

As complexas relações público e privado na saúde: o uso do território em Santana do Ipanema, Alagoas

Eliza Pinto de Almeida

✉ elizapintodealmeida@gmail.com

Resumo

O objetivo deste trabalho é contribuir para o debate sobre o território usado pela análise da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Santana do Ipanema, no sertão alagoano. O trabalho das equipes de saúde está condicionado tanto pela organização social, espacial e cultural como pelas forças econômicas e políticas internas e externas que incidem nos lugares. No atual contexto, em que o ideário neoliberal continua a ter uma forte presença no poder público, analisam-se o repasse e a distribuição dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Os resultados no município têm apontado uma diminuição dos recursos financeiros destinados à atenção básica, ao lado do aumento da parcela destinada aos procedimentos de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial.

* * *

PALAVRAS-CHAVE: território usado, saúde pública, Estratégia de Saúde da Família, organização, recursos financeiros.

Introdução

Nas últimas duas décadas, mudaram significativamente as políticas públicas brasileiras de saúde. A Reforma Sanitária, iniciada ainda sob a ditadura militar, alcançou o ápice em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), marco dessa mudança e regido pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, controle social da gestão e acesso a serviços médico-hospitalares.

O SUS é uma verticalidade institucional que tem no marco normativo e político o seu poder de ação (ALMEIDA, 2005). Daí advém um conjunto de normas que regulamentam e induzem aos processos de descentralização dos serviços de saúde com a transferência de autoridade ou poder decisório no financiamento e gestão do nível nacional para os níveis subnacionais. Essa verticalidade institucional se dissolve nos diversos lugares, onde podemos analisar a operacionalidade das normas agindo conjuntamente com os diferentes elementos do espaço. As distintas densidades técnicas dadas pelos sistemas de engenharia (rodovias, ferrovias, aeroportos, portos) criam fluxos que, associados aos sistemas normativos e de objetos técnicos preexistentes ligados à saúde, permitem compreender a dinâmica do Sistema Único de Saúde a partir dos lugares.

O SUS possibilita novos usos do território. É nesta perspectiva que analisaremos os embates entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e uso social dos recursos da saúde.

O uso do território e a Estratégia de Saúde da Família

Como parte da política do SUS, em 1994, cria-se o Programa de Saúde da Família, renomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa reorganizar a atenção básica, caracterizada

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012b).

A importância da ESF reside em seu caráter preventivo, que visa melhorar a qualidade de vida da população, evitando, por conseguinte, futuros gastos com tratamentos, medicamentos e internações no SUS.

A ESF enseja novas possibilidades de uso do território, para implementar uma lógica de atendimento que alcance a integralidade, a equidade e a universalidade das ações em saúde. As equipes multiprofissionais intervêm nos lugares em pelo

menos dois aspectos. Primeiramente, há uma atuação junto aos indivíduos e às famílias, conduzindo uma mudança de comportamento e estilo de vida com a intenção de promover ações que favoreçam o estado de saúde. O segundo muda a própria lógica da atenção básica, que agora aproxima efetivamente o poder público e a população nos lugares onde ela vive, pois, apesar de ser dever constitucional do Estado prestar assistência gratuita à saúde ao conjunto da população, as camadas mais carentes, que são as mais vulneráveis, muitas vezes desconhecem esse direito ou não o usufruem plenamente.

Além de levar a uma nova consciência dos processos de saúde e doença, a proximidade com o poder público permite também vinculá-los aos condicionantes da organização espacial e social nos lugares, impondo um reconhecimento de forças econômicas e políticas que atuam no território. Nesse sentido, entendemos que a ESF intervém no território usado:

[...] o território usado é uma categoria inclusiva porque leva em conta todos os atores, e não apenas o Estado, como na acepção herdada da modernidade; todos os atores, e não apenas os que têm mobilidade, como nas mais clássicas noções de espaço de fluxos; o domínio da contiguidade, e não somente a topologia das empresas; a existência total, e não apenas o espaço econômico (SILVEIRA, 2011, p. 80).

A categoria de território usado pode contribuir para o debate na área da saúde, já que é o “fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida” (SANTOS, 1999, p. 10) e não se limita a uma dada extensão. O território usado é equivalente ao espaço geográfico formado por um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações.

Santana do Ipanema

As equipes de saúde da família trabalham num território usado, dotado de uma organização, fruto da sua história pretérita e presente. As condições de vida das populações, os processos de saúde e doença, o uso dos serviços de saúde e a mobilidade das pessoas têm uma estreita relação com a dinâmica econômica, social, política e cultural dos lugares.

