

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Maria Carolina dos Santos Garcia

**AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE
NO BRASIL DURANTE OS GOVERNOS LULA**

Mariana/MG
2018

Maria Carolina dos Santos Garcia

**AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE
NO BRASIL DURANTE OS GOVERNOS LULA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Fernandes Ribeiro

Mariana/MG
2018

G216r Garcia, Maria Carolina Santos.
As recomendações do banco mundial para a política de saúde no Brasil durante os governos Lula [manuscrito] / Maria Carolina Santos Garcia. - 2018.

80f.:

Orientador: Prof. Dr. Rodrigues Fernandes Ribeiro.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social.

1. Banco Mundial. 2. Política de Saúde. 3. Contrarreformas. 4. Brasil - Política e governo - 2003-2010. I. Ribeiro, Rodrigues Fernandes. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 364:32

Catálogo: ficha.sisbin@ufop.edu.br

MARIA CAROLINA SANTOS GARCIA

**AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA A POLÍTICA DE
SAÚDE NO BRASIL DURANTE OS GOVERNOS LULA**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de graduação da Universidade
Federal de Ouro Preto como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em Serviço
Social.

Mariana, 12 de Dezembro de 2018.

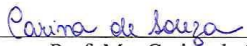
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Rodrigo Fernandes Ribeiro (Orientador)
Universidade Federal de Ouro Preto



Prof. Dra. Kathiúça Bertollo
Universidade Federal de Ouro Preto



Prof. Me. Carina de Souza
Universidade Federal de Ouro Preto

À minha família que, com muito carinho, não mediu esforços para que eu chegasse até essa etapa de minha vida. “Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós juntos” (Ray Kroc).

AGRADECIMENTOS

Inserir-me no curso de serviço social da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) neste tempo histórico, conjuntura política, econômica e social, com tais condições materiais e objetivas de existência, repleta de possibilidades e não menos de desafios, constituiu experiência valiosa em minha vida e por isso sou imensamente grata. Foi neste espaço que, após experimentar a adolescência e saída do ambiente doméstico/familiar, cresci enquanto acadêmica e sujeito histórico, crítico e de ideais revolucionários, capaz de, através da captação do movimento da realidade, contribuir, minimamente, ainda que nos moldes do capital, em favor da classe que tudo produz. Desta forma, sou grata à querida UFOP que em Mariana me permitiu viver, lugar onde tive contato com a dialética e pude apreender bem mais do que lições acadêmicas.

Gostaria de agradecer aos docentes que, cada qual com sua especificidade, contribuíram direta ou indiretamente ao longo dessa jornada para meu amadurecimento intelectual, em especial os professores doutores André Mayer, Marlon Garcia, Estela Saleh, Alexandre Árbia e Rodrigo Fernandes, com os quais tive mais proximidade em virtude do desenvolvimento de atividades como monitoria, projeto de extensão, iniciação científica e orientação de monografia.

Um agradecimento mais que especial vai para a professora Me. Alessandra Ribeiro, pelos riquíssimos espaços proporcionados para a produção de conhecimento.

Agradeço imensamente a banca composta pelas professoras Me. Carina Souza e Dra. Kathiúça Bertollo, pela disponibilidade de ler meu trabalho e pelas considerações que certamente contribuíram para que este esteja mais refinado e qualificado quando entregue à comunidade.

Agradeço também as supervisoras de campo de estágio Adriane Alves e Letícia Terezinha, assistentes sociais com as quais tive o prazer de conviver, por terem me selecionado para compartilhar parte tão fundamental da vida profissional no âmbito do trabalho cotidiano. Agradecimento que se estende a toda equipe da Secretaria de Desenvolvimento Social/Habitação da Prefeitura Municipal de Ouro Preto e da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Aos meus pais Sérgio Vinicius Leite Garcia e Rozeane Maria dos Santos, que me proporcionaram a vida e possibilitaram que eu superasse inúmeros obstáculos já desde a

infância, quando ainda nem imaginava as dificuldades, injustiças e contradições da vida. À minhas irmãs Maria Clara Santos Garcia, Maria Cláudia Santos Garcia, Brisinha e todos os meus familiares, especialmente meus avós Dirce Xavier Garcia (*in memoriam*), Antônio Leite Garcia (*in memoriam*), Maria de Lourdes Costa dos Santos e José Rosa dos Santos, por todo suporte material e emocional, sou eternamente grata. Sem dúvida alguma essa conquista também é de vocês.

Aos amigos e colegas de vida, movimento espírita e movimento estudantil, pelos momentos de alegria, descontração e, sobretudo, aprendizado que adquirimos juntos.

Á Deus por todo amparo e a todos aqueles que de alguma forma estiveram ou estão próximos a mim fazendo esta vida valer a pena. Lembrarei com imenso carinho.

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

RESUMO

As mudanças estabelecidas na dinâmica capitalista a partir do fim da Segunda Guerra Mundial fizeram emergir instituições incumbidas de financiar o desenvolvimento e direcionar as ações dos Estados, o que tem incorrido em uma verdadeira interferência sobre os mesmos. O Banco Mundial (BM) é um dos organismos criados a partir da Conferência de Bretton Woods que, ao longo de sua história, assume cada vez mais o direcionamento político-ideológico das políticas econômicas e sociais, dentre elas a saúde. Diversos documentos elaborados por este organismo, principalmente a partir dos anos 1990, evidenciam sua concepção sobre a política de saúde que os países de economia dependente deveriam assumir, baseando-se nos princípios de custo/efetividade e rejeição de sistemas universais públicos e estatais, como o implementado no Brasil a partir da Constituição de 1988. Cabe destacar a grande influência que o BM exerce sobre os países subdesenvolvidos, visto que financiamentos e empréstimos aos países por ele subsidiados são realizados a partir de compromissos de contrarreformas. Considerando que o Brasil desde 2003 vivenciou governos populares e que diversos estudos tem evidenciado que medidas contrarreformistas neste campo seguiram sendo implementadas, é fundamental a análise da relação das mesmas com as orientações elaboradas pelo BM. Com o intuito de identificar a relação das orientações para a política de saúde expressa pelos documentos do Banco Mundial e as contrarreformas empreendidas pelo Estado brasileiro durante os governos de Lula, essa pesquisa dedica-se à retomada da trajetória histórica do BM e da política de saúde brasileira, e a partir daí se evidencia as expressões da incidência deste organismo financeiro debruçando-se sobre os documentos: *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do sistema único de saúde* e *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*. Os documentos apresentam uma síntese dos 20 anos de implementação do SUS, e propõem ações que pudessem aperfeiçoar a gestão dos recursos, os processos de trabalho e a contratação de funcionários, seguindo a lógica empresarial. As análises indicadas nesta monografia evidenciam a profunda sintonia entre as recomendações do documento e as medidas propostas pelo Estado brasileiro sob gestão dos governos petistas, principalmente no que se refere à implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Tais medidas têm produzido problemáticas e desmontes na política pública de saúde.

Palavras-chave: Banco Mundial; Política de Saúde; Contrarreformas; Governos Lula.

ABSTRACT

The changes established in the capitalist dynamics since the end of the Second World War have given rise to institutions entrusted with financing development and directing the actions of the states, which has incurred a real interference with them. The World Bank (WB) is one of the bodies established since the Bretton Woods Conference, which, over its history, increasingly assumes the political-ideological orientation of economic and social policies, including health. A number of documents developed by this body, especially since the 1990s, show its conception of the health policy that dependent economy countries should assume, based on the principles of cost / effectiveness and rejection of universal public and state systems, such as which was implemented in Brazil since the 1988 Constitution. It is worth noting the great influence that the WB exerts on the underdeveloped countries, since financing and loans to the countries subsidized by it are carried out on the basis of counter-reform commitments. Considering that Brazil has experienced popular governments since 2003 and that several studies have shown that counter-reform measures in this field have been implemented, it is fundamental to analyze the relationship between them and the guidelines developed by the WB. In order to identify the relationship between the guidelines for health policy expressed by the World Bank documents and the counter-reforms undertaken by the Brazilian State during the Lula governments, this research is dedicated to the recovery of the historical trajectory of the WB and health policy Brazil, from which the expressions of the incidence of this financial organism are examined: *20 years of construction of the health system in Brazil: an analysis of the single health system and Governance in the Unified Health System (UHS) of Brazil: improving the quality of public spending and resource management*. The documents present a synthesis of the 20 years of implementation of the UHS, and propose actions that could improve the management of resources, work processes and hiring employees, following the business logic. The analysis indicated in this monograph evidences the deep harmony between the recommendations of the document and the measures proposed by the Brazilian State under the management of the PT governments, especially with regard to the implementation of the Brazilian Hospital Services Company (BHSC) and the Quality Improvement Program of Basic Attention (QIPBA). Such measures have produced problems and dismantling in public health policy.

Keywords: World Bank; Health Policy; Counter-reforms; Government Lula.

LISTA DE SIGLAS

- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ANFIP - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento
- BIRD - Banco internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
- BIRF - Banco Internacional de reconstrução e Fomento
- BM - Banco Mundial
- CAMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
- CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
- CF - Constituição Federal
- DIT - Divisão Internacional do Trabalho
- DST - Doença Sexualmente Transmissível
- EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- EUA - Estado Unidos da América
- FHC - Fernando Henrique Cardoso
- FMI - Fundo Monetário Internacional
- ICMS - Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- ONGs - Organizações não governamentais
- ONU - Organização das Nações Unidas

OS - Organizações Sociais

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Direito Público

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PIB - Produto Interno Bruto

PIP - Programa de Iniciação Científica

PMAQ - Programa de Melhoria na Qualidade da Atenção

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPGSS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

PROPP - Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

PSF - Programa de Saúde da Família

PT - Partido dos Trabalhadores

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

REUNI - Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESP - Serviço Especializado de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. O BANCO MUNDIAL E A IDEOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO	21
3. OS GOVERNOS LULA E AS POLÍTICAS “NEOLIBERAIS” (2003-2010)	38
3.1. OS PROJETOS DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ECONÔMICO DOS GOVERNOS LULA	38
3.2. AS AÇÕES DOS GOVERNOS LULA NA POLÍTICA DE SAÚDE	48
4. ANÁLISES E RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	59
4.1. O DOCUMENTO SOBRE OS 20 ANOS DO SUS	59
4.2. RECOMENDAÇÕES DO BM PARA A QUESTÃO DA GESTÃO DA SAÚDE	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

1. INTRODUÇÃO

A monografia que aqui se apresenta é fruto de uma trajetória de estudos e também de experiências de vida adquiridas ao longo destes quatro anos de graduação. Desta forma, em consonância com o caminho percorrido, apesar do desgaste advindo das atividades cotidianas que nos são demandadas e da subjetividade da categoria, pretendeu-se aqui construir um trabalho com muito amor, sem perder, no entanto, o rigor teórico proposto pelas bibliografias sugeridas, ementas do curso apresentadas ao longo das disciplinas e o alinhamento ao projeto ético-político profissional.

O interesse pelos estudos em saúde se deu a partir do contato com a disciplina *CSA351 - Política Social Setorial II: Saúde-Previdência* e, sobretudo, pelo fato de ter sido selecionada para ser bolsista no Programa de Iniciação Científica (PIP) fomentado pela Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação (PROPP), sob a orientação da docente Me. Alessandra Ribeiro de Souza, com o intuito de desenvolver a pesquisa intitulada *O Banco Mundial e a política de Saúde brasileira: contrarreformas e ameaça à soberania Nacional*, que se propôs a analisar de modo geral a incidência das propostas de organismos internacionais sobre a política de saúde brasileira durante os governos Lula e Dilma, num período compreendido entre os anos 2003- 2016.

