

A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NA ONCOLOGIA

The privatization of health through Civil Society Organizations in Oncology

La privatización de la salud a través de las Organizaciones de la Sociedad Civil en Oncología

Ivaneide Duarte de Freitas¹

Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-3818-1252>

Lattes:<http://lattes.cnpq.br/3853038268972208>

Email: ivaneideduarte87.id@gmail.com

Edlla Hoffmann²

Orcid:<https://orcid.org/0000-0003-3431-9688>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8231237630604757>

Email: edla.hoffmann@ufrn.br

Resumo: Este artigo objetiva analisar como se expressa a privatização da saúde por meio das Organizações Sem Fins Lucrativos que atuam como prestadoras de serviços oncológicos no município de Natal, no Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo bibliográfico e documental, com abordagem quanti-qualitativa, fundamentada na teoria social crítica. Os resultados apontaram para o aprofundamento do processo de privatização do SUS por meio das Organizações da Sociedade Civil, as quais se expandem vertiginosamente no campo da saúde, sustentadas em larga medida com recursos do fundo público. No município de Natal, as organizações filantrópicas detêm historicamente a oferta de serviços oncológicos, todavia, se consolidam e se estruturam no mercado a partir da regulamentação do SUS. Sua expansão resulta da mercantilização da saúde, da terceirização de serviços do SUS e de recursos e incentivos fiscais provenientes do Estado.

Palavras-chave: Contrarreformas do Estado. Privatização da Saúde. Organizações da Sociedade Civil. Prestadoras de serviços oncológicos.

DOI:10.26512/ser_social.v28i58.55607

Abstract: This article aims to analyze how the privatization of health is expressed through Non-Profit Organizations that act as providers of oncology services in the city of Natal, in Rio Grande do Norte. The research deals with a bibliographic and documentary study, with a quantitative-qualitative approach, based on the light of critical social theory. The results pointed to the deepening of the privatization process of the SUS through Civil Society Organizations, which are expanding rapidly in the field of health, supported to a large extent with resources from the public fund. In the city of Natal, philanthropic organizations have historically offered oncology services, however, they have consolidated and structured themselves in the market based on SUS regulation. Its expansion results from the commercialization of health, the outsourcing of SUS services and resources and tax incentives from the State.

Keywords: State counter-reforms. Privatization of Health. Civil Society Organizations. Oncology service providers.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo analizar cómo la privatización de la salud se expresa a través de Organizaciones sin Fines de Lucro que actúan como prestadoras de servicios de oncología en la ciudad de Natal, en Rio Grande do Norte. La investigación aborda un estudio bibliográfico y documental, con enfoque cuantitativo-cualitativo, basado en la luz de la teoría social crítica. Los resultados apuntaron a la profundización del proceso de privatización del SUS a través de Organizaciones de la Sociedad Civil, que se están expandiendo rápidamente en el campo de la salud, apoyadas en gran medida con recursos del fondo público. En la ciudad de Natal, las organizaciones filantrópicas históricamente han ofrecido servicios de oncología, sin embargo, se han consolidado y estructurado en el mercado con base en la regulación del SUS. Su expansión resulta de la comercialización de la salud, la subcontratación de servicios y recursos del SUS y los incentivos fiscales del Estado.

Palabras Clave: Contrarreformas estatales. Privatización de la Salud. Organizaciones de la Sociedad Civil. Proveedores de servicios de oncología.

Introdução

Este artigo faz parte dos estudos desenvolvidos no mestrado acadêmico em Serviço Social, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O objetivo foi analisar como se expressa a privatização da saúde por meio das Organizações Sem Fins Lucrativos (OSFL) que atuam como prestadoras de serviços oncológicos no município de Natal, no Rio Grande do Norte. Fundamentado no materialismo histórico-dialético, o estudo desenvolveu-se a partir de uma ampla revisão bibliográfica e pesquisa documental, efetivada através de coleta de dados e informações em Relatórios Anuais de Gestão estadual e municipal, Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Norte (TCE-RN), legislações e informações solicitadas via Portal da Transparência da União, compreendendo o período entre os anos de 2015 e 2021.

Cabe destacar que o aprofundamento da crise do capital, da reestruturação produtiva e da consolidação e do avanço do neoliberalismo no Brasil tem ocasionado impactos profundos que se refletem na retração das políticas sociais, na precarização do trabalho, na redução de direitos e na intensificação da pobreza, repercutindo diretamente na vida dos(as) trabalhadores(as) e usuários(as) dos serviços.

O processo de monopolização do capital no período da ditadura empresarial-militar alterou os padrões de enfrentamento da questão social, atingindo seu apogeu na consolidação do novo marco regulatório expresso na Constituição Federal de 1988. Não obstante, os direitos constitucionais recém-conquistados encontram limites para sua efetivação, diante da crise estrutural do capital (MÉSZÁROS, 2010) e da consolidação da conjuntura neoliberal que se processa a partir da década de 1990, sedimentando nas políticas sociais características de privatização, terceirização e descentralização, financeirização e desfinanciamento (BRETTAS, 2020).