Atualmente, a ESF está em todos os municípios alagoanos. No estado, a região do semiárido¹ engloba 38 municípios, ou seja, 37,25% do total de 102

1 Segundo dados oficiais do Ministério da Integração, o semiárido brasileiro tem uma área de 969.589,4 km² e compreende 1.133 municípios de nove estados do Brasil: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Nele vivem 22 milhões

municípios alagoanos que estão na Mesorregião Sertão Alagoano. Em 2010, viviam ali 322.405 habitantes, distribuídos em três microrregiões: Serrana do Sertão Alagoano (71.515 habitantes), Alagoana do São Francisco (79.632 habitantes) e Santana do Ipanema (171.258 habitantes).

Santana do Ipanema fica no centro-oeste de Alagoas, a 207 km da capital, Maceió. O município dá nome à microrregião geográfica que inclui os municípios de Carneiros, Dois Riachos, Maravilha, Ouro Branco, Palestina, Pão de Açúcar, Poço das Trincheiras, São José da Tapera e Senador Rui Palmeira. Tem 44.932 habitantes, dos quais 27.185 (60,50%) moram na área urbana e 17.747 (39,49%), na área rural. Divide com Delmiro Gouveia o título de principal cidade do sertão alagoano.

Figura 1. Mapa do Estado de Alagoas



Fonte: IBGE, 2010.

Trata-se de um município que acumula funções numa região onde a divisão territorial e social do trabalho é menos densa. Pode-se dizer que Santana do Ipanema é um ponto do meio técnico-científico-informacional (SANTOS, 2001).

O atendimento às demandas de atividades comerciais e de serviços tem atraído mão de obra especializada ou não para o município, e isso repercutiu no mercado de trabalho formal, que, em 2010, perfazia 3.220 postos, 79,1% a mais que em 2004, ficando Santana do Ipanema acima da média estadual, que foi de 35,9% no mesmo período (PANORAMA MUNICIPAL, 2010b). Entre 2004 e 2010,

de pessoas, que representam 11,8% da população brasileira (IBGE, 2010). É o semiárido mais populoso do planeta, e é marcado pelo domínio morfoclimático caatinga, rico em espécies endêmicas, com regime pluviométrico irregular, que varia entre 200 mm e 800mm anuais, com alto índice de evaporação.

os setores que mais criaram empregos foram o comércio (de 21,64% em 2004 para 30,31% em 2010) e a construção civil (de 0,22% para 7,89%). Já em 2010, a administração pública e o comércio geraram 70,8% dos empregos formais. A administração pública criou 1.303 postos de trabalho, seguida pelo comércio, com 976 postos em 2010. Esses dados têm repercutido nos índices de urbanização, que passaram de 57,82% em 2000 para 60,5% em 2010, concorrendo ainda para um maior dinamismo da economia local (IBGE, 2010):

[...] a receita orçamentária do município passou de R\$ 23,5 milhões em 2005 para R\$ 41,1 milhões em 2009, o que retrata uma alta de 74,8% no período, ou 14,98% ao ano. A proporção das receitas próprias, ou seja, geradas a partir das atividades econômicas do município, em relação à receita orçamentária total, passou de 5,89% em 2005 para 6,65% em 2009, e, quando se analisam todos os municípios juntos do estado, a proporção aumentou de 12,15% para 12,76%. A dependência em relação ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM) diminuiu no município, passando de 44,03% da receita orçamentária em 2005 para 36,33% em 2009. (BRASIL, 2010b, p. 5).

O crescimento das receitas orçamentárias do município está vinculado aos diversos tipos de funções relacionadas à prestação de serviços e ao comércio. Destacam-se redes regionais como Insinuante, Maias, TodoDia e os serviços bancários (Banco do Brasil, Banco do Nordeste e Caixa Econômica Federal) que atendem a população da cidade e dos municípios vizinhos. O papel polarizador de Santana do Ipanema pode ser verificado pela evolução do segmento educacional e sua diversidade, em especial, no ensino superior. A presença do II Campus da Universidade Estadual de Alagoas, da Universidade Federal de Alagoas, através do Polo Universitário de Santana do Ipanema, que integra o Campus Sertão e do Instituto Federal de Alagoas, atrai para o município estudantes de várias localidades vizinhas, dinamizando o setor terciário e a própria economia da cidade.