A pesquisa aqui desenvolvida, partindo do acúmulo teórico adquirido ao longo do processo de iniciação científica, tem como objetivo geral apresentar as considerações obtidas acerca da influência que a instituição Banco Mundial (BM) exerceu e ainda exerce sobre o Brasil, país latino-americano de economia subalterna e dependente, em especial no que diz respeito à política nacional de saúde. Deste modo, como objetivos específicos, buscaremos reconstruir a constituição histórica do banco, a maneira como atua e sua interferência na área da saúde. A partir deste marco buscaremos fazer um resgate acerca das principais medidas contrarreformistas implementadas pelo governo delimitando o período de mandato do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que foram respectivamente entre os períodos de 2003 a 2006 e 2007 a 2010, paralelamente a análise de dois documentos publicados pelo BM.

Com relação ao BM, é preciso identificar sua gênese histórica. Em julho de 1944 foi realizada conferência monetária e financeira das Nações Unidas na cidade de Bretton

Woods, decorrente de um processo de articulação entre Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra, que desde 1941 já realizavam negociações em torno do desenho de uma nova ordem econômica mundial visando não reincidir nos erros políticos cometidos após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918). As propostas dos EUA e da Inglaterra tinham alguns princípios básicos como a construção de um sistema de cooperação econômica baseado em regras e instituições de caráter multilateral, que tivesse como objetivos a estabilidade econômica, o pleno emprego, o livre comércio e o investimento internacional. Ambos defendiam ainda a autonomia entre os Estados para a prática de políticas protecionistas, conformando assim o *embedded liberalism* uma reação ao capitalismo liberal clássico (*laissez-faire*) que marcou os anos pós-primeira guerra (Pereira, 2009). Entre as propostas e mecanismos apresentados em Bretton Woods, estava prevista a criação de instituições que viabilizassem o novo processo de relações internacionais. Assim, em Bretton Woods são criados o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), como organismos especializados da Organização das Nações Unidas (ONU), que visavam à cooperação econômica em suas versões monetária e financeira.

Nos seus primeiros anos de existência o BM teve sua atuação limitada, o que provinha do protagonismo dos EUA que, para barrar a “ameaça socialista”, executava uma política externa centrada em cooperações bilaterais, utilizando-se de programas de assistência técnica e de estímulos para que a iniciativa privada investisse nestas regiões.

A partir da década de 1970 o capitalismo entra em nova crise e as respostas construídas naquela conjuntura se diferem das elaboradas no contexto do segundo pós-guerra. Tais respostas se fundamentaram no neoliberalismo, na reestruturação produtiva, na flexibilização dos contratos de trabalho e na financeirização da economia, que irão incidir diretamente no pacto social responsável pelos chamados “anos dourados” da economia imperialista”¹. Neste período a ação do BM se caracterizou pela diversificação setorial dos empréstimos, assumindo destaque o início da atuação do banco no financiamento a projetos de investimento na área social. Recupera-se o

¹ “Entre o fim da Segunda Guerra Mundial e a passagem dos anos sessenta aos setenta, o capitalismo monopolista viveu uma fase única em sua história, fase que alguns economistas designam como os “anos dourados” ou, ainda, as ‘três décadas gloriosas’. Foram quase trinta anos em que o sistema apresentou resultados econômicos nunca vistos, e que não se repetiriam mais: as crises cíclicas não foram suprimidas, mas seus impactos foram diminuídos pela regulação posta pela intervenção do Estado (em geral, sob a inspiração das ideias de Keynes) e, sobretudo, as taxas de crescimento mostraram-se muito significativas” (NETTO e BRAZ, 2012, p. 208).

discurso da preocupação com a pobreza, introduz-se a discussão que tenta articular a questão do desenvolvimento/crescimento econômico e a saúde passa a ser objeto de análises mais sistemáticas por esses organismos.

Conforme afirma Maria Valéria Correia (2005)², o primeiro documento produzido pelo BM sobre saúde foi publicado em 1975 e tinha como título *Salud: documento de política sectorial*. Este documento já apresentava as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde dos países por ele subsidiados como a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização de profissionais sem a qualificação necessária para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres. Em 1987, o documento do BM, *Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma*, congrega as propostas de reformas na área da saúde aos países por ele subsidiados e questiona a intervenção do Estado na operacionalização dos serviços de saúde. A consolidação do BM na orientação das políticas de saúde em nível internacional aconteceu com a publicação do relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993, *Investindo em Saúde*, cujo eixo das propostas está fundamentado na política liberal em consonância com o recomendado pelo Consenso de Washington, defendendo que as intervenções em saúde que não contemplem custo/efetividade deveriam ser administradas pela iniciativa privada ou por outra forma de seguro social.

Concordamos aqui com a análise de Maria Lúcia Frizon Rizzotto (2000), sobre os motivos que levaram o BM a ter interesse em intervir na área da saúde. Segundo a autora, o fator determinante está relacionado ao revigoramento do liberalismo e sua crítica a intervenção do Estado nas políticas públicas e pela necessidade do BM difundir uma face humanitarista diante do agravamento das condições de vida da maioria da população, do aumento da pobreza e da desigualdade social. Somam a estes fatores, um

² Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (1982), mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1997), doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2005) e Pós-doutorado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2011). Atualmente é reitora da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Foi coordenadora do PPGSS/UFAL e Diretora da Faculdade de Serviço Social/UFAL. Desde 2006 é coordenadora do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais. É professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Políticas Sociais, atuando principalmente nos seguintes temas: controle social, política de saúde, serviço social, conselho de saúde e gestão e financiamento de políticas públicas.

contexto em que a saúde passa a constituir um importante mercado a ser explorado pelo capital e o fato do financiamento de projetos na área ocorrerem mediante a aceitação dos países devedores de condicionalidades definidas pelo BM, o que renderia a este a legitimação em nível internacional como protagonista no campo da saúde.

No que tange ao Brasil, dois documentos sintetizam o conjunto de propostas do BM para a área de saúde. Um no ano de 1991, *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*, e outro de 1995, *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Tais documentos, elaborados na década seguinte à aprovação constitucional da política de saúde pública estatal e universal, materializada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e inserida no tripé da seguridade social, rebatem frontalmente os avanços formais da reforma sanitária contemplados nesta legislação.

Baseado no eixo da maioria das propostas do BM de custo/efetividade há a sugestão da seletividade do acesso como proposta à quebra da universalidade, principalmente a partir da instituição de programas básicos dirigidos aos pobres, o que, conseqüentemente, deixaria os níveis mais complexos de atenção à saúde para a iniciativa privada. Tais documentos orientaram a reforma do Estado proposta pelo governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que propõe uma reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS. O eixo desta reforma administrativa é o mesmo das reformas recomendadas pelo BM, ou seja, a racionalização dos custos.

As análises empreendidas sobre a influência do BM durante a década de 1990 indicam que, apesar do reconhecimento de que os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde coadunam com as orientações do BM, isso não decorreu na sua incorporação incondicional principalmente pelos embates políticos em defesa do SUS e das conquistas nos marcos legais.

A partir de 2003, o Partido dos Trabalhadores (PT) assume o governo no Brasil e, apesar de empreender algumas reformas sociais importantes, as análises sobre a gestão na saúde indicam que estes governos deram continuidade à pauta conservadora de contrarreformas e aprofundaram a privatização da saúde a partir da terceirização. É também nestes governos que ocorre um intenso processo de cooptação de movimentos sociais importantes que suavizam os embates em nome de uma governança política e apoio a este partido que emerge das classes populares.

Ainda que diversas análises acerca do desmonte da política de saúde venham sendo realizadas, identifica-se a necessidade de aprofundar estudos que relacionem as medidas contrarreformistas adotadas no campo da saúde com o direcionamento elaborado pelo BM nos anos mais recentes.

Com o intuito de realizar uma pesquisa exploratória e qualitativa partimos de uma revisão e atualização bibliográfica sobre as temáticas que dão sustentação teórica ao objeto de estudo como a trajetória histórica do BM, sua relação com a área da saúde e a política de saúde desenvolvida no período dos governos Lula.

Coadunamos com o conceito de pesquisa social elaborado por Maria Cecília Minayo (2013), que compreende a pesquisa social como investigação que trata do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Como quaisquer fenômenos humanos, investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente concatenadas. Pesquisas nascem de determinado tipo de inserção no real, nele encontrando razões e objetivos. Enquanto prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das Ciências Sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica (MINAYO, 2013, p. 47).

Para a investigação sobre o tema, realizamos inicialmente uma pesquisa bibliográfica/documental acerca do processo histórico da instituição do BM bem como de sua aproximação com projetos e análises acerca da política de saúde visando compreender a relação intrínseca entre as mesmas. Tal análise teve como referência as publicações desenvolvidas por pesquisadores em saúde pública, em seguridade social e serviço social.

São analisados também os documentos *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do sistema único de saúde e Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos*, elaborações do BM que indicam agendas privatizadoras da saúde brasileira, com o intuito de compreender seus principais fundamentos.

Para alcançar a materialidade da proposta de responder qual a relação entre a política de saúde desenvolvida nesse período e as propostas elaboradas pelo BM é desenvolvido um estudo comparativo buscando elucidar os pontos de convergência

entre as medidas adotadas e a agenda direcionada ao Brasil elaborada por este organismo. Tal análise buscou identificar em que medida tais propostas se alinham ou se repelem com o momento histórico analisado (2003-2010), bem como se houveram mudanças na relação estabelecida entre o governo e o Banco Mundial.

Por fim, foram sistematizados pontos e analisados eixos fundamentais: financiamento, recursos humanos e setor privado. Nossas análises indicaram a profunda sintonia entre as recomendações do documento e as medidas executadas pelo Estado brasileiro sob gestão dos governos de Lula, principalmente no que se refere à implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica. Tais medidas caracterizam-se como desmontes da política pública de saúde.

2. O BANCO MUNDIAL E A IDEOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Em uma das obras adotadas para o desenvolvimento da pesquisa que aqui se apresenta, a autora Maria Lucia Rizzotto (2000)³ busca fazer um resgate histórico sobre o Banco Mundial (BM) com o objetivo de identificar quais são os múltiplos determinantes que estão por trás da criação desta instituição, tais como, definições políticas estratégias de ação, disputas e poderes envolvidos. Segundo a autora, este banco surgiu porque os vencedores da Segunda Guerra Mundial buscavam efetivar medidas que garantissem sua estabilidade no que diz respeito à economia, sociedade, finanças e, não obstante, um comércio que não tivesse as fronteiras geográficas como barreiras intransponíveis. Os EUA, que logo se tornaria o país imperialista de maior influência mundial, tirou vantagens significativas deste conflito armado, em especial devido ao fato de não estar localizado exatamente no seio dos ataques bélicos, o que possibilitou que essa nação não tivesse seu território e sua população multilada, deixando o solo propício para que essa potência se organizasse a fim de produzir armas de guerra para exércitos dos países aliados. A recepção dos armamentos levou os países receptores a se endividarem cada vez mais com os EUA, não só devido à recepção destes, mas também em decorrência de empréstimos realizados que visavam à reconstrução das cidades em virtude dos estragos ocasionados pela guerra.