Nessa conjuntura, as Organizações da Sociedade Civil (OSCs) se expressam como constitutivas do processo de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS), situadas no âmbito das relações contraditórias dessa sociedade. Ao mesmo tempo que revelam, elas também obscurecem sua natureza e propósito e se apresentam como “filantrópicas” e “sem fins lucrativos”, mas se expandem vertiginosamente sob o respaldo do Estado capitalista, sobretudo com o Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRAE), do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

A exposição deste artigo está estruturada em quatro seções que se distribuem a partir desta introdução, que apresenta a contextualização do objeto e o delineamento da pesquisa. Na segunda seção, discorre-se sobre a contrarreforma na saúde em suas múltiplas dimensões e as novas formas de interação com o mercado, expressas na expansão da privatização e terceirização do SUS, através das denominadas “parcerias” público-privadas, enfatizando as OSCs. A terceira seção traz a análise sobre a hegemonia das organizações que atuam na oferta de serviços oncológicos no município de Natal-RN por meio do SUS. Por fim, as considerações finais procuram realizar a síntese do estudo e apontar proposições que não se esgotam no presente texto.

Saúde não é mercadoria: expressões da contrarreforma na saúde no Estado Neoliberal

A política de saúde, desde a sua gênese, tem sido alvo de interesse entre os setores público e privado. No Brasil, a partir da ditadura empresarial-militar, sob a influência norte-americana, o modelo de saúde assume características particulares que se expressam, sobretudo, na incorporação de novas tecnologias através de equipamentos da área médica, na medicalização da vida para atender às necessidades econômicas da crescente indústria farmacêutica e no alinhamento da atenção à saúde às demandas do mercado, assumindo traços próprios das relações sociais capitalistas. Nesse contexto, ocorre o privilegiamento do modelo privatista da saúde (BRAVO, 2009). Em contrapartida, nessa conjuntura também se fortalece o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que, depois de muita luta e mobilizações sociais e políticas, conseguiu incluir na Constituição Federal de 1988 a saúde como direito de todos(as) e dever do Estado.

Na década de 1980, a polarização política e as disputas no setor de saúde eram evidentes e expressas, sobretudo, em dois blocos principais: “os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da associação de indústrias farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p. 97). Nesse cenário, constitui-se o SUS, o qual integrou ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com atendimento universal, integral e gratuito. Por sua vez, a participação da iniciativa privada ficou garantida, ainda que de forma complementar ao SUS, além disso, manteve-se a situação da indústria farmacêutica, sob o comando das multinacionais.

Os desafios e as disputas no campo das políticas sociais e, particularmente, da saúde se intensificaram a partir da década de 1990, conjuntura permeada por contradições, pois, na mesma medida em que o SUS começa a ganhar corpo e organicidade política e jurídica, setores da classe dominante se articulavam para desmontar os direitos recém-conquistados na Constituição Cidadã, promovendo na saúde uma universalização excludente e mercantilizada.

De acordo com Soares (2020), as respostas à crise estrutural do capital, mediadas pelas particularidades da conjuntura brasileira, tornaram-se o principal empecilho para a efetivação do SUS no âmbito legal. Nesse sentido, uma nova racionalidade é disseminada no tecido social por meio da estruturação de estratégias que seriam capazes de responder à necessidade de um novo padrão de acumulação, tendo como base a financeirização do capital, a reestruturação produtiva e a reconfiguração do Estado.

O aprofundamento da crise econômica reverberou em um movimento de reorganização da atuação estatal e contribuiu para a consolidação do projeto privatista, o qual tem como proposta o desmonte do SUS, com vistas à mercantilização crescente das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), seguindo as recomendações propostas pelo Consenso de Washington, sob o respaldo dos organismos internacionais, dentre os quais se destacam a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM).

Nessa seara, o conteúdo reformista do Estado neoliberal espraia-se no Brasil sob o símbolo ideológico da modernidade e da eficiência, apontado como única alternativa capaz de superar a crise econômica desencadeada na década de 1980, vista, portanto, como crise do Estado (BRASIL, 1995). É nessa conjuntura que se desenvolve

no Brasil o arcabouço teórico e ideológico do chamado “terceiro setor”, que preconiza a atuação de Organizações da Sociedade Civil (OSCs) como braço do Estado na implementação das políticas públicas.

Correia (2011) afirma que a tendência crescente de repasse de recursos do fundo público para o setor privado foi explicitada em 1995, no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Nesse documento, fica nítido o novo papel regulador do Estado, ao enfatizar a necessidade de promover o repasse da gestão e da execução dos serviços públicos de natureza social para entidades de direito privado através de contratos de gestão (CORREIA, 2011). Dessa forma, sob o manto da racionalização dos gastos, o Estado fortalece o setor privado a partir da transferência de verba pública para essas organizações.

