro, é possível indicar a configuração ou reconfiguração de um pacto político conservador na saúde que tanto traz em si poder político, quanto financeiro.

Em relação à estratégia conservadora, Fagnani (2016, p. 183) aponta como aspectos centrais em relação aos seus traços estruturais “[...] regressividade dos mecanismos de financiamento; centralização do processo decisório; privatização do espaço público; expansão da cobertura; e reduzido caráter redistributivo”.

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

Para abordagem das categorias sociedade civil, Estado, partir-se-á da perspectiva marxista, mais precisamente da influência de Gramsci que “[...] explica o Estado como sociedade política (força) + sociedade civil (consentimento)” (Souza, 2014, p. 12) e desenvolveu o conceito de hegemonia como “[...] chave no seu pensamento e constitui uma de suas mais importantes contribuições à análise das relações de poder” (Souza, 2014, p. 55).

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

Por sociedade civil na perspectiva gramsciana, entende-se: “[...] um conjunto das instituições responsáveis pela elaboração e difusão dos valores simbólicos, das ideologias, enquanto o termo sociedade política aplica-se ao núcleo coercitivo do Estado” (Coutinho, 1985, p. 60).



Por sua vez, Silva (2013) adverte que a hegemonia do capital também se organiza através da “nova pedagogia da hegemonia” (Neves, 2010 apud Silva, 2013, s.p.), representada pelo movimento concomitante de criação de novos sujeitos políticos coletivos, reconversão dos antigos sujeitos políticos coletivos e desorganização da visão crítica ao capitalismo com objetivo de construir um novo consenso. Assim,

Para enfrentar os desafios postos à política de saúde são imprescindíveis as estratégias de debate e enfrentamento coletivo, a articulação com outros profissionais e categorias, a reflexão crítica e aprofundada sobre a realidade, o planejamento, a articulação com os movimentos sociais, e a ocupação dos espaços relacionados às demais demandas socioeducativas, de gestão etc., na perspectiva de defesa dos interesses da classe trabalhadora (Soares, 2010, p. 106).

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

Dentre as consequências do período de hegemonia absoluta do pensamento neoliberal, encontra-se a tentativa de disseminação da idéia de que a ação pública é sempre ineficiente e prejudicial ao conjunto da sociedade. Assim, a melhor solução seria sempre aquela encontrada nos termos das relações de troca, no ambiente determinado pelas leis do mercado (Kliass, 2013, p. 01).

Na contemporaneidade, entre os sujeitos políticos organizados em torno do controle social das políticas públicas, destacam-se: os Fóruns estaduais e municipais, e as Frentes, como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, porém o que se vem atestando é que a roupagem da luta desses sujeitos se dá numa perspectiva de consenso e apaziguamento das correlações de forças predominantes (Fórum, 2012).

Para Bravo e Menezes (2012), os movimentos contra hegemônicos atuais foram criados como mecanismos de participação para fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, a exemplo dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

De acordo com Soares (2012), é necessário que a política de saúde tenha cariz redistributivo, integral e inclusivo, pois a política por si só não consegue transformar as desigualdades sociais e, embora consiga atenuá-las, a racionalidade hegemônica na política está em disputa.

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

## 2.1. Análise do pacto político na saúde em Campina Grande-PB a partir do contexto de crise e de privatizações no campo da saúde pública

No contexto de organização dos serviços de saúde no município de Campina Grande-



PB, entre 2011 e 2015, configurou-se um conjunto de acontecimentos e ações como reflexo da privatização e mercantilização da saúde em âmbito nacional e local. Segundo a Frente Nacional Contra a privatização da Saúde (2010), a terceirização é uma das principais pautas dos trabalhadores na saúde, cujas formas mais recentes são os novos modelos de gestão da saúde, como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Autores como Correia (2014) consideram esses “novos” modelos de gestão como um tipo de privatização não clássica dos serviços públicos, uma vez que não envolvem o mecanismo típico de compra-venda, mas o “[...] repasse dos recursos públicos para o setor privado, para que este possa gerir serviços que devem ser prestados pelo Estado” (Fórum, 2012, p. 04).

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

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

Em relação à EBSERH, em Campina Grande-PB, o processo não se deu de forma diferente do que ocorreu no restante do cenário nacional, cuja adesão ocorreu oficialmente no dia 26 de março de 2014, pelo reitor da UFCG, o Magnífico Edilson Amorim que assinou o termo de forma monocrática, desrespeitando o Colegiado Pleno (instância máxima da estrutura formal dessa instituição), ignorando as denúncias públicas feitas pelo Fórum em Defesa do SUS (FDS) que, várias vezes tentou que o Ministério Público declarasse inconstitucional essa adesão, até que em maio de 2014, o Fórum decidiu promover uma ação popular na Justiça Federal, solicitando uma liminar para suspender a ação do reitor (Fórum, 2012, p. 01).