Outro fator que fortaleceu a consolidação dos EUA enquanto maior economia mundial foi a disseminação da produção fordista em países europeus, o que para José Carlos Lopes (1999 *apud* RIZZOTTO, 2000) foi o símbolo de um novo padrão civilizatório. Segundo o autor, o intervalo existente entre as duas grandes guerras foi um período muito instável, repleto de crises e revoluções. As consequências desta era de atrocidades impactaram em todas as esferas da vida, principalmente no que diz respeito aos trabalhadores que, por um lado, estavam sendo convocados a fim de atuar na reconstrução das cidades e, não obstante, estavam sendo dispensados das atividades que não estavam relacionados à construção civil, o que gerou uma grande onda de

³Neste primeiro momento, utilizaremos como referência a tese de doutorado de Maria Lucia Frizon Rizzotto, apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas no ano de 2000, intitulada *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Atualmente, Maria Lúcia é Professora Associada na UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, possui Graduação em Enfermagem (1982), Mestrado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (1995), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2000) e pós-doutorado pela UFSC (2007).

desemprego. Alguns saldos resultantes deste período foram: o aprimoramento da administração, o desenvolvimento tecnológico e a "democratização da guerra", que desencadeou uma série de crueldades direcionadas não só aos militares como também ao conjunto da sociedade civil residente nas nações rivais.

O fato de o resultado obtido através da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) ter sido catastrófico não impediu que as nações entrassem novamente em conflito. Durante o primeiro pós-guerra foi instituído o Tratado de Versalhes, que estabelecia um conjunto de normas que deveriam ser acatadas pela Alemanha, nação derrotada no conflito. No entanto, os líderes germânicos julgaram as condicionantes deste tratado um tanto quanto inadequadas e se recusaram a aceitá-las. Concomitantemente Japão e Itália se sentiram injustiçados com a partilha territorial. Todos esses aspectos supramencionados constituem o que a autora chama de “dramático período da economia mundial” (RIZZOTTO, 2000, p. 55).

Os fatores elencados acima foram os três principais motivos que contribuíram para que grupos políticos de direita com perspectivas extremistas, dispostos a romper a qualquer custo com a situação estabelecida, chegassem ao poder na Alemanha e no Japão. Tudo isso, aliado a insatisfação política e a conjuntura econômico a instável, foram o estímulo para que se tivesse início a Segunda Guerra Mundial. Uma das grandes lições tiradas deste conflito foi que os erros cometidos ao final da Primeira Guerra, no que diz respeito aos acordos e tratados, não poderiam se repetir. Caso as partes interessadas saíssem novamente insatisfeitas, a paz e tranquilidade entre as nações estariam em xeque. Identificou-se então a falta de ações que contribuíssem com a recuperação da economia dos países. Nesse sentido, é percebida a necessidade de se criar uma “ordem econômica internacional” que seria responsável, dentre outras funções, por subsidiar o desenvolvimento e transpor as barreiras existentes entre o comércio internacional:

Tratava-se, portanto, de erigir um ambiente econômico internacional destinado a propiciar um amplo raio de manobra para as políticas nacionais de desenvolvimento, industrialização e progresso social (BELLUZZO, 1995, p. 11-12 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 57).

Surge então a conferência de Bretton Woods em 1941, que tinha a intenção de negociar a criação das instituições que iriam dar vida a tão almejada “nova ordem econômica mundial”. A proposta norte-americana era de que estas entidades garantissem o livre comércio para suas mercadorias, propiciassem um clima favorável para a “iniciativa privada” investisse no exterior e o acesso sem barreiras às matérias-primas que necessitassem (RIZZOTTO, 2000, p. 59). As instituições cogitadas a serem criadas eram o Fundo Monetário Internacional (FMI) e um banco internacional. De acordo com a autora, o FMI era considerado a instituição mais importante que despertou grande interesse entre os participantes do evento. A principal atribuição do FMI seria:

Promover a estabilização das moedas no plano internacional proporcionando ajuda para financiar os déficits temporais da balança de pagamentos e estimulando a eliminação progressiva das restrições cambiais e a observação de normas internacionais de gestão financeira comumente aceitáveis (BANCO MUNDIAL, 1974, p.3 apud RIZZOTTO, 2000 p. 60).

Já ao banco internacional caberia assumir a responsabilidade no que diz respeito à concessão de empréstimos e ser um instrumento de mobilização e garantia do capital privado (demandado pelos países destruídos pela guerra, a fim de subsidiar sua reconstrução).

A princípio, o banco foi denominado Banco Internacional de Reconstrução e Fomento (BIRF). No entanto, John Maynard Keynes, representante do governo britânico nas negociações para a criação da instituição financeira internacional, não queria que os objetivos do banco ficassem circunscritos tão somente ao âmbito da reconstrução dos países arrasados pela guerra. Pelo contrário, Keynes tinha como horizonte um banco que de certa forma auxiliasse no desenvolvimento dos países membros não desenvolvidos. Por essa razão, o que antes seria um banco de reconstrução e fomento passaria a ter a função de Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), instituição que atualmente conhecemos por Banco Mundial (BM). Rizzotto (2000, p. 60) aponta que,

O convênio constitutivo deste banco foi assinado em 27 de Dezembro de 1945 por representantes de 29 países, iniciando suas operações em 25 de junho de 1946, sendo uma instituição de caráter corporativo cujo capital social pertencia integralmente aos governos membros.

Ainda segundo a autora, durante a constituição do BM, de todos os países membros os EUA era o único que dispunha de alta quantia líquida em dinheiro para subsidiar os fundos do banco, o que colaborou em grande escala para que os princípios e regras apresentados pelos representantes norte-americanos prevalecessem em detrimento das propostas sugeridas por outros participantes. Outro privilégio acordado nessa conferência era de que “um cidadão norte-americano ocuparia o cargo de presidente do Banco Mundial e um europeu o cargo de diretor gerente do FMI, acordo que tem se mantido até os dias atuais” (RIZZOTTO, 2000 p. 62).

Legalmente, quem deveria eleger o presidente do Banco Mundial seriam os diretores executivos, ou seja, os representantes de cada país membro que tem voto proporcional à quantidade de ações. Na prática, porém, o diretor executivo que representa os EUA, apenas comunica aos seus companheiros de conselho a pessoa indicada pelo governo americano para ocupar o cargo. (RIZZOTTO, 2000, p. 61).

Algumas estratégias vêm sendo utilizadas a fim de garantir o domínio estadunidense no BM, como por exemplo: necessidade de autorização do governo dos EUA para a indicação do candidato à presidência do banco; o predomínio de cidadãos estadunidenses na cúpula; a utilização majoritária de empresas estadunidenses de consultoria (responsáveis por avaliar a viabilidade técnica e econômica de projetos que futuramente podem ser financiados pelo banco, direcionando assim a aquisição de bens de capital e insumos a empresas dos EUA); ameaça pelo governo estadunidense em diminuir ou retirar sua contribuição financeira para o fundo do banco.

Logo após sua constituição, o BM não atendia ainda as demandas que dissessem respeito ao desenvolvimento dos países filiados, até mesmo suas propostas de financiamento para estes não estavam sendo desempenhadas de forma plena. O que de certa forma dificultou estas atividades iniciais foram às condições político-econômicas estabelecidos naquele momento. A autora destaca alguns exemplos cuja relevância é significativa e que levaram o governo estadunidense a adotar a *Doutrina Trumand*, medida que disponibilizaria recursos financeiros à países que se dispusessem a combater a possibilidade real de expansão do comunismo. São elas:

O clima de tensão que a Europa Ocidental vivia nos anos seguintes a Segunda Grande Guerra, o risco dos EUA tornarem-se “uma ilha capitalista em oceano socialista”; e o avanço soviético no leste europeu e as vitórias dos partidos comunistas no ocidente ameaçavam a manutenção da política imperialista que os EUA tentavam imprimir ao resto do mundo capitalista (RIZZOTTO, 2000, p. 63).

Ainda neste contexto houve a necessidade de instauração do Plano Marshall (1947), um plano destinado a conceder “empréstimos” a certos países da Europa Ocidental, subsidiados diretamente pelo governo dos EUA, já que a reconstrução dos territórios europeus subsidiados pelo capital proveniente do BM havia perdido a credibilidade. É importante destacar que houve grande discrepância entre o capital entregue a estes países em virtude do Plano Marshall e o empréstimo realizado pelo banco.

Enquanto o Banco Mundial emprestou menos de 800 milhões de dólares até 1954, os créditos e doações norte - americanos amparados pelo Plano Marshall atingiram a cifra de 46,8 bilhões de dólares em igual período (dos quais 26% foram de ajuda militar) (LICHTENSZTEJN & BAER, 1987, p. 140 *apud* RIZZOTTO, 2000, p.63).

Para que os EUA alcançassem a tão almejada liderança em relação à economia e a política mundial, se fazia indispensável o combate a real ameaça imposta pelo comunismo de se expandir e assumir este *locus* de poder. Uma alternativa que favorecia o combate era se empenhar para expandir a quantidade de países consumidores de suas produções, entretanto, este objetivo só poderia ser alcançado caso os considerados países “*em desenvolvimento*” tivessem condições econômicas suficientes para se tornarem consumidores em potencial. Nesse sentido, o governo dos EUA resolve apostar em assistência técnica a fim de estimular o investimento da iniciativa privada nestes países de “terceiro mundo”. Uma dessas apostas se deu no Brasil, com o programa de Serviço Especializado de Saúde Pública (SESP) em 1942, que tinha como intuito “possibilitar os meios adequados para que a saúde e saneamento no Brasil se desenvolvessem”. Um país rico em recursos naturais poderia retribuir este “auxílio” com matérias-primas indispensáveis em guerras.

Em resposta a Revolução Cubana, desencadeada em 1959, governantes estadunidenses implementaram o programa batizado como *Aliança Para o Progresso*

(1961-1974), projeto proposto a dezenove países localizados na América Latina com o “intuito de auxiliar” no desenvolvimento econômico. Tão pouco os líderes norte-americanos deixaram de se sentir ameaçados em decorrência das experiências comunistas o dinheiro investido pela Aliança foi cessado.

Apesar de o BM não possuir um documento oficial que sistematize o marco conceitual ideológico a que está vinculado, fica claro em suas ações e pronunciamentos de gestores que, em última instância, o que norteia seus atos é o propalado “desenvolvimento”. Para o BM, a palavra desenvolvimento era entendida única e exclusivamente como crescimento econômico, modernização da agricultura, industrialização, progresso técnico-científico e aumento da produtividade. A hipótese do banco, para justificar a “ausência de desenvolvimento” dos países periféricos, era de que estes não dispunham de quantidade de capital suficiente a fim de estimular ações nesse sentido. Já alguns estudiosos não conseguiam compreender a noção de desenvolvimento separadamente ou sem levar em consideração as questões relacionadas ao progresso humano em uma perspectiva qualitativa, e não meramente quantitativa.

Em oposição à perspectiva do BM surge em 1949 o artigo *O desenvolvimento Econômico da América Latina e seus principais problemas* de Raul Presbich, onde o autor afirma que a dificuldade dos países periféricos em se desenvolver, não tinha como causa única a ausência de capital. Para o autor, o fator de maior relevância a ser considerado era a Divisão Internacional do Trabalho (DIT), onde os países periféricos se especializavam principalmente em atividades de cunho agroexportador, lançando mão de técnicas atrasadas de produção, e os países de centro em atividades relacionadas ao desenvolvimento da ciência e tecnologia. Para Goldenstein (1994 *apud* RIZZOTTO, 2000, p.72) outro fator que corrobora para que países de centro e de periferia estejam sempre em polos opostos, no que diz respeito ao desenvolvimento, é o fato de os produtos manufaturados, advindos dos países avançados, terem preços exorbitantes se comparados aos produtos primários, provenientes dos países subdesenvolvidos.