Nessa direção, os avanços da CF-1988 são vistos como um retrocesso, de modo que o PDRAE propõe para o serviço público um modelo gerencial baseado em “conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados” (BRASIL, 1995, p. 07). Sua ênfase se centra na qualidade e na produtividade, considerando os(as) usuários(as) dos serviços como clientes privilegiados. Esse documento está explicitamente ligado aos conceitos neoliberais e na esteira da mercantilização dos serviços públicos, recomendando ampliar a competitividade dos serviços sociais mediante transferência para as Organizações Sociais (OSs).

Assim, as Organizações da Sociedade Civil se estruturaram juridicamente enquanto fruto da reestruturação do capital, atreladas às múltiplas determinações da reconfiguração do Estado, por intermédio do Programa de Publicização, elaborado durante o governo de FHC. A defesa da transferência da execução das políticas públicas para as OSCs pressupõe que esses serviços ofertados pelo setor público não estatal são mais eficientes, desde que mantido o financiamento público, resultando em melhor atendimento ao cidadão a um custo “supostamente” menor (BRASIL, 1995), com implicações na propagação dessas instituições por todo o país.

O Mapa das OSCs indica que até 2023 existia um quantitativo de 879.326 instituições no Brasil. O maior número de OSCs se concentra na região Sudeste, onde há mais investimentos governamentais e uma infraestrutura melhor. No estado do Rio Grande do Norte, as OSCs representam um universo de 11.033 e, no município de Natal/RN, são 2.699, apresentando uma ampliação significativa a partir da década de 1990¹. Estima-se que esse número seja ainda maior, uma vez que não há um controle efetivo sobre a totalidade dessas organizações.

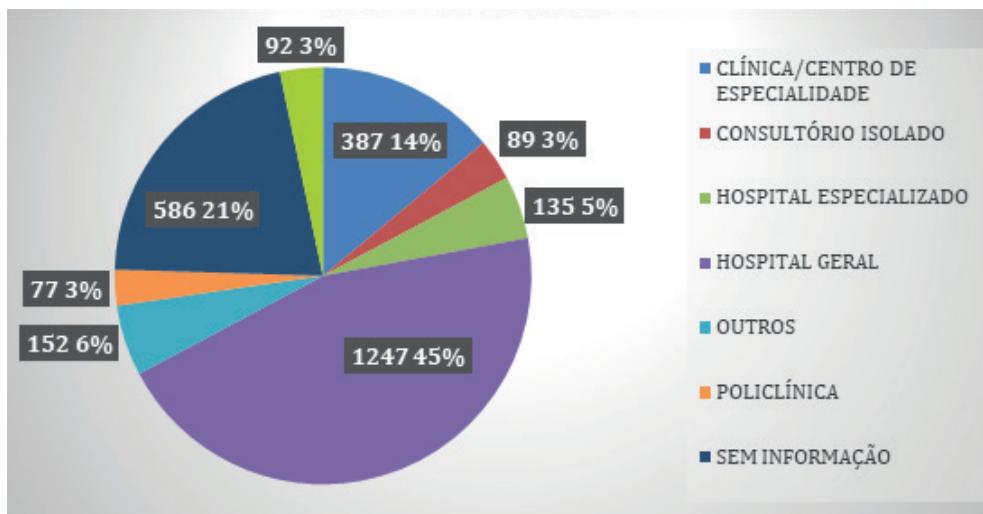
Um dos pontos mais perversos da contrarreforma realizada por FHC foi tornar a saúde como área não exclusiva do Estado, fortalecendo a ideia de terceirização dos serviços mediante sua oferta pelas OSs (SOARES, 2020). Nessa perspectiva, cria-se um mercado competitivo, alimentado pelos recursos do fundo público, ao mesmo tempo que racionaliza os gastos públicos a partir da seletividade da oferta, direcionada para a esfera pública não estatal.

A complementariedade do SUS pela iniciativa privada, prevista pela CF-1988, estabelece que essa participação ocorreria somente se a oferta de serviços por equipamentos públicos fosse insuficiente. Logo, seria efetivada preferencialmente por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, com vistas a garantir a cobertura assistencial da população brasileira, na direção da progressiva estatização da saúde. Entretanto, o que vem acontecendo de fato é a progressiva desestatização da saúde pela desresponsabilização do Estado e a privatização exacerbada dos serviços, sobretudo em áreas

¹ Dados coletados no mapa das OSCs. Disponível em: <<https://mapaosc.ipea.gov.br>/mapa/2408102> Acesso em: 16 set. 2024.

mais rentáveis, ou seja, a complementariedade invertida (CORREIA; SANTOS, 2015). O Gráfico a seguir revela o dimensionamento das OSCs que atuam no campo da saúde e os setores privilegiados.