Em relação aos serviços de saúde, o município é uma referência para a população sertaneja. Os sistemas de objetos e ações que configuram o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2012c) englobam 46 estabelecimentos, dos quais 26 são públicos, 19 privados e um filantrópico, conforme tabela 1:

Tabela 1. Santana do Ipanema — Tipos e quantidade de Estabelecimentos de Saúde — 2012

Tipo de estabelecimento	Quantidade
Centro de Saúde	03
Unidades Básicas de Saúde	09
Clínicas/centros de especialidade	04
Policlínica	03
Postos de Saúde	07
Pronto atendimento	01
Centro de Assistência Psicossocial	01
Unidades de Apoio de diagnose e terapia	03
Unidade Móvel pré-hospitalar	01
Unidade Móvel Odontológica	01
Consultórios isolados	12
Hospital Geral	01
Total	46

Fonte: BRASIL, 2012c.

A população do próprio município e dos municípios vizinhos busca atendimento em diferentes especialidades médicas. Em junho de 2012, segundo dados do DATASUS, dos profissionais selecionados no CNES, os médicos se dividiam entre as seguintes especialidades: anestesistas (3), cirurgiões gerais (7), clínicos gerais (27), gineco-obstetras (22), médicos de família (9), pediatras (29), psiquiatras (3) e radiologistas (5). Havia também cirurgiões-dentistas (13), enfermeiros (35), fisioterapeutas (13), fonoaudiólogos (3), nutricionistas (3) e farmacêuticos (5), além de assistentes sociais (8), psicólogos (6), auxiliares de enfermagem (33) e técnicos de enfermagem (68). Do total de médicos selecionados (105), 90,47% atendiam pelo SUS.

A população da microrregião de Santana do Ipanema depende quase exclusivamente do município polo para a realização de exames médicos, já que há ali dois mamógrafos, oito aparelhos de raios X (dos quais três foram disponibilizados pelo SUS) e cinco aparelhos de ultrassom, sendo quatro particulares e um do SUS. Há 20 equipamentos odontológicos completos, todos disponibilizados pelo SUS. As proporções de uso dos equipamentos do SUS são: mamógrafo: 4,6 por 100.000 habitantes; raios X: 18,3 por 100.000 habitantes;

ultrassom: 11,4 por 100.000 habitantes; odontológico: 45,8 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2010).

O território usado e as equipes de saúde da família de Santana do Ipanema

Em Santana do Ipanema, a atenção básica é realizada pelas equipes do ESF e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que atendem 12.316 famílias cadastradas no sistema (SIAB, 2012).

As equipes atuam tanto na área urbana como na rural, respectivamente, com 26.427 e 17.680 habitantes, totalizando 44.107 pessoas (SIAB, 2012). O primeiro nível de ações e serviços é nas unidades básicas, que recebem os doentes e tratam os casos mais simples, encaminhando os mais complexos para os hospitais regionais. As equipes também podem direcionar os pacientes para o Centro de Assistência à Saúde da Mulher Quitéria Neves, além do Centro de Saúde Dr^a Maria Zilda Rego e do Centro Regional Santana do Ipanema.

Há nove unidades básicas no município: Areias, Baraúnas, Barriguda, Camuxinga dos Teodósios, Dr. Adelson Isaac de Miranda, Floresta, Januário Paraibano da Costa, São Félix e São José. O programa conta com agentes comunitários, enfermeiros e médicos, que formam equipes nas unidades da ESF. A Estratégia de Saúde da Família é uma das ações desenvolvidas pela Atenção Básica.

As equipes de saúde trabalham diretamente com a população, fazendo visitas periódicas e acompanhando as famílias atendidas. Assim, fatores com condições de moradia, acesso a serviços públicos como água e esgoto e a própria condição socioeconômica, interferem diretamente na qualidade de vida e de saúde dessas populações.

É importante lembrar que muitos problemas escapam ao poder decisório ou mesmo de intervenção das equipes, que, entretanto, procuram atenuá-los. Conforme dados do Censo Demográfico de 2010, a rede de abastecimento de água servia 70,6% dos 11.974 domicílios permanentes. Todavia, os maiores problemas enfrentados pelas equipes de saúde da família é o baixo percentual de residências com tratamento de esgoto, cuja precariedade enseja o surgimento de diversas doenças que poderiam ser evitadas com investimentos públicos. Em 2010, a rede de esgoto abrangia 3,35% dos domicílios urbanos, e, no meio rural, a situação era muito mais grave: apenas 0,34% dos domicílios rurais dispunham de rede de esgoto, deixando a população numa situação de extrema fragilidade. Ainda no meio rural, 33,18% dos domicílios usavam fossas rudimentares, e 33,18% despejavam o esgoto a céu aberto, contaminando áreas de rios e mananciais. Já no meio urbano,

94,58% dos domicílios tinham fossas rudimentares, e 2,07% despejavam o esgoto a céu aberto. Havia 1.837 (15,34%) domicílios sem banheiro ou sanitário em Santana do Ipanema, o que dá a dimensão da gravidade do problema. Em 2010, fazia-se coleta de lixo em 67,31% dos domicílios (62,37% por serviços públicos e 4,3% por caçambas), e o destino do lixo não coletado foram queimadas (26,03%), enterramento (0,59%), terrenos baldios (5,39%) e rios (0,35%).