A fim de dar algum passo rumo ao progresso econômico o governo brasileiro, sob o comando do então presidente Getúlio Vargas, iniciou um vasto processo de industrialização e priorização de produtos nacionais em detrimento de importados. Essa medida foi fortemente repudiada pelos países desenvolvidos e ainda pelos dirigentes do BM. A justificativa utilizada pelos países centrais era de que:

Os países produtores de bens primários não deveriam industrializar-se, pois suas mercadorias seriam menos competitivas internacionalmente pela menor eficiência da sua indústria, perdendo assim, as *vantagens* que o comércio internacional lhes daria para os produtos primários (RIZZOTTO, 2000, p. 73).

Os grandes protagonistas da economia mundial objetivavam circunscrever o papel do Brasil no cenário econômico tão somente à produção de bens primários, fornecendo tecnologias, especializando-o para que assim atendessem cada vez melhor as demandas advindas do centro.

O BM deixou de ser meramente uma instituição que proporcionava fomento para a reconstrução dos países destruídos em decorrência da Segunda Grande Guerra, passando exercer também a função de estímulo para com o desenvolvimento dos países filiados. A ideia difundida era de que a melhoria na qualidade de vida da população aumentaria proporcionalmente ao crescimento econômico em decorrência da diminuição na taxa de desemprego e aumento considerável nos salários. Todavia, não foi bem isso o que ocorreu. A melhor qualidade de vida em função dos investimentos não foi generalizada, pelo contrário, estes investimentos colaboraram para o agravamento da diferença entre as condições econômicas e sociais entre as classes sociais fundamentais, acentuando assim a pobreza e a fome, sendo que um dos fatores determinantes nesse aspecto foi à alta concentração de renda. Ainda que nitidamente se pudesse constatar o que acima foi destacado, o estudo realizado pela comissão do desenvolvimento internacional, “Relatório de Pearson”, insistia em salientar que o efeito contrário ocasionado pelos financiamentos advindos do BM ocorreu em virtude do que a autora pontua como “incompetência político-administrativa” por parte dos países devedores (RIZZOTTO, 2000, p. 78).

O insucesso obtido em relação aos propósitos iniciais nos anos 1970 levou o BM a adotar e “priorizar” novas pautas para suas bandeiras, o combate à pobreza e a satisfação das necessidades básicas. No entanto, a ideologia⁴ difundida continuava atrelada ao desenvolvimento econômico alegando que o combate à fome e a pobreza

⁴ Neste momento tomamos a categoria ideologia como um conjunto de premissas elaboradas, a fim de apresentar os interesses da classe dominante como sendo o interesse coletivo, perpetuando assim a hegemonia desta e ainda a manutenção da ordem social. Já sobre o conceito de hegemonia desenvolvido, pelo teórico marxista Antonio Gramsci, temos que, diz respeito a ao tipo de dominação ideológica de uma classe social sobre outra, particularmente da burguesia sobre o proletariado dentre outras classes de trabalhadores (SIMIONATTO, 2017).

não poderiam se dar separadamente dos investimentos em infraestrutura produtiva, controles demográficos, criação de empregos, dentre outros. Contudo, ao difundir esta ideologia não eram levadas em consideração questões centrais, tais como: a relação de exploração e dependência entre as nações, as relações internas de exploração e a acumulação e concentração de bens e capital. Para Celso Furtado (1994 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 77), a ideia desenvolvimentista não é nada mais que um mito, utilizado para alinhar países de níveis sociais baixos a suas ideologias, persuadindo-os assim a aceitar as condições dadas a fim de promover o progresso econômico.

Outro mito amplamente disseminado é a ideia de globalização. Paulo Nogueira Batista Jr. (1998 *apud* RIZZOTTO, 2000) acredita que este fenômeno contribui consideravelmente para que as grandes potências econômicas rompam as fronteiras disseminando a autonomia dos Estados nação, internacionalizando a economia, embora reconheça os indispensáveis avanços obtidos na área da informática, comunicação, mídia e finanças.

Rizzotto (2000, p. 79) afirma que para as políticas sociais nada é mais nefasto e desmobilizador do que o discurso que vincula o desenvolvimento social ao crescimento econômico e subordina este aos ditames da “globalização”, que a rigor não se constitui em uma nova ordem econômica internacional, mas no aprofundamento de um processo que é constituinte do sistema capitalista. Pode-se perceber que apesar de implementar questões humanitárias e de cunho social em seu discurso, o BM continua considerando o crescimento econômico como fator mais relevante, em outras palavras, continua considerando o crescimento econômico como o caminho que levará os países emergentes ao ápice do desenvolvimento, mas que só ocorrerá mediante a implementação de reformas estruturais.

Segundo matéria jornalística do jornal *Folha de São Paulo*, um dos dirigentes do BM, James Wofensohn, analisou dados que traziam informações acerca da pobreza no mundo entre 1987 e 1998. Os resultados obtidos foram espantosos. De acordo com o jornal, cinquenta por cento da população mundial vive com a quantia equivalente de até dois dólares por dia. Um dos grandes problemas constatados é que o BM em nenhum momento assumiu sua responsabilidade, tão pouco foi penalizado pelas más orientações que arrastou grande contingente de pessoas à fome e a pobreza extrema. Esses resultados obtidos dão margem a questionamentos sobre a real efetividade do processo

desenvolvimentista vigente. Em virtude destas questões, Wofensohm apresentou a moldura abrangente de desenvolvimento, que discute questões econômicas, sociais e financeiras de forma igualitária, nivelando, de certa forma, países centrais e periféricos. Em verdade, a aparente preocupação apresentada pelos representantes do BM nada mais era que uma tentativa de reconquistar a credibilidade da instituição e não direcionar suas políticas para a população carente, como aparentemente demonstrado. No entanto, desde então o BM passou a adotar uma postura de “preocupação” com as áreas sociais, não mais publicando que o desenvolvimento humano como consequência direta do desenvolvimento econômico, principalmente durante o período em que Robert Strang McNamara esteve à frente da gestão do banco (1968-1981).

Além das características pessoais do então líder, um dos instrumentos que contribuiu significativamente para o redirecionamento do olhar do BM sobre as questões de cunho social foi o *Relatório de Pearson*. A fim de convencer os governantes dos países filiados sobre as novas propostas de ação do banco, McNamara empenhou-se no sentido de reunir uma série de argumentos:

O objetivo básico do financiamento concedido pelo Banco é promover o desenvolvimento econômico dos países membros. Para assegurar a eficácia do financiamento e poder ajudar os países em todas as fases de seu desenvolvimento, o Banco tem que conhecer e compreender devidamente as características das economias de seus membros e acompanhar de perto o seu progresso. Para isso trata de obter as informações mais completas possíveis sobre a estrutura e perspectivas de desenvolvimento das respectivas economias mediante a avaliação dos recursos agrícolas, minerais, industriais e humanos; dos serviços básicos, tais como o transporte e energia elétrica; da qualidade da administração pública e da educação; da situação em relação ao comércio exterior e balança de pagamentos, e das condições financeiras internas. (BANCO MUNDIAL, 1974, p.44 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 83).

A partir de então foram produzidos inúmeros documentos, resultado de estudos que buscavam compreender melhor a realidade social dos países filiados menos desenvolvidos. Nesses estudos eram abordadas temáticas como: saúde educação, agricultura, energia, transporte, população, dentre outros. Esse material tinha como objetivo declarado:

Descrever as características econômicas, financeiras e institucionais próprias a cada setor; sublinhar o papel representado por cada setor no processo geral

de desenvolvimento econômico; reexaminar a amplitude das operações do Banco e seus métodos de ação no setor em questão; enfim, resumir as observações do Banco concernentes ao modo pelo qual suas operações, aliadas a outras formas de assistência, podem contribuir nos países membros para construir – material, financeira e institucionalmente – cada setor. (BANCO MUNDIAL, 1971, p.3 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 85).

O primeiro documento a ser produzido abordava questões relacionadas à saúde, tratando generalizadamente dos problemas existentes nessa política e sugerindo adequações para solucioná-las. Para Rizzotto (2000, p.84) estes estudos objetivavam “melhor entrever as características dos domínios de atividade sobre os quais assentam os projetos do Banco e definir o alcance e a filosofia dos programas de empréstimos do Banco em cada domínio”. Os materiais produzidos foram o aporte do qual McNamara precisava para criar o “programa de missões econômicas”, que eram delegações incumbidas de visitar países menos desenvolvidos com o intuito de auxiliar o governo daquela nação a criar técnicas que desenvolvessem os setores mais importantes daquela economia. Assim que se findassem as atividades desenvolvidas nas visitas, as delegações estariam responsáveis por apresentar relatórios que explicitassem o perfil daquele país. Por terem acesso a essas informações e por essas nações serem devedoras de empréstimos, os “missionários” se achavam no direito de elaborar propostas intervencionistas em todas as esferas de funcionamento daquele país.

Quanto mais dinheiro os técnicos empenhassem nos projetos elaborados para os países subdesenvolvidos, mais reconhecimento pessoal/profissional eles obteriam, sendo que este fator colaborou para que fosse ofertada aos países membros uma gama de projetos cada vez maiores e mais caros, o que levou estas nações a se endividarem cada vez mais, contraindo dívidas muitas vezes maiores do que a receita nacional permitia pagar. Com o intuito de captar recursos dos países mais ricos, McNamara argumentava com os mesmos que o retorno iria ser breve, pois brevemente os países subdesenvolvidos estariam comprando vultosas quantidades de produtos manufaturados dos mesmos.

O líder da então gestão do BM tinha alguns receios em relação à insatisfação dos pobres em decorrência dos privilégios oferecidos a uma pequena minoria, enquanto grande parcela da população beirava a pobreza extrema. Nesse sentido, McNamara

lançou estratégias para “solucionar” estas questões. São elas: o “apaziguamento” dos pobres, a satisfação de suas necessidades básicas iniciais e o domínio da expansão.

No período de McNamara, a participação do Banco no que se refere aos recursos financeiros, pode-se dizer que se concentraram mais no aspecto quantitativo, ou seja, no controle da natalidade, do que na satisfação das “necessidades básicas” dos já viventes. Contudo, a orientação política de McNamara e conseqüentemente do próprio Banco Mundial, se mostraria contraditória, pois no período de 1969 a 1988 quando o discurso do “combate à pobreza” esteve sistematicamente presente nos pronunciamentos dos dirigentes e técnicos do Banco, os empréstimos para os setores sociais foram de parcos 14,36% do total de recursos fornecidos por esta instituição. O restante foi distribuído entre os setores produtivos, ficando 34,86% para a infraestrutura, 25,83% para a agricultura, 16,96% para a indústria e 8% para programas. (LICHTENSZTEJN & BAER, 1987 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 87).