Gráfico 1 – Distribuição de OSCs que atuam no campo da saúde por tipo de estabelecimento no Brasil



Fonte: Elaboração própria (2024) com base em dados do IPEA. Disponível em: <<https://mapaosc.ipea.gov.br/indicadores>> Acesso em: 28 set. 2024

Constata-se no Gráfico 01 um número expressivo de OSCs (586) que não informaram sobre o tipo de estabelecimento em que estão estruturadas, demonstrando falta de compromisso com a transparência de informações prestadas por essas instituições. Além disso, 50% dessas organizações estão concentradas na rede hospitalar, isto é, na alta complexidade do SUS.

As Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) foram regulamentadas na década de 1990. Elas já estavam em discussão no PDRAE, apontadas como entidades de direito privado, com autonomia financeira e administrativa, as quais teriam, a partir da qualificação, autorização para celebrar contratos de gestão com o poder público, bem como o direito à dotação orçamentária.

Outro meio de “parceria” entre o poder público e as OSCs que merece destaque é o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), regulamentado em 2009². A concessão do CEBAS à entidade beneficiante de assistência social na área de saúde é de responsabilidade do Ministério da Saúde, o qual reconhece essas organizações como “um importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde ao integrarem a rede complementar SUS” (BRASIL, 2021, p. 109). Todavia, na realidade, essas organizações não se expressam como complementares, na medida em que apenas as filantrópicas realizam mais de 50% do total de atendimento de toda a rede SUS.

Além da expansão das OSCs, a década de 1990 expressou um movimento de refluxo da luta pela Reforma Sanitária, que repercutiu no enfraquecimento da resistência aos ataques no campo da saúde pública. Assim, “a concretização do SUS, conforme seu marco legal original, para grande parte do movimento sanitário, deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo” (SOARES, 2020, p. 67). Nesse sentido, grande parte desses atores se direcionou para lutar pela efetivação do chamado “SUS possível”, movidos pela descrença na materialização do marco legal, diante das contrarreformas e ajustes neoliberais.

Nesse viés, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), através da Lei n. 12.550/2011, considerada como mais um dos retrocessos no campo da saúde. Essa instituição pode contratar “funcionários por CLT e por contrato temporário de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 26). Além disso, em 2014, foi aprovado o Marco Regulatório das OSCs, através da Lei 13.019, possibilitando uma maior interação do governo com essas instituições.

Como estratégia de fortalecimento dessas organizações, instituiu-se o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que atuam na área da saúde e que participam de forma complementar do SUS (PROSUS), por meio da Lei n. 12.873/2013. Dentre os benefícios concedidos às OSCs, destacam-se a remissão das dívidas vencidas, certidões que permitem contratar empréstimo junto às instituições financeiras, promover a recuperação de créditos tributários e não tributários devidos à União e apoiar a recuperação econômica e financeira das entidades de saúde privadas filantrópicas e daquelas sem fins lucrativos.

Por seu turno, o processo de desfinanciamento e de privatização da saúde se intensificou a partir de 2016, por meio da implementação da agenda para saúde, comandada pelo governo interino e golpista do ex-presidente Michel Temer. Nesse cenário, a saúde pública saiu da condição de subfinanciamento e adentrou em um processo de desfinanciamento (MENDES; CARNUT, 2020), na medida em que diminuiu o valor do gasto público em relação à arrecadação³ e o reajuste dos investimentos nas políticas sociais ficou vinculado à inflação.

A partir do governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, acentua-se a devastação do SUS. Os documentos da agenda governamental indicam a predileção da iniciativa privada, alicerçada em um discurso ideológico em defesa de privatização total, sob a justificativa de alcançar a eficiência econômica e o equilíbrio das contas públicas, mesmo em meio à instauração da pandemia da Covid-19 (BRAVO; PELAEZ, 2020). As medidas desse governo expressam a banalização e a desvalorização da vida, sobretudo dos mais pobres.

A privatização do SUS continuou sendo ampliada durante o período pandêmico, particularmente pelas OSs, através do repasse da gestão dos hospitais de campanha, o que resultou em denúncias e escândalos de corrupção envolvendo desvios

3 Nessa conjuntura, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 95/2016, que estabeleceu um teto para os gastos primários por vinte anos no Brasil, trazendo graves prejuízos ao financiamento da saúde pública. Essa Emenda foi substituída pelo Novo Regime Fiscal (NAF), instituído por meio da Lei Complementar n. 200/2023, que, apesar de não ser tão rígido como a EC 95/2016, possui mecanismos limitadores para a expansão do orçamento com gastos sociais, impedindo o crescimento de investimento em políticas públicas no mesmo patamar da evolução das receitas governamentais (SALVADOR, 2024).

de recursos públicos (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021). Apesar disso, percebe-se que esse modelo de gestão tem tido prioridade e vem conseguindo avançar na prestação de serviços de saúde pública.