Além disso, o Censo Demográfico de 2010 indicou que 72,35% dos domicílios do município tinham renda entre meio e dois salários-mínimos, e o *Relatório do Panorama Municipal segundo o Censo de 2010* que 15.189 pessoas viviam em extrema pobreza, das quais 5.904 no meio urbano e 9.285 no meio rural. Proporcionalmente, 33,8% da população encontravam-se em extrema pobreza: 52% no meio rural e 21,8% no meio urbano. O trabalho infantil é outro dado importante para entendermos a vulnerabilidade existente no município. Em 2010, a taxa de trabalho infantil era de 9,42% no Brasil, 10,44% em Alagoas e 17,42% em Santana do Ipanema (BRASIL, 2010a).

É nessa realidade que atuam as equipes de saúde da família, acompanhando gestantes e a saúde infantil, além de detectar casos de tuberculose, malária, alcoolismo, diabetes, hipertensão, hanseníase e distúrbios mentais. Os casos são encaminhados para distintos níveis de complexidade. Segundo os Cadernos de Informação de Saúde (BRASIL, 2010a) as equipes fizeram em média de 0,1 visitas por mês às famílias cadastradas no programa.

Os agentes comunitários de saúde são o elo entre a população e os demais profissionais das equipes, conduzindo atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde e de recuperação. O trabalho das equipes de saúde tem sido fundamental no município, como ilustram os resultados da cobertura de consultas de pré-natal. Em 2010, 34,4% das gestantes fizeram sete ou mais consultas em Santana do Ipanema, e 99,2% dos nascidos vivos tiveram o parto feito por profissionais qualificados de saúde (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2012). No período de 2007 a 2009, o percentual de crianças com vacinação básica em dia aumentou de 95,2% para 96,8% (BRASIL, 2010), atingindo, em 2011, 97,3% das crianças com até um ano (RELATÓRIOS DINÂMICOS, 2012). Quanto ao percentual de crianças maiores de 5 anos com baixo peso, verificou-se que, em 2011, eram 1,07% no município, contra 4,62% em Alagoas (BRASIL, 2011a).

Outra atribuição dos agentes comunitários das equipes de saúde é a pesagem semestral das crianças cujas famílias são beneficiadas pelo Bolsa Família, buscando garantir que os recursos se revertam para a melhoria da nutrição infantil. As famílias que tem direito a participar do Programa possuem renda mensal menor ou

igual a um salário mínimo. Em janeiro de 2013, 7.621 famílias foram beneficiadas pelo Bolsa Família, recebendo um valor médio de R\$ 157,71 (BRASIL, 2013a). No total, o município recebeu R\$1.201.916,00 de recursos do governo federal. No entanto, a taxa de mortalidade infantil, que é um importante indicador das condições de vida e do acesso e da qualidade das ações e dos serviços de saúde, apresentou aumento de 15,67/mil para 18,54/mil entre 2007 e 2011 (BRASIL, 2011b), tendo ficado, em 2011, acima da média do estado de Alagoas (15,54/mil) e do Brasil (13,49/mil).

Em Santana do Ipanema, o uso dos sistemas de objetos e ações vinculados à saúde tem sido redesenhado nas últimas décadas. De um lado, a ESF tem levado à presença efetiva do poder público nos lugares, através das equipes multiprofissionais que atuam diretamente junto às famílias do município. Os desdobramentos dessa ação capilar do poder público sobre o território de Santana do Ipanema têm permitido a detecção de casos de doenças crônicas e seu acompanhamento, o aumento da cobertura vacinal, especialmente de crianças e as consultas das gestantes, ações que têm repercutido na melhoria da qualidade de vida, especialmente das populações mais pobres.

As complexas relações entre o público e o privado na saúde – as Organizações Sociais de Saúde

O Ministério da Saúde financia diversas ações nos municípios brasileiros, através das transferências do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde dos Municípios. Essas transferências são divididas para seis grandes blocos: Bloco de Atenção Básica, Bloco de Média e Alta Complexidade, Bloco de Vigilância em Saúde, Bloco de Assistência Farmacêutica, Bloco de Gestão do SUS e Bloco de Investimento.