Diferentemente das ações promovidas, McNamara desenvolvia um discurso onde dizia primar pelas questões humanas e sociais. Em sua oratória, McNamara afirmava que o desenvolvimento dizia respeito a pessoas e que quanto maior fosse o nível de enaltecimento da sociedade, maior seria o sucesso do desenvolvimento. O dirigente acreditava que o crescimento da população era o maior entrave ao progresso econômico e ainda que a melhor solução para esta questão era o controle populacional, perdendo de vista questões centrais, como a não distribuição igualitária de tudo aquilo que é produzido coletivamente. McNamara acreditava piamente que o grande fator que distanciava a classe dominante da classe subalterna era o que ele reconhece como “explosão social”, causada pela queda na taxa de mortalidade devido aos consideráveis avanços na medicina. A partir daí pode-se perceber a clara intenção de associar o crescimento populacional à saúde dos cidadãos:

Os fatores demográficos podem influenciar na saúde tanto em nível de comunidade como familiar. As pressões da população sobre a terra podem levar ao excesso de cultivo, esgotamento dos solos e nutrição deficiente para toda uma comunidade e forçar os seus membros a emigrar, com os conseqüentes problemas emocionais e de saúde física, bem como a desorganização social (BANCO MUNDIAL, 1975, p.19 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 89).

McNamara propôs três ações para “solucionar” as questões pertinentes ao aumento da população: 1º) Disseminar a ideia de que o aumento populacional pode acarretar malefícios e consequências econômicas, e auxiliar os “países em desenvolvimento” a administrar seus recursos; 2º) Financiar programas de planejamento familiar; 3º) Efetivar pesquisas visando descobrir maneiras eficientes para se obter o planejamento familiar e também a administração de programas nacionais que visem o controle da população. McNamara recomendava também a urgente intervenção em países cujo indicador de natalidade era alto, especialmente da população pobre.

A complexa relação entre países hegemônicos e dependentes e a concentração da riqueza nas mãos de uma minoria, condição essencial da existência e supremacia de uma classe sobre outra, era reduzida a uma questão de incompetência administrativa e incapacidade técnica de controlar o nascimento de pobres indesejados (RIZZOTTO, 2000, p. 90).

McNamara justificava suas claras propostas de controle de natalidade através de ponderações que iam desde dados empíricos até discursos comoventes. A única coisa que não se via explícita nestes pronunciamentos era o grande interesse na manutenção da ordem, falando especificamente dos padrões de acumulação e consumo nos países centrais.

Rizzotto (2000) aponta que a ideia de que um dia o desenvolvimento se generalizaria em termos globais não é nada mais que uma forma de “dominação ideológica”. O alto índice de desenvolvimento econômico, nos moldes do capitalismo, disseminado para todas as nações é algo um tanto quanto utópico, levando-se em consideração até mesmo questões relacionadas ao quanto o planeta pode suportar ser explorado em termos de recursos não renováveis, indispensáveis na produção de bens de consumo e/ou mercadorias. E ainda faz com que os argumentos de que o principal objetivo do BM era solucionar a questão da pobreza caíssem por terra, pois os dados obtidos através dos estudos de Lichtensztein & Baer (1987, RIZZOTTO, 2000, p. 92) mostram que a preocupação com os membros das classes menos abastadas não se materializava no momento em que se dava a distribuição de recursos para programas

que visavam atender as demandas da população pobre. Lichtensztein & Baer apontam que:

Foi objeto de empréstimos do BIRD de 1947 a 1970 em ordem decrescente: os setores de infraestrutura com 66,2% (energia elétrica e transporte), indústria com 16,25%, agricultura com 9,37%, desenvolvimento geral com 3,97%, serviços sociais (educação, planificação da família e abastecimento de água) com 2,1% e telecomunicações com 2%. Analisando os acordos de empréstimos referentes à América Latina, no período de 1947 a 1983, apesar de observar-se um relativo aumento em alguns setores como na agricultura, que passou de 9,37% para 24,37%, no geral, a distribuição dos recursos não se alterou muito; a infraestrutura permaneceu liderando com 47,26% e os serviços sociais com apenas 6% do montante dos empréstimos. (LICHTENSZTEJN & BAER, 1987 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 93).

Passados os anos, devido a fatores como o fim da gestão de McNamara, o fim da Guerra Fria (1945-1991) e a não ameaça de deflagração de outro grande conflito político armado (leia-se fim da “ameaça comunista”), os líderes do BM deixaram de lado as questões referentes ao combate a pobreza. Como afirma Rizzotto (2000, p. 94), poderiam então “relaxar” com o conteúdo ideológico e carregar suas propostas de conteúdo econômico, no sentido de contribuir com a expansão do modelo econômico, conforme desejavam e pressionavam os governos conservadores dos países centrais. A partir de então, líderes do banco empenharam todas as suas forças em um projeto de ajuste e estabilização do BM e FMI. No entanto, ao invés de avanços significativos houve resultados catastróficos como o aumento da pobreza a nível mundial. Este grande insucesso levou os representantes do banco a incluírem novamente a questão do combate a “injustiça social” em seus discursos.

Representantes norte-americanos também voltaram seus olhares para esta questão. Em pronunciamento à secretária de Estado dos EUA, Madeleine Albright, deixou claro que o que essa nação mais temia era o surgimento de revoltas em virtude do desenvolvimento desigual. Também nesse sentido o diretor de assuntos do hemisfério ocidental do Departamento de Estado Norte-americano, Peter Romero, no ano de 2000 afirmou, “se não trabalharmos para eliminar essas desigualdades, vamos deixar nossas sociedades vulneráveis à violência e ao desrespeito pela lei que decorrem da instabilidade” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2000, p. 1-12 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 95). Também o FMI se propôs a tomar medidas efetivas de combate a pobreza, depois

de ser rechaçado frente à comunidade internacional sob fortes acusações de contribuição para o aumento da pobreza. Ao visitar o Brasil o representante do FMI, Horts Koehler, assumiu que de fato os países ricos possuíam bem mais vantagens em decorrência do processo de globalização do que os ditos “países em desenvolvimento”, e que para ele a solução para este impasse seria pensar formas que levassem estes países pobres a se aproximar do crescimento econômico.

Na retórica pode-se perceber claramente um discurso ideológico e manipulatório, disfarçado de “face humana” dos grandes detentores de capital ao tratar de questões como pobreza e fome. Entretanto, os dados nos levam a crer que esta preocupação não era tão grande quanto aparentava. De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD de 1993:

[...] a desigualdade tem vindo a crescer em muitos países desde o início dos anos 80. [...] A desigualdade entre países também aumentou. O hiato de rendimento entre o quinto da população mundial que vive nos países mais ricos e o quinto que vive nos mais pobres era de 74 para 1 em 1997, acima de 60 para 1 em 1990 e de 30 para 1 em 1960 (PNUD, 1993, p.3 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 97).

Sobre essa questão do aumento da desigualdade social, Rizzotto (2000, p. 97) também apresenta elementos:

Segundo Mandel (1995), cerca de 50% dos habitantes dos países mais pobres tem hoje um consumo diário de comida equivalente ao de um campo de concentração nazista de 1940 e cerca de 1 bilhão de pessoas passam fome em todo o mundo. Estes dados nada confortáveis nos permitem pensar que apesar do discurso humanitarista e algumas concessões no campo prático, os líderes mundiais e as instituições internacionais permaneceram e permanecem convictos das vantagens da atual forma de organização e produção da vida espiritual e material dos homens. Portanto, continuam desempenhando, sem muitos constrangimentos, os seus papéis na criação de condições apropriadas ao desenvolvimento e manutenção desta forma de organização do mundo.

Com o intuito de justificar a postura conservadora, o BM financiou um estudo que tinha a finalidade de salientar o quão benéfico o desenvolvimento econômico era às classes menos abastadas da sociedade, chegando a afirmar que medidas tais como ajuste fiscal e leis de propriedade privada são mais eficientes no que diz respeito ao combate a pobreza do que os gastos sociais, como, por exemplo, no âmbito da saúde. Essas

constatações por parte do BM pareciam estar cumprindo com excelência o papel de auxílio à ampliação das ações voltadas para os setores sociais, implementando algumas ações de cunho neoliberal como ampliar a participação do capital privado nos mesmos, diminuir o papel do Estado e financiar reformas para as políticas sociais, tornando-as cada vez mais focalizadas.

No intervalo entre as duas grandes guerras o ideário liberal sofreu forte decadência, as intervenções estatais foram requisitadas em virtude das catástrofes, em detrimento do *laissez faire* (deixa fazer) disseminado por adeptos liberais. A fim de dar respostas às drásticas consequências, o aparelho do Estado lançou mão de medidas como o protecionismo, promoção do pleno emprego, dentre outras. O alargamento de direitos se deu também, pois os líderes vencedores da Segunda Grande Guerra constataram que para que houvesse a manutenção da paz era necessário se forjar uma sociedade com menos injustiças sociais. Estas estratégias viabilizaram o crescimento econômico, favorecendo assim os “30 anos gloriosos”. Foi exatamente nesse período em que se viu surgir a expansão das relações capitalistas pela quase integralidade do mundo. No entanto, este próspero ciclo de desenvolvimento do capitalismo esgotou-se favorecendo assim a constituição de um pensamento mais regressivo na forma “neoliberal”.

O intuito mor do neoliberalismo é ‘restaurar o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma posição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia (NETTO, 1995, p.192 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 100).

O período de prosperidade ocasionado pelo sucesso no desempenho capitalista veio a ruir, dando margem ao retorno dos pensadores liberais mais ortodoxos, que expressavam forte repulsa até mesmo a princípios antes consagrados tais como, “liberdade, igualdade, direito a vida, e bens públicos”.

Hayek e Freedmann os mais ardorosos defensores deste liberalismo, realizaram uma dura crítica a toda forma de intervenção no livre curso da economia. Para eles, a razão é incapaz de reconstruir a ordem social, portanto, o uso de qualquer forma de planejamento na economia seria consequência de um equívoco teórico, devendo deixar que a ordem

espontânea do mercado se manifeste livremente. Como para eles a conduta humana é determinada pelo conhecimento prático, por normas sociais advindas dos costumes e das crenças, e pelo sistema de comunicação do mercado, a melhor sociedade seria aquela que funcionaria a partir das escolhas espontâneas dos indivíduos, onde a existência de normas estão limitadas à segurança e à manutenção da propriedade privada. (RIZZOTTO, 2000, p. 102).

Nesse sentido, as políticas sociais perdem o lugar enquanto direito que cumpre determinada função social e passa a ser entendida como mero ato filantrópico, que devem ser assumidos pelo conjunto da sociedade, bem como por organizações não governamentais e empresários, ficando como responsabilidade estatal tão somente a regulamentação das mesmas. Os liberais deste período almejavam também restringir o papel do Estado a mero gerenciador de agências, que ficaria incumbido de contratar e controlar os serviços da iniciativa privada. Estas agências por sua vez não se subordinariam ao Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e as Câmaras Municipais, por exemplo. Pelo contrário, teriam autonomia o suficiente para transformar-se em “instancias decisórias” sem nenhum tipo de controle público.

De acordo com Maria da Conceição Tavares (1994, p. 2-4) no *Consenso de Washington*⁵ foram estipuladas algumas resoluções para o chamado “ajuste estrutural” dos países em desenvolvimento que estavam enfrentando crises. Estas resoluções propunham: a desvalorização cambial, a desregulamentação dos mercados e a política de deflação permanente, de supervalorização da moeda, de sucateamento do patrimônio público e o deslocamento dos concorrentes (FOLHA DE SÃO PAULO, 1994, p. 2-4 *apud* RIZZOTTO, 2000, p.103).