Cabe apontar que, apesar de o Estado vir ampliando as parcerias com as instituições do “terceiro setor” por meio da terceirização dos serviços públicos de saúde, sob o discurso da redução dos custos e da qualificação dos serviços, essas organizações têm sido alvo de denúncias por todo o Brasil, inclusive no estado do Rio Grande do Norte (RN). No que concerne ao município de Natal/RN, a Organização Social MARCA, bem como as OSFL identificadas como Hospital Varela Santiago e Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (LNRCC)⁴, que atuam no setor oncológico, também foram alvo de denúncias e auditorias apresentando uma série de irregularidades, que vão desde o processo inicial de contratualização, persistem no período de execução e seguem até a prestação de contas.

Dentre as irregularidades observadas nas auditorias⁵ em relação às organizações acima mencionadas, destacam-se: ausência de registros de acompanhamento, fiscalização, monitoramento, controle e avaliação pela SESAP/RN e pela SMS de Natal no que tange aos serviços prestados; realização de pagamento de contrato de gestão de forma irregular; irregularidades quanto a qualificação e contratualização para gerir a operacionalização de Unidade de Pronto Atendimento (UPA); dados desatualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); falta de transparência; inconfididez em sua estrutura física; utilização dos serviços do SAMU de forma irregular; falta de Alvará Sanitário; inconsistência nas informações notificadas no sistema SIA/SUS, com ocorrência de glosa; dispensa de licitação para contratação de leitos de UTI no período da pandemia da Covid-19 com valores muito superiores aos praticados no mercado; e custeio, pelo Estado, de obras físicas em benefício da instituição privada.

Diante do exposto, além de todas as problemáticas levantadas, evidencia-se a fragilidade do controle social sobre as OSCs pelos órgãos de fiscalização. Ademais, a expansão das OSCs não se dá apenas em números quantitativos, mas também no que diz respeito à estrutura dessas organizações, a exemplo das filantrópicas e sem fins lucrativos que são históricas no campo da saúde e educação, mas que se fortalecem e ganham nova roupagem quando viram “parceiras” do Estado na execução de políticas públicas.

Na perspectiva de apreender como tem se conformado a privatização da saúde por meio das OSCs que se estabeleceram no município de Natal/RN, particularmente no âmbito da prestação de serviços oncológicos, na próxima seção busca-se delinejar alguns elementos acerca da organização dessas instituições para ofertar serviços públicos de saúde, apontando quem detém a hegemonia e de onde vêm os recursos que possibilitam a manutenção e a expansão dessas organizações.

4 É uma instituição sem fins lucrativos criada em 1949 na cidade de Natal/RN, que possui atualmente 06 unidades na capital: o Hospital Dr. Luiz Antônio, o Centro Avançado de Oncologia, a Policlínica, o Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação e a Casa de Apoio Irmã Gabriela.

5 Essas auditorias estão disponíveis nos Relatórios Anuais de Gestão da SMS 2017, 2018 e 2019, sob o número 16.195, 16.751, 17.985, 18.059; nos Relatórios Anuais de Gestão da SESAP 2019 e 2020; e no Relatório de Auditoria do TCE-RN, 2020.

A Hegemonia das Organizações da Sociedade Civil na oncologia em Natal/RN

As neoplasias malignas se apresentam na atualidade como um dos principais problemas de saúde pública do planeta. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁶, a incidência e a mortalidade por câncer vêm se ampliando, em parte, “pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico” (INCA, 2019, p. 25). Conforme o Instituto, a estimativa anual para o triênio 2023-2025 é de 704 mil novos casos de câncer no Brasil.

A ampliação dos casos de câncer tem requisitado dos órgãos públicos investimentos em políticas públicas de prevenção, controle e tratamento em todas as regiões do Brasil. De acordo com o INCA, todos os estados brasileiros possuem, pelo menos, um hospital habilitado em oncologia, onde o(a) usuário(a) encontra desde exames até cirurgias mais complexas. No RN, existem atualmente 07 desses hospitais, dos quais 05 estão localizados em Natal: Hospital do Coração de Natal, Hospital Dr. Luiz Antônio, pertencente a LNRCC, Hospital Infantil Varela Santiago, Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e Hospital Rio Grande; e 02 em Mossoró: Hospital da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC) e Hospital Wilson Rosado.

Entre os hospitais localizados no RN que prestam serviços oncológicos, três (H. Luiz Antônio, H. Infantil Varela Santiago e LMECC são OSCs com certificação CEBAS/ SAÚDE; três (H. Rio Grande, H. do Coração e H. Wilson Rosado) são sociedades empresariais do setor privado e apenas um (HUOL) é de natureza pública, sendo administrado pela EBSERH. Cabe destacar que no estado do RN não há hospital de gestão pública ofertando serviços de oncologia, o que demonstra o acentuado avanço da privatização, particularmente nos serviços oncológicos de alta complexidade em saúde.

Na cidade de Natal, os hospitais filantrópicos – que são historicamente responsáveis por esses serviços – ofertavam, em sua gênese, serviços de forma bem reduzida e caracteristicamente filantrópicos. Atualmente, esses serviços se expandiram consideravelmente e são em larga medida ofertados mediante contratualização com o SUS, sobretudo por OSFL. Para se ter uma melhor apreensão acerca desse cenário, explicita-se na Tabela 01 como está a distribuição de leitos de oncologia ofertados pelo SUS no município de Natal/RN, em 2024.