Como já enfatizamos, a atenção básica tem papel preponderante no município de Santana do Ipanema. Esse bloco é composto pelo Piso de Atenção Básica (PAB) que corresponde a um montante de recursos federais destinados à viabilização das ações, compondo o teto financeiro desse bloco. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma outra parte variável (PAB variável) que corresponde ao montante de recursos financeiros destinados à implantação de estratégias que reorganizem a atenção à saúde, entre as quais a Saúde da Família.

Todavia, em Santana do Ipanema, o desembolso fundo a fundo para a atenção básica tem diminuído sua participação. Em 2009, dos R\$ 6.077.045,04 repassados fundo a fundo pelo Ministério da Saúde, 27,36% foram para a atenção

básica, sendo 9,32% para o PAB fixo e 18,04% para o PAB variável. Em 2013, do total de R\$ 27.461.910,07 recebidos pelo município do fundo nacional para o fundo municipal de saúde, 12,07% foram destinados a atenção básica cabendo ao PAB fixo e PAB variável, respectivamente, 4,08% e 7,99%.

Considerando-se o total geral e sua divisão pelos blocos, a transferência fundo a fundo tem uma maior concentração nos procedimentos de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, a que tem cabido partes cada vez maiores, como podemos verificar na tabela 2:

Tabela 2. Fundo Nacional de Saúde dos Estados — Desembolso Financeiro por regime de caixa — Santana do Ipanema/Al, Ministério da Saúde 2013

	2000	2005	2010	2012	2013
Bloco de Atenção Básica	1.096.630,73	1.449.160,04	2.695.710,00	3.571.172,62	3.315.041,58
Bloco de Média e Alta complexidade	922.461,80	2.290.386,92	5.611.891,99	19.983.033,05	22.773.188,11
Bloco de Vigilância em Saúde	39.115,68	165.606,52	227.829,77	366.331,18	373.342,27
Bloco de Assistência Farmacêutica	39.709,36	91.013,95	200.171,93	332.864,96	373.868,11
Bloco de Gestão do SUS	-	24.150,00	81.893,85	-	-
Bloco de Investimento	-	-	120.000,00	346.842,00	626.470,00
Total Geral	2.097.917,57	4.020.317,43	8.937.497,54	24.600.243,81	27.461.910,07

Fonte: Fundo Nacional de Saúde 2014.

Há uma tendência a destinar a maior parte dos recursos ao bloco de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Em 2000, dos R\$ 2.097.917,57 do Desembolso Financeiro por regime de caixa repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para o município de Santana do Ipanema, os procedimentos de média e alta complexidade abocanhavam 43,97%, contra 52,27% para os de atenção básica (PAB fixo e variável) e 3,76% para os demais. Já em

2005, dos R\$ 4.020.317,43 recebidos pelo município, 56,97% foram para a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, 36,04% para o bloco de atenção básica e 6,99% para os demais blocos. Em 2010, a fatia destinada à média e alta complexidade foi de 62,7% enquanto que 30% foram destinados ao bloco de atenção básica e, os 7,3% restantes para os demais blocos. Essa tendência se acentua nos anos de 2012 e 2013, quando o bloco de média e alta complexidade alcançou 81,23% e 82,92% respectivamente das despesas do município de Santana. Em contrapartida, a atenção básica assistiu a diminuição de sua participação para 14,51% (2012) e 12,07% (2013) no mesmo período. As despesas dos demais blocos representaram 4,26%, em 2012 e, 5,01 em 2013.

Esse crescente desembolso para os serviços de média e alta complexidade coincide, no município de Santana do Ipanema, com a transferência, em 2010, da administração do Hospital Regional Clodolfo Rodrigues de Mello para a Organização Social de Saúde (OSs),² Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde (IPAS), que recebe recursos públicos. O hospital é de média complexidade, com 176 leitos distribuídos entre as seguintes especialidades: 40 cirúrgicos, 52 clínicos, 34 obstétricos e 50 pediátricos. (BRASIL, 2012c). Desse total, 170 são destinados ao SUS, e seis não. O antigo hospital municipal Dr. Arsênio Moreira, inaugurado em janeiro de 1971, foi desativado, após a inauguração do Hospital Clodolfo Rodrigues.