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

Em termos gerais, o panorama da política de saúde local de 2011 a 2015 caracterizou-se pelo aumento dos estabelecimentos privados e da precariedade dos serviços prestados à



população dependente do SUS.

Para analisar como se configurou o pacto político em tona da política de saúde em Campina Grande-PB, no período de 2011 a 2015, realizou-se uma pesquisa de caráter exploratório, com abordagem quali-quantitativa, baseada no método crítico-dialético marxista, fazendo uso de instrumentos e técnicas de coleta de dados como: observação assistemática, levantamento bibliográfico e documental, aplicação de questionários junto aos sujeitos de pesquisa.

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

O município de Campina Grande, na Paraíba, foi o lócus da pesquisa, cuja amostra da população estudada incluiu 16 (dezesseis) sujeitos representantes de 6 (seis) segmentos diferentes que compõem o pacto político da saúde em Campina Grande-PB, configurando, portanto, uma amostra intencional e por acessibilidade a qual, segundo Marsiglia (2006), se realiza quando se deseja, por exemplo, obter a opinião ou conhecer a situação de determinadas pessoas ou serviços, por sua especificidade e não representatividade no universo. Foram respeitadas as normas éticas e científicas para realização de pesquisas com seres humanos, com projeto aprovado na Plataforma Brasil.

Os 16 (dezesseis) sujeitos que compuseram a amostra, 12 (doze) eram do gênero feminino e 04 (quatro) do gênero masculino, sendo: a) 1 (um) representante da gestão do planejamento municipal da saúde de Campina Grande-PB; b) 1 (um) representante do Governo do Estado; c) 5 (cinco) representantes do “Fórum em Defesa do SUS” de Campina Grande-PB; d) 3 (três) conselheiros titulares do Conselho Municipal de Saúde; e) 2 (dois) representantes da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); f) 4 (quatro) profissionais dos serviços modificados quanto a sua forma de gestão, sendo 2 (dois) profissional do Hospital Pedro I e 2 (dois) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Em relação aos entrevistados, 68,76% concluíram graduação em instituição pública e 31,25% em instituições privadas, com prevalência de 38% de formação nos anos 2000, período posterior à sanção do SUS em que as ações da contrarreforma no país têm se fortalecido. Estes foram seguidos dos que se graduaram nos anos 1980 (31%), contexto em que a sociedade passou a participar de fato e de direito da elaboração das políticas sociais com o respaldo da Constituição Federal de 1988, apenas 1 (um) entrevistado não realizou pós-graduação, 9 (nove) possuíam especialização, 3 (três) mestrado e 3 (três) doutorado.



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

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

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

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

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

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

Neste sentido, apenas a fala do Entrevistado F3 foi condizente com o conceito de pacto político que subjaz esta pesquisa, qual seja: de que “[...] a pactuação é um mecanismo de gestão que compreende negociação permanente, buscando a superação de conflitos intergovernamentais, pautada pela responsabilidade solidária” (Guerreiro; Branco, 2011, p. 1689).

[O pacto] faz parte de um processo de **negociação de interesses**, de estabelecimento de responsabilidades e **parcerias** e de definição de metas de prioridades em torno do atendimento às necessidades de saúde da população. Desta forma deve articular **esforços dos entes governamentais** (município, estado, união), tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS e as reais necessidades e condições de saúde existentes. (Entrevistado F3, grifo nosso).

Sobre o pacto político, o entrevistado F2 o associou à “[...] troca de favores entre gestores públicos e donos de serviços privados de saúde”, expressando uma característica que interfere na efetividade dos programas e das políticas sociais implementados pelos governos, o que ratifica o pensamento de Fagnani (2016, p. 189), para quem o uso clientelista para fins políticos-eleitorais são as “[...] práticas mais comuns como: o empreguismo, a indicação de profissionais para cargos públicos, a expansão da infra-estrutura [sic] social segundo critérios eleitorais sem base técnica e a oferta assistencialista de bens e serviços”.

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

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

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



Em relação às percepções dos gestores públicos (estadual e municipal), apenas o GP1 respondeu a indagação afirmando tratar-se de, “[...] uma pactuação que **assegura a vontade política** no compromisso de melhoria das políticas públicas de saúde para a cidade” (Entrevistado GP1, grifo nosso).