Tabela 1 – Leitos cirúrgicos e clínicos em oncologia ofertados pelo SUS no município de Natal/RN

| CNES | ESTABELECIMENTOS | LEITOS CIRÚRGICOS SUS | LEITOS CLÍNICOS SUS |
|------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| | CECAN | 0 | 2 |
| 8003629 | HOSPITAL DO CORAÇÃO DE NATAL | 4 | 9 |
| 2409194 | HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO | 89 | 74 |
| 2409151 | HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO | 6 | 10 |
| 2656930 | HOSPITAL RIO GRANDE | 7 | 8 |
| 2653982 | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES | 15 | 15 |
| 3708926 | HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL | 0 | 2 |
| TOTAL DE LEITOS | | 121 | 120 |

Fonte: Elaboração própria (2024) com base em dados coletados no CNES-Net, DATASUS, MS. <<http://cnes2.datasus.gov.br/>> Acesso em: 16 set. 2024.

A Tabela 01 revela que a LNRCC detém o maior quantitativo de leitos cirúrgicos em oncologia na cidade de Natal, dispondo de 74% do total de leitos do SUS, o que demonstra a hegemonia dessa instituição na oferta desse serviço. Com relação aos leitos clínicos, percebe-se a mesma tendência, pois estes também estão concentrados na LNRCC, que detém 63% do total de leitos do SUS. Evidencia-se que, apesar das irregularidades apontadas, o Estado continua terceirizando a oferta de serviços por meio das OSFL.

Na perspectiva de aprofundar as análises sobre a hegemonia das organizações que atuam na oferta de serviços de oncologia em Natal, em consulta ao Portal da Transparência, constatou-se a frequência total de procedimentos ambulatoriais realizados por essas organizações e os valores em reais repassados pelo SUS entre os anos de 2015 e 2021. Para visualizar melhor esse processo, observa-se a Tabela 02.

Tabela 2 – Produção ambulatorial dos prestadores oncológicos no município de Natal/RN

| HOSPITAL RN (CNES) | FREQUÊNCIA 2015 - 2021. | VALORES EM REAIS |
|--|-------------------------|---------------------------|
| 2380463 INCOR NATAL | 45.114 | R\$ 7.042.089,66 |
| 2381451 HEMOCENTRO DALTON BARBOSA C. HEMONORTE | 3.401.576 | R\$ 77.520.581,62 |
| 2409151 HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO | 307.323 | R\$ 10.732.375,74 |
| 2409151 HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO | 2.629.913 | R\$ 247.534.461,81 |
| 2653982 HUOL HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES | 5.839.722 | R\$ 71.263.772,34 |
| 2656930 HOSPITAL RIO GRANDE | 29.193 | R\$ 10.019.972,20 |
| 3708926 HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL | 2.975.670 | R\$ 15.467.669,26 |
| 8003629 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE NATAL | 112.290 | R\$ 32.072.447,36 |
| TOTAL | 15.340.801 | R\$ 471.653.369,99 |

Fonte: Elaboração própria (2023) com base nos dados solicitados via Portal da Transparência ao Ministério da Saúde. Base de Dados do SIA/SUS, fornecidos pelo DATA-SUS (tabulados pela CGSI em 03/03/2022).

Os dados expostos na Tabela 02 demonstram que, em relação à produção ambulatorial do período analisado, o HUOL realizou o maior número de procedimentos, atingindo um patamar de 38%. Na sequência, vem o Hemocentro representando 22% dos procedimentos; o Hospital Municipal de Natal, com 19,4%, e, por conseguinte, o Hospital Dr. Luiz Antônio (HLA) da LNRCC, com aproximadamente 17%. Ressalta-se que, apesar de a LNRCC não ter oferecido o maior número de procedimentos ambulatoriais no período em questão, é possível constatar que essa organização foi a que recebeu o maior volume de recursos provenientes do SUS no período analisado, correspondendo a 52% do total destinado aos prestadores desses serviços, o que denota que são oferecidos alguns procedimentos de maior custo.

O HUOL foi a instituição que hegemonizou a oferta de procedimentos ambulatoriais, contudo, no que se refere a recursos provenientes do SUS, a LNRCC recebeu mais do que o triplo do valor com relação ao Hospital Universitário. Isso se deveu devido à oferta de serviços de alto custo, insumos caríssimos para quimioterapia e radioterapia, bem como a execução de procedimentos por meio de equipamentos de ponta e alta tecnologia. Evidencia-se, então, o lugar ocupado pelas ISFL no favorecimento da produção e circulação de mercadorias, atendendo a necessidade da expansão e reprodução ampliada do capital (BRETTAS, 2020).