A crítica sobre a participação do Estado na oferta de serviços públicos tem caracterizado e insistentemente tem sido recolocado em estudos, relatórios e documentos de organismos internacionais como o Banco Mundial, revelando a sua filiação e a incorporação dos velhos pressupostos liberais, rerepresentados no atual “receituário neoliberal”. O esforço que o Banco Mundial tem feito para imprimir e consolidar uma nova dinâmica nas

⁵ Expressão que emergiu a partir de encontro realizado em novembro de 1989, na capital americana, onde se reuniram funcionários do governo americano, representantes do FMI e do BM, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns eméritos economistas, com o objetivo de proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da América Latina (Batista, 1994 *apud* Rizzotto, 2000, p. 103).

relações internacionais, fundamentada em princípios liberais e, conseqüentemente, redefinindo os papéis dos Estados Nacionais, pode ser verificado nas mudanças promovidas em sua pauta de financiamento, nas exigências financeiras e políticas, expressas nos acordos de empréstimos, nas suas normas operativas e nas modalidades de financiamento que prioriza para os países prestatários (RIZZOTTO, 2000, p. 105).

As considerações apresentadas até aqui tem como objetivo capturar o resgate histórico sobre o BM e identificar os múltiplos determinantes que estão por trás da criação desta instituição, suas definições políticas estratégias de ação, disputas e poderes envolvidos e ainda as principais conclusões de seus documentos que indicam problemáticas relacionadas às causas estruturais e falhas de governança, destacando suas principais conseqüências em nível do gerenciamento e prestação dos serviços. Como veremos mais adiante, a ênfase é dada à forma de funcionamento dos serviços ao nível das unidades de saúde e sua gestão. Seis questões são indicadas como mais importantes: (i) a fragmentação do processo de planejamento e orçamentação, (ii) a rigidez e complexidade na execução do orçamento, (iii) a ausência de autonomia gerencial ao nível local, (iv) informação inadequada para a gestão, (v) baixa capacidade gerencial ao nível local, e (vi) estrutura de incentivos inadequada (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 67).

Debruçaremos agora sobre o período em que o presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores – PT) governou o país, sua perspectiva de desenvolvimento econômico e social, e as políticas na área da saúde.

3. OS GOVERNOS LULA E A POLÍTICA “NEOLIBERAL” (2003-2010)

3.1. OS PROJETOS DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ECONÔMICO DOS GOVERNOS LULA

Neste capítulo é realizado uma breve reflexão sobre os projetos de desenvolvimento social e econômico dos governos do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva⁶, cujos mandatos vigentes foram respectivamente entre os períodos de 1 de janeiro de 2003 – 31 de dezembro de 2006 e 1 de janeiro de 2007 – 31 de agosto de 2010.

No ano de 2002, exatamente no dia 22 de junho, o então candidato a presidência Luiz Inácio Lula da Silva publicaria durante o encontro organizado para apresentar, as propostas do partido para o governo aquela que seria intitulada como *Carta ao Povo Brasileiro*⁷. De acordo com Lula, o Brasil precisaria navegar no mar aberto do desenvolvimento econômico e social. Com essa convicção conclamou o conjunto da população brasileira a se unir em torno de um programa de mudanças, consideradas pelo mesmo como “corajosas e responsáveis”.

Nesta carta, Lula propôs uma política de conciliação entre as classes sociais fundamentais, abrindo mão de toda aquela radicalidade presente outrora em seus discursos enquanto liderança sindical. Lula deixou claro sua preocupação com o desenvolvimento social do país, entretanto sem deixar de lado questões de interesses puramente mercantis.

O novo modelo (de gestão) será fruto de uma ampla negociação nacional, que deve conduzir a uma autêntica aliança pelo país, a um novo contrato social, capaz de assegurar o crescimento com estabilidade. Premissa dessa transição será naturalmente o respeito aos contratos e obrigações do país. As recentes

⁶ Luiz Inácio da Silva, nascido em Caetés, Pernambuco, no dia 27 de outubro de 1945, foi um das principais lideranças do movimento sindical que surgiu com as grandes greves dos metalúrgicos do ABC paulista (1978-1980) foi também um dos fundadores do PT. Durante o período em que esteve à frente do governo brasileiro alguns programas sociais obtiveram destaque, como por exemplo, o Programa Bolsa Família (PBF) e o Programa Fome Zero, chegando até mesmo a serem reconhecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) como instrumentos que levaram o Brasil a sair do mapa da fome. Ao longo deste trabalho trataremos o então ex-presidente Luiz Inácio da Silva pela alcunha adotada pelo mesmo ao longo de sua carreira política, desde os tempos em que era representante sindical até os dias atuais. O apelido “Lula” fora incorporado oficialmente ao nome do ex-sindicalista com o intuito de ser utilizado durante a campanha eleitoral vigente (EBIOGRAFIA, 2013).

⁷ O documento Carta ao Povo Brasileiro (LULA, 2002), está disponível em: <https://fpabramo.org.br/csbn/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/03-cartaopovobrasileiro.pdf> Acesso em: 18 abr. 2018.

turbulências do mercado financeiro devem ser compreendidas nesse contexto de fragilidade do atual modelo e de clamor popular pela sua superação. [...] Por mais que o governo insista, o nervosismo dos mercados e a especulação dos últimos dias não nascem das eleições. Nascem, sim, das graves vulnerabilidades estruturais da economia apresentadas pelo governo, de modo totalitário, como o único caminho possível para o Brasil. O caminho para superar a fragilidade das finanças públicas é aumentar e melhorar a qualidade das exportações e promover uma substituição competitiva de importações no curto prazo. [...] A volta do crescimento é o único remédio para impedir que se perpetue um círculo vicioso entre metas de inflação baixas, juro alto, oscilação cambial brusca e aumento da dívida pública. [...] O desenvolvimento de nosso imenso mercado pode revitalizar e impulsionar o conjunto da economia, ampliando de forma decisiva o espaço da pequena e da microempresa, oferecendo ainda bases sólidas para ampliar as exportações (LULA, 2002).

Nesse sentido, fica evidente a intencionalidade do candidato de “tranquilizar o mercado” em virtude do período de crise e instabilidade financeira precedida pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) – 1995-2002 -, filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Durante este governo a política monetária adotada contribuiu fortemente para que a situação se agravasse ainda mais, tendo rebatimentos até mesmo nos gastos sociais, cada vez mais limitados. Esse conjunto de fatores nos ajuda a entender o motivo da desestabilidade do mercado de trabalho e o retrocesso da reforma agrária, dos direitos trabalhistas e previdenciários, concomitantemente a ausência de política de habitação popular. A opção pela privatização do saneamento e do transporte público e o paradoxo das políticas de saúde, assistência social e educação fundamental, onde a focalização dos serviços/direitos ganhou ainda mais força nos governos FHC, de clara orientação neoliberal (FAGNANI, 2011).

O que Lula prometeu ao mercado financeiro em 2003 comprometia seriamente as conquistas na política de saúde desde 1988, e deixava evidente o seu compromisso para com a contenção da inflação e responsabilidade fiscal, designadas pelo mercado.

Conforme já indicamos anteriormente, partimos da hipótese de que os rumos adotados pelos governos brasileiros - e aqui nos interessa particularmente as gestões do presidente Lula - se inserem e devem ser compreendidos na dinâmica mais ampla do capitalismo contemporâneo e na compreensão das formas de exploração e expropriação desenvolvidas. Entendemos que os rumos adotados no Brasil possuem profunda sinergia com as orientações do Banco Mundial e, assim, passamos a desenvolver nossas aproximações com essa indicação.

Durante a última década do século XX o Brasil passava por um período de instabilidade, o mundo do trabalho estava desorganizado, muito em virtude da instabilidade econômica do país. A política monetária adotada na época contribuiu fortemente para que a situação se agravasse ainda mais, tendo grandes rebatimentos nos gastos sociais, que, daquele momento em diante, passariam a ser ainda mais limitados.

É nesse contexto que, em 2003, Lula se insere na cena política enquanto chefe de Estado. Em uma análise apologética dessa etapa do desenvolvimento socioeconômico brasileiro, Eduardo Fagnani (2011, p. 47) avalia que após assumir o poder o governo Lula experimentou duas fases distintas, a fase de, nas palavras do autor, *mudança ou continuidade*, compreendida entre os períodos de 2003 a 2005, onde dentro do próprio governo setores disputavam sobre qual a melhor política a ser adotada (Estado mínimo *versus* Direitos universais), e a fase que o autor chama de *ensaios desenvolvimentistas*, experimentada entre o período de 2006 a 2010, cuja característica era a ampliação dos gastos sociais em detrimento de uma agenda de mínima intervenção estatal.

A fase *mudança ou continuidade*, compreendida no primeiro mandato, como o próprio nome sugere, compreende um momento em que a política governamental transita entre a inovação referente às políticas sociais e a ortodoxia econômica presente na gestão anterior. Ortodoxia esta que forjava limites à melhoria do mercado de trabalho e ao financiamento da política social, tudo isso atrelada à falta de recursos. No que diz respeito à política de saúde as incertezas eram um pouco menores. O Sistema Único de Saúde (SUS) se materializou em decorrência de uma luta advinda desde a década de 1970, efetivada na Constituição de 1988. Constituição esta que, devido a mecanismos institucionais, estava menos sujeita a interesses de governos que por hora assumissem o poder.

Na transição do primeiro para o segundo mandato, na fase *ensaios desenvolvimentistas*, ocorrida em grande escala devido à mudança ocorrida na cúpula da área econômica, a economia volta a crescer, o que contribuiu para que houvesse avanços entre as políticas obviamente econômicas e sociais. É neste período que, segundo o autor, se iniciam as melhorias na esfera do trabalho, contas públicas e gastos sociais. A partir de então, segundo Fagnani (2011), o direcionamento de governo foi rumo à consolidação de uma estratégia social ancorada tanto na defesa e consolidação

das políticas universais como no avanço das ações voltadas para o combate da pobreza extrema. Entretanto, nem todas as tensões foram sanadas como, por exemplo, o encaminhamento da Reforma Tributária (2008), a realização do Fórum Nacional da Reforma da Previdência Social (2007) e a insegurança jurídica da seguridade social. (FAGNANI, 2011, p. 61).

No campo político e ideológico, emergiu um cenário favorável para a ampliação do papel do Estado na economia e na regulação dos mercados. O colapso financeiro internacional (2008) interrompeu um longo ciclo de hegemonia do neoliberalismo em escala global. Muitos dos dogmas do “pensamento único” passaram a ser questionados. Instituições como Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI) reconheceram o fracasso das políticas inspiradas pelo Consenso de Washington. Este cenário abriu uma nova brecha para a ampliação do papel do Estado na consolidação do sistema de proteção social consagrado pela Constituição de 1988. Antes mesmo da crise internacional, a postura desenvolvimentista do governo brasileiro havia sido reforçada. Prova disso foi o lançamento, em 2007, do Programa de aceleração do Crescimento (PAC), visando a impulsionar investimentos públicos e privados na área da infraestrutura econômica e social. Com a crise internacional, novas medidas anticíclicas foram adotadas com sucesso (IPEA, 2011 *apud* FAGNANI, 2011, p. 62).

Um fator importante que contribuiu fortemente para a melhora das contas públicas, investimentos sociais e retração da dívida pública, foi o crescente aumento na taxa anual do Produto Interno Bruto (PIB) que em 2010 chegou a 7%, haja vista que entre os anos 1990 e 2005 a taxa média de crescimento foi de 2,5%. Uma das estratégias adotadas para enfrentar os efeitos sociais da crise foi a decisão de eleger o social como um dos eixos estruturadores do desenvolvimento econômico (MERCADANTE, 2010 *apud* FAGNANI, 2011, p. 62).