Acerca do impacto do pacto político sobre os movimentos e as entidades sociais, A2, C3, F5 e GP2 declararam desconhecê-lo, enquanto os demais (12) reconheceram a existência de seu efeito, mas em dois sentidos diferentes, um positivo (41,6%) em matéria de mobilização e articulação, e outro negativo (58,4%) quanto à fragilidade desses movimentos nos espaços de incidência do pacto político.

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

Com poucas diferenças, os representantes das entidades e dos movimentos sociais observaram mais *retrocessos* do que *avanços* na política pública local para a saúde. No segundo caso, se limitaram a apontar os compromissos técnicos e jurídicos estabelecidos que se restringem ao que está posto em lei, mas na prática não se efetivam. Já no primeiro caso prevaleceu a opinião de que, “[...] a política de saúde pública é controlada por **interesses privatizantes**, inclusive com a cumplicidade do poder público” (Entrevistado A1, grifo nosso).

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

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

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

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

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

Este último sujeito (C3) concluiu que a política de saúde da cidade, “[...] **não está a serviço da população**, mas [...] de grandes grupos que enriquecem com esta situação criada deliberadamente pelo gestor” (Entrevistado C3, grifo nosso).

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

Diferentemente, os gestores públicos consultados viram na política de saúde apenas avanços, considerados “significativos”. Assim, segundo GP1, “[...] os **grandes entraves estão no**



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

Já os problemas apontados pelo entrevistado GP2 referiram-se à desordem no processo de descentralização e não necessariamente a um problema da gestão local. Assim, seriam explicados pela, “[...] carga que representam os municípios vizinhos que usam os serviços de saúde pagos pela Terceira Região com sede em Campina Grande” (Entrevistado GP2).

Na opinião dos 14 (quatorze) representantes dos movimentos e das entidades sociais, pouco ou nada tem mudado na política de saúde. As mudanças percebidas tiveram um viés negativo que se manifesta, por um lado, na deterioração da Atenção Básica em matéria de recursos humanos e orçamentários e, por outro, num acelerado processo de mercantilização e precarização dos serviços públicos de saúde. Isto constitui um traço estrutural de uma política de saúde conservadora instaurada no município (Fagnani, 2016).

12 (doze) dos 14 (quatorze) sujeitos que representam os movimentos sociais e as entidades (85,7%) se posicionaram contra a ofensiva neoliberal, argumentando em favor da permanência do Estado no comando das políticas públicas no desempenho de seu papel constitucional de regulador da administração pública e do setor econômico em benefício da população. Já entre os representantes da gestão, prevaleceu a visão que se funda na necessidade da parceria público/privado, o que, ao seguir os ditames neoliberais tem sido “[...] responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (Bravo, 2009, p. 100).

15 (quinze) dos entrevistados apontaram a EBSERH como o primeiro exemplo de privatização, seguida pela terceirização – notadamente as OSs, as FEDPs e as OCIPS –. Todavia, para o entrevistado F3, representante do Fórum em Defesa do SUS, esses não são os únicos mecanismos de privatização em andamento, apontando como outros exemplos: “[...] a apropriação dos serviços públicos por **instituições privadas**, a exemplo de projetos ou laboratórios de faculdades privadas funcionando dentro de hospitais municipais de CG como o hospital Pedro I e o hospital Dr. Edglei” (Entrevistado F3, grifo nosso).

A totalidade dos entrevistados entendeu o controle social como sendo o conjunto de mecanismos de participação efetiva do povo na elaboração das políticas públicas, sugerindo, colaborando e fiscalizando a aplicação do dinheiro público. Entretanto, as opiniões tendem a divergir quanto ao grau em que esse controle tem sido atingido e às suas reais perspectivas. Para a maioria (64,2%) dos representantes dos movimentos sociais e das entidades não tem havido controle efetivo,

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



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

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

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

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

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

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

Nessa conjuntura, os movimentos e as entidades sociais locais têm apresentado resistências aos diversos mecanismos de privatização e têm desenvolvido ações em defesa do SUS. Entretanto, no discurso dos entrevistados percebeu-se descrença quanto à capacidade de sucesso dessas resistências, mesmo quando pontualmente houve resultados concretos como a revogação da lei municipal que pretendia colocar serviços públicos nas mãos de organizações sociais. A razão para tanto seria a fragilidade dos movimentos e das entidades sociais na sua interlocução com os demais atores que têm relação com a materialização do pacto político na execução da política de saúde municipal.