Além disso, quando se analisa o quantitativo de procedimentos, o percentual é considerado ínfimo para ser a produção de um hospital universitário de referência no RN. Destaca-se que, mesmo sob a gestão da EBSERH, não houve interesse político nem investimentos suficientes para ampliar os serviços, deixando-os sob a responsabilidade das filantrópicas. Compreende-se que a predileção pelas OSCs se dá em razão de o HUOL ser um hospital universitário, com ensino, pesquisa, extensão e mobilização de servidores(as) que denunciam irregularidades e resistem aos processos de intensificação da exploração, dando mais permeabilidade ao controle social, apresentando, por sua vez, menores possibilidades no ambiente da LNRCC, por exemplo.

No tocante à produção hospitalar realizada entre os anos de 2015 e 2021, é possível verificar na Tabela 03 que a LNRCC hegemoniza tanto o quantitativo de procedimentos como os valores recebidos via convênios com o SUS.

Tabela 3 – Produção hospitalar dos prestadores oncológicos do município de Natal/RN

| HOSPITAL RN (CNES) | FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS 2015-2021 | VALORES EM REAIS |
|---|---------------------------------------|---------------------------|
| 2380463 INCOR NATAL | 7.040 | R\$ 63.100.011,99 |
| 2409151 HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO | 48.338 | R\$ 56.201.846,57 |
| 2409194 HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO | 74.758 | R\$ 185.916.124,01 |
| 2653982 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES | 54.368 | R\$ 150.859.786,28 |
| 2656930 HOSPITAL RIO GRANDE | 6.298 | R\$ 33.398.315,43 |
| 3708926 HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL | 10.556 | R\$ 22.248.128,31 |
| 8003629 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE NATAL | 11.069 | R\$ 75.528.615,28 |
| TOTAL | 212.427 | R\$ 587.252.827,87 |

Fonte: Elaboração própria (2023) com base nos dados solicitados via Portal da Transparência ao Ministério da Saúde. Base de Dados do SIH/SUS, fornecidos pelo DATA-SUS (tabulados pela CGSI em 03/03/2022).

No período analisado, a LNRCC realizou 65% do total de procedimentos e recebeu um montante de recursos na casa dos R\$ 185 milhões, equivalente a quase 32% do total de recursos repassados pelo SUS às prestadoras de serviços hospitalares em oncologia, entre os anos de 2015 e 2021. Ademais, a Tabela 03 demonstra as elevadas transferências de recursos do SUS ao setor privado e as modalidades privatizantes de gestão, que, sob o incentivo da Lei de Responsabilidade Fiscal, favorecem a terceirização dos serviços, fragilizando a saúde pública brasileira (MENDES; CARNUT, 2020).

Diante do exposto, fica evidente que a LNRCC se destaca e hegemoniza a oferta de serviços de oncologia no município de Natal/RN, sendo a prestadora de serviços que mais recebe recursos provenientes do SUS, por prestar serviços de altíssimo custo. Além disso, vem se expandindo ao longo dos anos com recursos provenientes do Estado, sobretudo com a regulamentação do SUS. Sua manutenção se dá através de recursos provenientes de convênios com o SUS e com a rede privada, além de isenções fiscais, doações governamentais, recursos oriundos de emendas parlamentares, doações de pessoas físicas e jurídicas, atividades de ensino e pesquisa e trabalho voluntário. Essa instituição possui o CEBAS/SAÚDE e goza do direito à isenção do pagamento das contribuições fiscais destinada à Seguridade Social, de acordo com a Lei 12.101/2009.

Considerações finais

Os Estados nacionais assumiram um papel indispensável no processo de reestruturação do capital, considerando que as privatizações das empresas estatais, o desmonte das políticas sociais, a mercantilização dos serviços públicos, a flexibilização das legislações sociais e o favorecimento do capital por meio de políticas fiscais e monetárias derivam de decisões políticas que se processam no âmbito da burocracia estatal. Esse conjunto de medidas que se expandiu pelo mundo na década de 1970 e, particularmente, no Brasil em 1990 faz parte do arsenal de políticas anticíclicas implementadas na conjuntura neoliberal em face do aprofundamento da crise estrutural do capital.

Nesse contexto, o Estado neoliberal reconfigura suas relações com a sociedade civil e impulsiona um novo padrão de proteção e diversas respostas às expressões da questão social, distanciando-se de suas responsabilidades e transferindo-as para as OSCs (SOARES, 2020). Desse modo, abre-se uma ampla defesa pelas agências governamentais de caráter político e ideológico sobre a eficiência e a eficácia dessas organizações na execução dos serviços considerados não exclusivos do Estado. Por outro lado, o serviço público é desqualificado, passando a ser concebido como rígido, burocrático, arcaico, ineficaz e ineficiente (BRASIL, 1995). Desde então, as OSCs vêm assumindo progressivamente o papel do Estado na esfera da proteção social através da execução das políticas públicas, esvaziando seu caráter universal e reduzindo as possibilidades de controle social.