A participação da iniciativa privada no SUS foi prevista no art. 199, § 1º da Constituição Federal de 1988:

as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Essa participação ampliou-se dentro do Sistema Único de Saúde, a partir de 1995, quando o ministro Bresser Pereira, do Ministério da Administração e Reforma do Estado, propõe o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. Sob a égide da eficiência do Estado, é lançado o Programa Nacional de Publicização, que autorizava o poder executivo, por meio da qualificação entidades privadas, como Organizações Sociais, a transferir-lhes a gestão de bens e serviços públicos cujas atividades fossem dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. Na

2 O modelo das organizações sociais foi criado pela medida Provisória nº 1.591 (BRASIL, 1997), e posteriormente pela Lei n. 9.637 (BRASIL, 1998), no governo de Fernando Henrique Cardoso. Trata-se de entidades privadas sem fins lucrativos e que, com o aval do Estado, assumem, entre outros serviços, os de saúde.

prática, o programa transferia a responsabilidade estatal dessas áreas sociais para as mãos da iniciativa privada, porém, mantendo o financiamento que continuava sendo público. Em 1997, era publicada a medida provisória nº 1591, que definia as Organizações Sociais como instituições de direito privado sem fins lucrativos e, em 1998, era aprovada a Lei 9.637 que regulamentava as OSs. Desde a publicação da lei, a participação das OSs continua a crescer no Brasil.

No caso da saúde, a entrega de um bem público à administração privada (no caso, uma OSs) se justifica para a população como uma forma de resolver problemas amplamente divulgados na mídia como a demora do atendimento ou da realização de exames nos hospitais. Essa psicosfera³ que desvaloriza a administração dos bens públicos se articula, no atual período da globalização, com o crescente interesse dos capitais de se apropriar de cada interstício do território, expandindo sua ação e ganhando um novo patamar de intervenção nos lugares. O ideário neoliberal que defende a diminuição do papel do Estado se materializa pela divulgação ad nauseam tanto de um conteúdo ideológico de origem distante como de um conjunto de normas que cria ou se apropria da materialidade preexistente. Assim, por meio de uma verticalidade institucional, a administração de um hospital público passa a ser feita por um contrato de gestão por uma entidade privada que recebe recursos orçamentários públicos, mas opera segundo a lógica do mercado. Como observa Túlio Batista Franco (1998), cria-se uma enorme contradição no funcionamento do SUS, pois as OSs são desobrigadas, por exemplo, de cumprir licitações para a compra de equipamentos ou a contratação de serviços que serão pagos com recursos do erário público. Outro problema apontado pelo autor é a falta de uma fiscalização externa dos conselhos de administração e do curador que dirigem as OSs.

A presença das OSs, de um lado, tem aprofundado a presença do mercado na área da saúde, beneficiando a indústria de equipamentos médicos hospitalares e a indústria farmacêutica, entre outros agentes. De outro, essas organizações disputam recursos do SUS, que deixam de ser investidos na diversificação de programas de prevenção. O paradoxo dessa situação é que o próprio Estado, que financia a saúde com recursos da sociedade, repassa crescentes subsídios públicos para a iniciativa privada sem nenhum controle externo.

No caso do município de Santana do Ipanema, localizado numa das áreas mais pobres de Alagoas, que também é um dos estados mais pobres da federação cuja grande maioria da população depende exclusivamente do SUS, é bastante

3 Psicosfera “é o resultado das crenças, desejos, vontades e hábitos que inspiram comportamentos filosóficos e práticos, as relações interpessoais e a comunhão com o universo (SANTOS, 1994, p. 32).

questionável que os recursos da saúde sejam administrados pela iniciativa privada. Essa contradição incontornável não pode ser desconsiderada pela análise de questões ligadas à saúde (como a ESF), pois só aparentemente são fatos separados: a lógica que se impõe cria uma desordem no funcionamento do SUS que, no limite, pode levá-lo ao esfacelamento. No município de Santana do Ipanema houve uma desaceleração acentuada nas despesas relativas a atenção primária o que poderá acarretar retrocessos nas ações preventivas.

Considerações finais

Em Santana do Ipanema, o avanço do processo de urbanização reforçou a polarização do município na Mesorregião do Sertão Alagoano, levando à diversificação dos serviços, do comércio, sustentado pelo aumento do consumo de parcelas da população. Os capitais privados, desse modo, têm buscando novos nichos de consumo e a saúde é um deles. A análise das transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para o município apontaram que o bloco de alta e média complexidade tem abocanhado recursos crescentes em detrimento dos demais blocos, em especial da Atenção Básica, que inclui o ESF. Essa tendência que se desenha tem consequências diversas para o funcionamento do SUS. Por um lado, com a diminuição dos repasses fundo a fundo para a atenção primária, uma das principais metas do SUS, a prevenção, que pode evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, ficará cada vez mais vulnerável. Isso tem consequências diretas na qualidade de vida dos indivíduos, que tendem a adoecer com maior facilidade. Por outro lado, com a ausência de prevenção, a tendência é o encaminhamento para a atenção especializada, o que amplia os gastos do sistema de saúde, já que as despesas com ações curativas, em função da incorporação tecnológica, são crescentes.