Fagnani (2011) afirma que nesse governo conjugou-se, com êxito, estabilidade econômica, crescimento, distribuição de renda, inclusão social e promoção cidadania, todavia, como veremos abaixo, existem consistentes críticas a essa lógica de desenvolvimento social e econômico.

Plínio de Arruda Sampaio Junior (2017) avalia que o arranjo social e econômico configurava-se de modo que a perspectiva de uma ordem societária alternativa à

imposta era praticamente impossível, em virtude dos padrões de consumo⁸ e do ritmo da modernização desigual e combinada, que deixa ainda mais evidente a polaridade entre as classes sociais. Desta forma, as classes dirigentes se dividiam em torno de suas propostas sobre os caminhos da gestão econômica. Enquanto “modernistas”, alinhados à comunidade internacional, propunham uma modernização ágil, e o campo “conservador”, temendo os efeitos desastrosos que esta poderia acarretar, vinculavam-se a ideia de uma “corrida atrás dos padrões de consumo das economias centrais” (SAMPAIO JR., 2017, p. 20) que levasse em conta a proteção da economia frente à concorrência proporcionada pela mundialização – característica típica de economias dependentes, onde as decisões são tomadas de fora para dentro. Assim, os adeptos da corrente modernizadora desconsideraram toda a pressão advinda da população para que se dessem mudanças estruturais e, segundo o autor, os conservadores, ainda que optassem pela proteção da economia nacional, negavam-se veementemente a romper com o capital estrangeiro, atendo-se a ideia de que um dia o Brasil alcançaria o *status* de “primeiro mundo”. Nesse contexto, as lutas nacionais são relativamente pequenas visto que as disputas ocorrem em torno, por exemplo, de maior ou menor grau da concentração de renda e crescimento econômico, desconsiderando-se problemas centrais como a desigualdade advinda da contradição entre o capital e o trabalho, que propiciam a dependência externa do país, o que não favorece nem de longe a soberania nacional.

Desta forma, Sampaio Jr. Identifica três caminhos que poderia haver contribuído para que a população, até então marginalizada no que tange as decisões políticas, pudesse acumular forças na direção de uma maior democracia, enfrentando os interesses daqueles que não vivem dependendo diretamente da sua força de trabalho: a) superar o consumismo de forma que se dê espaço à ética da solidariedade, b) modificar os parâmetros sociais através da reforma agrária, urbana, forte intervenção estatal na economia e diminuição da jornada de trabalho, e c) ruptura com o processo de mercantilização, favorecendo uma entrada mais gradual do progresso técnico no país (SAMPAIO JR., 2017, p. 21). Para o autor, o horizonte de uma maior democracia só

⁸ “Produto de uma sociedade sem projeto nacional, que fomenta o consumismo desbragado e endeusa a cópia dos estilos de vida das economias centrais – constitui um obstáculo adicional, certamente o mais difícil de ser superado, à construção de uma “vontade política” capaz de romper com o neoliberalismo. A mera possibilidade de se verem marginalizados das últimas novidades dos mercados centrais suscita reações históricas que comprometem a possibilidade de um debate racional sobre as opções mais adequadas para impulsionar o desenvolvimento nacional” (SAMPAIO JR., 2017, p. 32).

pode ser vislumbrado a partir do momento em que se constitua uma aliança popular que leve as transformações até às últimas consequências.

Após a contextualização acerca dos dilemas advindos da luta de classes no Brasil, o autor se debruça sobre a moeda nacional (no capítulo: *A macabra macroeconomia do Real*), frisando o quanto o Real é uma moeda frágil, que em curtos períodos de tempo enfrentou sérias crises cambiais. Para controlar esta asfixia, o governo optou por lançar mão de auxílio financeiro externo junto aos organismos internacionais, o que propiciou aumento exponencial da dívida externa, espoliando ainda mais a população por meio de medidas de ajuste fiscal. Para Sampaio Jr. (2017, p.25):

A defesa da estabilidade, como um fim em si, camufla o caráter antissocial, antinacional e antidemocrático do Plano Real, cujo verdadeiro objetivo é defender os interesses do grande capital nacional e internacional e promover a modernização dos padrões de consumo de uma exígua parcela da sociedade brasileira.

Para o autor, alternativa mais sensata seria “centralizar o câmbio e estancar a queima de reservas cambiais” (SAMPAIO JR., 2017, p. 25).

O poder descomunal do grande capital de sabotar toda iniciativa que pudesse representar uma ameaça à continuidade do neoliberalismo inviabilizou qualquer possibilidade de mudança no rumo da política econômica sem uma abrupta e traumática desorganização da economia. Impotente para coibir processos desestabilizadores que colocam a economia na beira do caos, o país fica refém do terrorismo de mercado e, nos momentos de crise aguda, não tem alternativa senão celebrar a tutela do Fundo Monetário Internacional (FMI) (SAMPAIO JR., 2017 pg. 32).

No plano ideológico, difundiu-se a hegemonia neoliberal e a estigmatização dos opositores a esse modelo econômico, impedindo o amadurecimento de uma opinião pública crítica e consciente, convencendo a população de que o neoliberalismo é alternativa irreversível.

Sobre o primeiro mandato do governo Lula, Sampaio Jr. identifica que, ao contrário do que a gama de cidadãos que o elegeram esperavam, o novo presidente

acabou em alguns momentos por seguir os imperativos do FMI e em outros se alinhou as autoridades econômicas, adotando características ainda mais reacionárias que os adeptos do neoliberalismo no Brasil possuíam, privilegiando o corte de gastos com políticas sob o pretexto de atuar sobre as causas dos desequilíbrios fiscais. O maior impacto obtido com efeito dessas medidas recaiu sobre os programas sociais que faziam frente à pobreza e à desigualdade. A fim de tranquilizar a base de apoio político que o elegera, Lula se empenhou no discurso de que essas medidas eram necessárias e pertinentes ao período de transição quando, na verdade, a reforma previdenciária, tributária e a autonomia para o Banco Central foram compromissos assumidos por FHC junto ao FMI, que seu governo fez questão de reafirmar e honrar, minando qualquer esperança de uma política econômica alternativa.

Sampaio Jr. não isenta os movimentos sociais de corresponsabilidade em relação à quebra das promessas de avanço social, que desapontaram o conjunto dos trabalhadores brasileiros, pois no momento em que ficou evidente que o governo continuaria submisso aos organismos financeiros internacionais, as organizações sociais se furtaram ao compromisso de mobilização rumo a correlação de forças que pressionaria o governo a retomar o compromisso com o mandato popular.

Cedendo às pressões dos meios de comunicação e grupos econômicos hegemônicos que custeavam as despesas eleitorais, o PT foi adequando gradativamente seu programa de governo.

A defesa da luta social como forma de conquista de direitos universais, que constituía a essência do programa democrático popular, foi, aos poucos, substituída por um elenco de ‘programas sociais’, de caráter assistencial, inspirados nas políticas compensatórias do Banco Mundial (SAMPAIO JR., 2017, p. 68).

Lula chegou ao poder em condições muito particulares: o ciclo de acúmulo de forças que levou Lula a presidência não reunia poder político suficiente para enfrentar os grupos econômicos, externos e internos, que davam sustentação ao padrão de acumulação neoliberal. O desejo de mudança era difuso. A vitória de Lula não se dava em uma situação de intensa mobilização popular. O PT não havia amadurecido uma agenda política alternativa que pudesse orientar a transição para um outro padrão de desenvolvimento. O governo era prisioneiro de um arco de alianças ultraconservador e corrupto. A população desconhecia o custo econômico, social e político de uma ruptura com o neoliberalismo e não se sabia se ela estava disposta a banca-los. [...] Antes mesmo das eleições o PT dobrou-se à chantagem do mercado e comprometeu-se a honrar todos os contratos com o grande capital. A partir

daí tudo foi feito para viabilizar a reciclagem do padrão de acumulação em crise aguda. Para ganhar confiança do mercado, o governo Lula aceitou docilmente a interdição da área econômica. Entregou o Banco Central ao capital financeiro e o ministério da Fazenda ao Fundo Monetário Internacional. Afastada toda e qualquer veleidade reformista, conformou-se em aplicar um ‘melhorismo’ de ocasião, integralmente subordinado a lógica do ajuste fiscal permanente, da estabilidade da moeda e das intermináveis contrarreformas ditadas pelos organismos internacionais. O estreito raio de manobra para compatibilizar as exigências do ajuste econômico com as medidas necessárias para atender às demandas populares criava uma situação na qual qualquer mobilização de massa constituiria grave ameaça a estabilidade política do governo. Por isso era imprescindível desmobilizar o povo (SAMPAIO JR., 2017, p. 70).

Temendo o enfraquecimento do governo e a ameaça de uma mobilização popular, algumas “estratégias” foram adotadas, de forma a validar o modelo econômico estabelecido. Sendo eles a difusão do ideal de que a recuperação sustentável do crescimento traria ao Brasil o *status* de primeiro mundo; a transferência direta de renda difundida através dos programas sociais, baseada nas políticas compensatórias do BM; a cooptação dos dirigentes de movimentos sociais, junto à nomeação dos mesmos em cargos públicos e cooptação das organizações pautada no clientelismo. Em meio à crise política, quando se deram as primeiras denúncias de corrupção contra o governo algumas organizações sociais lançaram a campanha “ruim com ele, pior sem ele” manifestando apoio quase incondicional ao presidente, esperando que a partir disso Lula, em uma atitude recíproca de lealdade, voltasse seus esforços ao grupo. Todavia não houve adesão das massas a esse chamado e não houve resposta satisfatória do governo quanto ao modo de governar. De acordo com Sampaio Jr. (2017, p. 72), ao contrário do que aconteceu com a ex-presidente Dilma Rousseff, a direita só não moveu um processo contra Lula devido a força latente de sua política econômica junto ao capital internacional.

Após essa análise, não nos surpreende o fato de que estudos realizados entre 2003 e 2006 demonstrem que a ascensão política de um candidato filiado PT tenha trazido consigo a ascensão dos níveis de rentabilidade do grande capital. De acordo com estes estudos, “o montante do lucro líquido de 176 empresas privadas e 22 bancos de capital aberto teve um aumento de 250% e 81% respectivamente” (SAMPAIO JR., 2017, p. 78). No que diz respeito ao rendimento médio da população, entre os anos de

1995 e 2005 observa-se que houve contração de 13% no rendimento médio da população.

Ainda que a Constituição de 1988 tenha implicado um aumento dos gastos públicos com políticas sociais e previdência social, pressionando o orçamento do Estado nos primeiros anos da década de noventa, a fúria impositiva que caracteriza a evolução das contas públicas após a consolidação do plano real – sobretudo a partir de 1999, quando o FMI assume formalmente o comando da política econômica – deve ser atribuída basicamente à necessidade de gerar recursos para financiar o serviço da dívida pública. Tal fato fica evidente quando se constata que todo o aumento da carga fiscal entre 1999 e 2005 foi utilizado para aumentar o superávit fiscal do setor público (SAMPAIO JR, 2017, p. 79).