Apesar de o Estado vir progressivamente transferindo suas responsabilidades na oferta de serviços para as OSCs, por meio da terceirização dos serviços públicos de saúde, sob o discurso da redução dos custos e da qualificação dos serviços, os relatórios de auditoria apontam várias irregularidades cometidas por essas organizações, que vão desde o processo inicial de contratualização até o período de execução dos serviços. No tocante às entidades sem fins lucrativos, estas hegemonizam a oferta, indo de encontro à proposta constitucional, que preconiza a atuação dessas organizações de forma complementar aos serviços ofertados pela rede própria do SUS (BRASIL, 1988).

No âmbito municipal, os dados revelam que a LNRCC hegemoniza a oferta de serviços de oncologia na cidade de Natal. Essa instituição detém o maior número de leitos SUS e recebeu, entre os anos de 2015 e 2021, o maior quantitativo de recursos

provenientes do SUS. A LNRCC assume um caráter gerencialista e mercadológico com forte atuação na captação de recursos públicos, em que sua expansão se dá a partir da criação do SUS e da parceria público-privada firmada com o Estado. Apesar da predileção governamental no repasse de recursos públicos para essa organização, ela também foi alvo de denúncias e auditorias com evidências de irregularidades.

Diante do exposto, infere-se que as OSCs que atuam no campo da saúde, bem como as filantrópicas, que oferecem serviços oncológicos no município de Natal, não garantem aos usuários(as) do SUS serviços de melhor qualidade, em tempo oportuno e com menor custo para o Estado. Isso não passa de uma estratégia política e ideológica orquestrada pela classe dominante na perspectiva de estimular a privatização dos serviços de saúde, garantindo, desse modo, a expansão ampliada do capital, através da superexploração do trabalho e expropriação de direitos universais (FONTES, 2020).

Ademais, a privatização do SUS e o favorecimento do setor privado e filantrópico incidem tanto no sucateamento e desestruturação da rede pública de saúde como na despolitização do acesso na perspectiva de direito, enfraquecendo as possibilidades de controle social pelos(as) usuários(as), comprovando as tendências da contrarreforma na saúde. Isso posto, considera-se a importância do retorno ao debate do Movimento de Reforma Sanitária e da necessária articulação dos movimentos sociais por meio das entidades da sociedade civil organizada na perspectiva de montar estratégias para pressionar o poder público pela ampliação da oferta de serviços e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Muitos serão os desafios, mas diante deles não se pode desistir de lutar. Saúde não é mercadoria!

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 15 set. 2024.

_____. Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor de Reforma do Estado. Brasília.** Brasília-DF: MARE, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf> Acesso em: 04 jul. 2024.

_____. **Lei Complementar n. 187, de 2021.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp187.htm Acesso em: 07 jan. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeth et al. (org.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). **Saúde na atualidade:** por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 15-28.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147 Acesso em: 23 maio 2024.

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

CORREIA. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). **Saúde na atualidade:** por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 43-49.

CORREIA, Maria Valéria; SANTOS, Viviane Medeiros. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (org.). **A mercantilização da saúde em debate:** as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015 p. 33-41.

FONTES, Virgínia. Capitalismo filantrópico? Múltiplos papéis dos aparelhos privados de hegemonia empresariais. **Marx e o Marxismo – Revista do NIEP – Marx**, v. 8, n. 14, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- INCA. **Estimativa 2020:** incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MÉSZÁROS, Istvan. Das crises cíclicas à crise estrutural. In: MÉSZÁROS, Istvan. **Atualidade histórica da ofensiva socialista.** São Paulo: Boitempo, 2010, p. 69-98.

MENDES, Àquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136 Acesso em: 16 ago. 2022.

SALVADOR, Evilasio. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. **Revista Argumentum**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 6-19, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/44218/29917>. Acesso em: 21 mar. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL. Relatório Anual de Gestão 2018. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. **Relatório**. Natal: SMS, 2019.

_____. Relatório Anual de Gestão 2019. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. **Relatório**. Natal: SMS, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE. Relatório Anual de Gestão 2019. Governo do Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN). **Relatório**. Natal: SESAP, 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma do SUS e o Serviço Social.** Recife: ED UFPE, 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento a pandemia da Covid-19. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 ago. 2024.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Acompanhamento da implantação leitos no hospital da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, para enfrentamento da pandemia do Covid-19. Relator (Gilberto Jales), Natal-RN: TCE, 2020.

Notas finais

1 Mini currículo: Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Questão Social, Política Social e Serviço Social (GEP-QPSOCIAL). Especialista em Políticas Sociais Integradas. Conselheira do Conselho Regional de Serviço Social- CRESS/RN, gestão 2023-2026.

2 Mini currículo: Assistente Social. Doutora em Serviço Social (PPGSS/PUCRS). Professora Associada do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Questão Social, Política Social e Serviço Social (GEP-QPSOCIAL).