O financiamento do Sistema Único de Saúde é uma questão frequente nos debates sobre os rumos da saúde pública em nosso país. A Emenda Constitucional 29, aprovada em 2000, não atendeu a reivindicação de comprometer 10% da arrecadação da União para a saúde, mantendo ainda a indexação da despesa da União pela variação do PIB do ano anterior, o que significa que o aumento do gasto com saúde ocorrerá proporcionalmente ao crescimento econômico. Neste cenário de escassez de recursos, não é fácil conseguir um equilíbrio financeiro no sistema público de saúde. Se os recursos continuam escassos e o horizonte para mudanças a curto prazo é praticamente inexistente, como justificar que entidades de administração indiretas como as Organizações Sociais de Saúde administrem fundos públicos sem que haja um controle efetivo dos gastos? A ausência de transparência dos gastos é um dos principais problemas apontados, já que as OSs não precisam,

por exemplo, realizar licitações públicas para compra de equipamentos. Como manter a qualidade do atendimento das ações básicas, como a Estratégia de Saúde?

As discussões sobre as prioridades do Sistema Único de Saúde precisam ser urgentemente debatidas pela sociedade brasileira. Na Constituição de 1988, o capítulo que deu origem ao SUS é um dos mais emblemáticos sobre os avanços dos princípios da cidadania em nosso país.

Todavia, o SUS não é valorizado pelo conjunto da sociedade. É visto pelas classes altas e médias como um sistema voltado para os mais pobres, como algo residual, menor. Somente em algumas situações, quando se deparam com os empecilhos das operadoras de planos de saúde para custear tratamentos mais caros, é que parcelas dessas classes altas e médias passam a conhecer e a usar o SUS. Os êxitos de programas como a Estratégia de Saúde da Família ocupam pouco espaço na mídia, que prioriza sempre reportagens sobre os problemas dos hospitais públicos, vinculando o caos da saúde ao atendimento hospitalar, como se o SUS apenas realizasse esse tipo de ação, reforçando ainda para a sociedade a incapacidade administrativa do poder público, abrindo brechas que justifiquem a entrega de bens públicos para setores privados da saúde.

Já para o mercado, que age em função das novas possibilidades de uso do território, há nichos que são extremamente valorizados, como os serviços de média complexidade, onde hoje atuam as Organizações Sociais de Saúde. A apropriação do Hospital Clodolfo Rodrigues de Mello, em Santana do Ipanema, construído com recursos do Governo Federal, no final da década de 1990, não passou despercebida pelos agentes privados da saúde. Desse modo, é que a OSS, Iparde, administra o hospital desde sua inauguração, em 2010.

Desde a institucionalização do SUS, em 1988, os sucessivos governos, em graus diferenciados, tem se rendido as forças do mercado. Não há vontade política de universalização do sistema público em nosso país. Ainda que tenham ocorrido conquistas, elas estão permanentemente ameaçadas, porque prevalecem interesses conflitantes. Os serviços privados de saúde buscam lucratividades ascendentes dentro de uma lógica onde os recursos públicos são limitados. Por outro lado, nos distintos níveis de poder (federal, estadual e municipal), o receituário neoliberal, em diferentes graus, continua a ser valorizado, o que explicaria a presença e ampliação dos agentes privados atuando ativamente no SUS. Enquanto houver serviços privados de saúde no seio do SUS, o colapso da saúde pública será apenas uma questão de tempo.

Referências

- ALMEIDA, Eliza P. Uso do território e os novos desafios do SUS no estado de Alagoas. In: DANTAS, Aldo et al. (org.). *Lugar-mundo: perversidade e solidariedade: encontros com o pensamento de Milton Santos*. Natal: EDUFRRN, 2011, p. 122- 134.
- ALMEIDA, Eliza P.; ANTAS JR., Ricardo M. Os serviços de saúde no estado de São Paulo: seletividades geográficas e fragmentação territorial. In: MOTA, André et al. (org.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: Casa de Soluções, 2011, p. 281-295.
- BRASIL. Lei nº 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 menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2013.
- BRASIL. Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997: Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do laboratório Nacional de Luíz Sincrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 out. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Bolsa Família na Saúde. Datasus. RI Bolsa Família CadÚnico. Santana do Ipanema, AL, 2013a. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>. Acesso em: 31 out. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/indxExterno.jsf>. Acesso 11 jan.2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Informação de Saúde. Datasus, mai. 2010a. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso: 1 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php>. Acesso em: 10 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 25 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011. Datasus, 2011a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pactmap.htm>. Acesso em 4.set. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informação de Saúde. Datasus, 2011b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pactmap.htm>. Acesso: 1 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 698, de 30 de março de 2006. Define o financiamento tripartite no custeio das ações de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. RI Bolsa Família CadÚnico. Santana do Ipanema, AL, 2012. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Riv3/geral/index.php>. Acesso em: 5 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. CNESNet. Alagoas. Santana do Ipanema, Datasus, 2012c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=27&VMun=270800>. Acesso em: 7 set. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Informações da Saúde. Cadernos de Informação de Saúde (Alagoas), 2010b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso em: 13 out. 2013.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Relatórios de Informações Sociais. Panorama Municipal Segundo Censo Demográfico 2010 (IBGE). Santana do Ipanema, 2010. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/FerramentasSAGI/Mops/>. Acesso em: 27 nov. 2013.
- FRANCO, Túlio Batista. *Conferência Nacional de Saúde online*, jun. 1998. Disponível em: <http://www.slideshare.net/gdoram/as-os-e-o-sus-conferencia-nacional-de-sade-on>. Acesso em: 28 out. 2013.
- IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/.../00000006413211092011325016181819.pdf>. Acesso: 2 out. 2013.