Mesmo se reconhecendo as condições de luta desigual, os discursos dos entrevistados assinalaram para a necessidade de continuar defendendo a saúde pública local, particularmente a atenção básica e a prevenção, através de estratégias que garantam a organização e mobilização da sociedade em prol de um controle social efetivo da execução da política de saúde do município.

### 3. RESULTADOS E CONCLUSÕES

Esta pesquisa se voltou para a análise dos pactos políticos que se consubstanciam na organização da política de saúde e buscou analisar qual a sua configuração no período entre 2011 e 2015 no município de Campina Grande-PB.

Os resultados mostraram que o panorama da política de saúde local de 2011 a 2015



caracterizou-se pelo aumento dos estabelecimentos privados, pela precariedade dos serviços prestados à população dependente do SUS e pela priorização da saúde curativa em detrimento da preventiva, evidenciando um cariz mercantilizador e meritocrático intensificado desde o período ditatorial, com prejuízo dos direitos sociais estabelecidos na CF/1988.

Os dados analisados apontaram para uma visão preponderantemente negativa acerca da materialização do pacto político, marcado pela troca de interesses, pelo avanço do mercado e fortalecimento da defesa dos interesses do setor privado, pelo partidarismo e pela pouca margem destinada ao exercício do controle social.

De acordo com os representantes dos movimentos sociais e das entidades, a política de saúde local é perpassada por interesses privatistas e configura-se com mais retrocessos do que avanços, principalmente no que diz respeito à falta de interesse dos gestores em investirem em saúde pública e pela priorização dos interesses particulares em serviços privados. As mudanças percebidas na política de saúde por esses entrevistados apresentaram um viés negativo, materializado em projetos e programas de política de saúde com vertente neoliberal, o que se contrapôs à opinião dos representantes da gestão (municipal e estadual) que se fixaram em aspectos quantitativos, abordados como positivos.

As falas dos entrevistados confirmaram a hipótese da pesquisa de que a política de saúde local foi impactada negativamente pelo pacto político por este representar, na sua execução, um instrumento em favor da presença crescente do setor privado no setor de saúde, através de diversos mecanismos como a terceirização e a municipalização.

Esse impacto se dá dentro de uma conjuntura neoliberal nacional que favorece a ocupação de espaços de serviços públicos pelo setor privado, sob o pretexto da pretensa eficiência desse setor, se comparado com o estatal. Nesse contexto, a relação dos movimentos e das entidades sociais com o pacto político tem sido de embate, à procura de uma interlocução efetiva com os demais atores que operam na área da saúde municipal e de participação no processo de tomada de decisões. Entretanto, a fragilidade dos movimentos e das entidades, caracterizada por deficiências de organização, mobilização e articulação parecem responder pela pouca influência desses movimentos e dessas entidades na materialização do pacto político. Uma prova disso é o balanço majoritário de retrocessos na política pública no período 2011-2015 que se observou no discurso dos entrevistados.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS**: antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ANDREAZZI, M. F. S. Os planos de saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas sociais contra a Privatização**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.



ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Revista Ciência Saúde Coletiva** (online), v.17, n.11, p. 2865-2875, 2012.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

Bravo, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. [et al]. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional, 4. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

CENTRAC. **Boletim informativo sobre a Saúde Pública do Município de Campina Grande**. Saúde já! Edição completa, ano I, n. 1, Novembro de 2013. Disponível em: <centrac.org.br/download/saude-ja-2013-1a-edicao/>. Acesso: 02 marc. 2026.

CORREIA, M. V. C. A privatização da saúde na atualidade. In: **Anais do XIII ENPESS**. Juiz de Fora: ABEPSS, 2012.

FAGNANI, E. Política social e Pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**, Campinas, SP, v. 6, n. 1, p. 183-238, 2016.

COUTINHO, C. N. **A dualidade de poderes**. Introdução à teoria marxista de Estado e revolução. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In.: TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez: ABRASCO, 1995.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p.1689-1698, jan/mar, 2011.  
KLIASS, Paulo. Mercantilização na saúde e no ensino superior. In: Carta maior, 2013.

MARSIGLIA, R.M.G. Orientações Básicas para a pesquisa. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. In: MOTA, A. E. [et al]. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

SOARES, R. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

SOARES, R. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: Impactos e demandas ao Serviço Social. 2010.f. 210. Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SOUZA, H. G. **Contra-hegemonia: um conceito de Gramsci?** 2014. f. 91. Dissertação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte.

SILVA, A. X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. 2013. 253f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco, Recife.