- PANORAMA MUNICIPAL SEGUNDO CENSO DEMOGRÁFICO 2010 (IBGE). Santana do Ipanema. *Relatório*, 2010b. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php?file=entrada&relatorio=121>> . Acesso em: 3 nov. 2013.
- RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.
- REDE DE AVALIAÇÃO E CAPACITAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DOS PLANOS DIRETORES PARTICIPATIVOS. *Relatório Estadual de Avaliação dos Planos Diretores Participativos de Alagoas*, 2010. Disponível em: <<http://web.observatoriodasmetrolopoles.net/planosdiretores/produtos/relatorioestadualalagoas.pdf>> . Acesso em: 28 nov. 2013.
- RELATÓRIOS DINÂMICOS. Indicadores Municipais. Santana do Ipanema, AL, 2012. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/relatorios/al/santana-do-ipanema>> . Acesso em: 5 nov. 2013.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. São Paulo/Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. *GEOgraphia*, Niterói/Rio de Janeiro: UFF/EGG, ano I, n. 1, p. 7-13, 1999.
- SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>> . Acesso em: 28 nov. 2013.
- SILVEIRA, Maria Laura. O lugar defronte os oligopólios. In: DANTAS, Aldo et al. (org.). *Lugar-mundo: perversidade e solidariedade: encontros com o pensamento de Milton Santos*. Natal: EDUFRN, 2011. p. 80-100.

Sobre a autora

Eliza Pinto de Almeida: geógrafa, mestra e doutora pela Universidade de São Paulo, Atualmente é professora na Universidade Federal de Alagoas, atuando nos temas território usado, saúde, políticas públicas e formação de professores.

* * *

ABSTRACT

The complex relationship in public and private health: territorial use in Santana do Ipanema, Alagoas (Brazil)

This paper aims to contribute to the debate on used territory in the analysis of the Family Health Strategy (EHP) in the municipality of Santana do Ipanema, located in the hinterlands of the state of Alagoas, Brazil. The work developed by the health teams is dependent on the social, spatial and cultural organization as well as on internal and external economic and political forces which play in each location. In the current context, in which the neoliberal thinking still plays an important role in the public sector, the transfer and distribution of financial resources from the National Health Fund to the Municipal Health Fund was analyzed. The results in the municipality have shown a decrease in financial resources for basic care as well as an increase in the amount devoted to medium and high-complexity inpatient and outpatient procedures.

KEYWORDS: used territory; public health; Family Health Strategy; organization; financial resources.

RESUMEN

La relación compleja em salud pública y privada: el uso del territorio em Santana de Ipanema, Alagoas

El objetivo de este trabajo es contribuir al debate sobre el territorio utilizado en el análisis de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en el municipio Santana de Ipanema, sertón alagoano. El trabajo de los equipos de salud está condicionado tanto por la organización social, espacial y cultural como también por las fuerzas económicas y las políticas internas y externas que inciden en los diversos lugares. En el contexto actual, en el cual las ideas neoliberales continúan con fuerte presencia en el poder público, son analizados el traspaso y la distribución de los recursos financieros del Fondo Nacional de Salud para el Fondo Municipal de Salud. Los resultados del municipio indican una disminución en los recursos financieros que son destinados a la atención básica con relación al aumento de la porción que es destinada a los procedimientos de mediana y alta complejidad hospitalaria y ambulatoria.

PALABRAS CLAVE: territorio utilizado; salud pública; Estrategia de Salud Familiar; organización; recursos financieros.

 **BCG:** <http://agbcampinas.com.br/bcg>