Negando a proposta da constituinte, foram realizados inúmeros esforços para refrear os gastos com a previdência social, ignorando o fato de que a população está envelhecendo, alterando gradativamente a estrutura da pirâmide etária brasileira, comprometendo os interesses econômico-sociais dos trabalhadores em prol dos interesses da burguesia. Sampaio Jr., observando o Relatório do Desenvolvimento Humano das Nações de 2006 (2017, p. 79), afirma que entre os anos de 1999 e 2005 os gastos com a amortização dos juros da dívida pública giraram em torno 9,5% do que diz respeito ao PIB, o que corresponde a um montante imensamente superior ao valor dispensado à saúde e a educação no mesmo período de tempo. Segundo Sampaio Jr., o regime de acumulação vigente no Brasil é singular devido à capacidade de existência simultânea do sucesso do grande capital e das péssimas condições de existência da população.

No início do segundo mandato do governo Lula (2006), uma estratégia foi lançada pelo governo e entendida por muitos - à esquerda e a direita - como abandono do neoliberalismo, voltando às mãos do Estado o papel de regular a economia. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) aparecia com duas finalidades centrais: “enfrentar o estrangulamento na infraestrutura econômica nas áreas de energia, transporte e portos e incentivar a iniciativa privada a sair da especulação financeira e realizar investimentos produtivos” (SAMPAIO JR, 2017 pg. 87). Todavia, para Sampaio Jr., a implementação deste programa se justifica devido ao longo período de estagnação administrativa, onde a burguesia, preocupada com a “falta de paciência” da

população, bem como com um possível colapso nos setores vitais da economia resolve retomar a dianteira da ação. As principais problemáticas levantadas acerca do PAC dizem respeito à sua incapacidade de tocar problemas estruturais e aos baixos investimentos no setor público, questões inerentes a inserção subalterna do Brasil na ordem global e sua economia dependente, metas inflacionárias, ajuste fiscal permanente, câmbio flutuante, liberalização e internacionalização da economia permaneceram inalterados.

O balanço do programa de aceleração feito pelo autor é de que ele foi generoso para com os empresários e mesquinhos para com os trabalhadores. Em outras palavras, acentuou a privatização da economia, as parcerias entre os setores público/privado, tornou a legislação ambiental vulnerável aos interesses do capital e constituiu empecilho a participação popular na renda nacional através dos salários. Um ataque à classe trabalhadora disfarçado de avanço à esquerda.

A fim de mascarar os infortúnios trazidos à população devido à aliança ao neoliberalismo, o governo Lula empenhou-se, em suas propagandas oficiais, em afirmar que a concentração de renda no Brasil estava diminuindo muito, mas não somente, em virtude do carro chefe de seu segundo mandato, o Programa Bolsa Família (PBF). Todavia, certo é que, ainda que o governo atue na transferência direta de renda aos mais pobres, o montante não se compara as vultosas quantias em dinheiro dispensadas à dívida pública, e ainda, pode ser claramente identificado na execução do programa o intuito de atuar como paliativo frente aos efeitos da pobreza e da desigualdade, sem sequer dialogar sobre as causas.

Em meados do segundo mandato Lula um processo de crise se abateu sobre a ordem global e, como sabemos, as crises são inerentes ao modo de produção capitalista e é através delas que se constitui o solo propício para que um novo ciclo de crescimento e expansão do capital e do valor. A forma como o capitalismo se configura no Brasil mina qualquer possibilidade de soberania nacional e até mesmo de um regime realmente democrático. A exploração do trabalho constitui eixo fundamental que retroalimenta a burguesia, favorecendo incondicionalmente a acumulação e concentração de renda. A classe hegemônica, por meio de seus aparatos midiáticos, político, religiosos, jurídicos e econômicos, impossibilita qualquer alternativa de transformação societária por dentro do Estado. O ato de escolher e eleger um representante político para determinado cargo

na esfera do governo não passa de mero ritual eleitoral, visto que em última instância o que prevalece são os imperativos dos organismos internacionais, que mandam e desmandam na forma como a política econômica deve ser regida internamente, utilizando como moeda de troca empréstimos e financiamentos. Desta forma, contrariamente a proposta, o voto passa a ser antidemocrático, dando *status* de legitimidade a uma representação que deixa as demandas advindas da população que estão à margem das decisões. Desta forma, nosso entendimento se alinha com o do autor, no que diz respeito ao modo radical que os movimentos sociais deverão adotar frente à crítica ao capitalismo redefinindo o modo de como concebem a complexa dialética existente entre reforma e revolução.

Ao analisar a trajetória do PT, Mauro Iasi (2012) aponta que o partido foi organizado pelos setores mais combativos do operariado, com posição anticapitalista e projeto socialista, se transformando, posteriormente, em um dos baluartes do capitalismo no Brasil. O autor aponta para uma inflexão que levou o partido da negação ao consentimento.

É importante ressaltarmos a contradição que marca os governos petistas. Ao mesmo tempo em que se registram algumas ações que visavam à inclusão social, também podemos indicar que diversas medidas contrarreformistas foram implementadas. Com relação à saúde, podemos destacar a não efetivação do financiamento do SUS conforme previsto constitucionalmente, a precarização do trabalho tendo em vista principalmente o avanço da terceirização da gestão dos serviços e as contrarreformas dirigidas à previdência social, política constitutiva da seguridade social. Tratemos dessas questões no tópico seguinte.

3.2. AS AÇÕES DOS GOVERNOS LULA NA POLÍTICA DE SAÚDE

Em 1988 ocorre a promulgação da Constituição Federal (CF), na qual, após um embate de interesses na arena da Assembleia Constituinte, polarizada por aqueles que representavam os grupos empresariais, o chamado “centrão”, e pelas forças do

Movimento de Reforma Sanitária, foi conformada, a partir de uma série de acordos coletivos, a atual configuração da política de saúde brasileira (Bravo 2010).

Os avanços que podemos identificar na política de saúde inscrita no texto constitucional residem principalmente na sua inserção como parte de um modelo de seguridade social, na incorporação do princípio da universalidade e na sua previsão como dever do Estado, na previsão de uma base diversificada de financiamento, na constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade; e ainda a previsão de uma participação complementar do setor privado, aberta ao capital. Os pontos apresentados constituem um avanço na comparação com a política de saúde vigente até então, mas, conforme discutiremos a seguir, o SUS jamais chegou a ser implementado conforme fora previsto.

Foi a partir da década de 1990, em pleno contexto de desenvolvimento do projeto neoliberal no Brasil que o SUS foi implementado, o que incidiu profundamente em sua materialização. As limitações que foram impostas à efetivação do SUS precisam ser analisadas à partir de sua inserção em um contexto mais amplo de enfrentamento à crise do capital, na qual o Estado tem se colocado cada vez mais alinhado aos interesses deste último.

Nas eleições presidenciais de 1989, com a vitória de Fernando Collor de Melo, instituiu-se um governo de orientação neoliberal que representou um claro ataque às políticas sociais propondo seu enxugamento, sobretudo no que se refere aos direitos sociais inscritos na CF de 1988. No campo da saúde, o então presidente Collor realizou vetos ao texto constitucional, principalmente naquilo que se referia à participação social e ao financiamento da política de saúde. A participação popular foi regulamentada posteriormente pela Lei 8142/90.

Para se analisar a política de saúde, há que se considerar uma série de fatores que influenciam diretamente no sucesso ou fracasso da mesma. Apesar de limitada, de acordo com a Constituição de 1988, o direito a saúde deve ser garantido pelo Estado considerando-se questões pertinentes ao meio ambiente, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação e a garantia de ações que promovam saúde que são aspectos determinantes a esse respeito.

Apesar do reconhecimento da saúde como dever do Estado e direito universal na CF de 1988, essa política integrante da seguridade social brasileira jamais chegou a ser efetivamente implementada e o setor privado, previsto como complementar ao SUS, foi fortemente apoiado pelos sucessivos governos brasileiros. Apenas para indicar os diversos ataques empreendidos contra a política de saúde desde a década de 1990, podemos citar o não estabelecimento dos percentuais a serem investidos em saúde por cada esfera de governo; o veto à participação popular, realizado pelo presidente Fernando Collor de Mello em 1990 (anteriormente mencionado); o estabelecimento de mecanismos de retirada de recursos destinados à seguridade social no governo Fernando Henrique Cardoso. Tais ataques tiveram continuidade ao longo dos governos Lula.

O esforço em nos aproximar do debate acerca da política de desenvolvimento social e econômico desenvolvida pelos governos Lula, nos permitiu identificar o transformismo⁹ vivenciado pelo partido dos trabalhadores através dos dois governos que obtiveram êxito nas urnas na década de 2000. A análise dos programas de governo petista indica claramente esse transformismo em relação as propostas realizadas e as ações efetivadas, conforme evidenciaremos abaixo.

O primeiro plano de governo apresentado se refere à candidatura de Lula em 2002 e o mesmo traz as seguintes proposições em relação à saúde:

- Em nosso governo, a saúde será entendida e gerenciada no contexto dos direitos sociais compreendidos na Seguridade Social, devendo ser financiada por toda a sociedade, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de contribuições sociais e outras fontes. A experiência tem mostrado também que as iniciativas do chamado Terceiro Setor e das Organizações Não Governamentais (ONGs) funcionam bem e complementam a ação do Estado. Não serão, por isso mesmo, subestimadas.
- Em defesa da vida e de um direito fundamental da pessoa humana, nosso governo trabalhará para garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, assim como a políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecimento e que promovam a qualidade de vida. Desenvolverá políticas promotoras de saúde e bem-estar nas cidades e no campo, estimulando a participação dos diversos segmentos da sociedade e respeitando o controle social dos Conselhos de Saúde.

⁹ Entendemos por transformismo, no sentido gramsciano, o movimento de cooptação política e ideológica desencadeado pelas classes dominantes sobre suas forças aliadas e/ou sobre as classes subalternas. Tal movimento de aproximação com o governo consiste em atrair para o campo político dominante os intelectuais orgânicos dos outros grupos sociais, seus dirigentes políticos e ideológicos, esvaziando sua postura crítica e decapitando as forças sociais oponentes de sua direção política. Desse modo, permite-se a conservação da ordem numa qualidade superior, pois as contradições sociais e a luta entre as classes não desdobram no plano da luta política e ideológica, ficando como que “congeladas” no plano político (GRAMSCI, 2002: 63 *apud* SOARES. 2013. p. 548).

- A direção do SUS deve ser descentralizada efetivamente, com os municípios e os estados desenvolvendo condições técnicas, financeiras e políticas para coordenar a organização dos serviços no seu território, exercer a gestão, prestar contas e implementar as deliberações dos Conselhos de Saúde. Essa disposição constitucional é importante porque a responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo com respeito às prerrogativas dos municípios e estados permite que as ações e os serviços de saúde tenham a organização necessária em cada território, conforme indicar o planejamento e deliberar o controle social.
- Nosso governo respeitará e efetivará o que a lei estabelece, oferecendo cooperação técnica e financeira para fortalecer estados e municípios para que, respeitando o controle social, exerçam a gestão descentralizada do SUS e a regulação do sistema privado suplementar.
- Nosso governo adotará as Conferências de Saúde como prática regular para a avaliação da situação de saúde, de discussão e deliberação de diretrizes para a formulação das políticas setoriais, respeitando os encaminhamentos das mesmas e adotando medidas para fortalecer os Conselhos de Saúde. O respeito às prerrogativas do controle social por parte de todos os gestores e do sistema de saúde será uma das metas prioritárias a serem pactuadas pelo Ministério da Saúde com os estados e municípios (PROGRAMA DE GOVERNO 2002: COLIGAÇÃO LULA PRESIDENTE, 2001, p. 47-50).

As propostas indicadas já evidenciam a direção à terceirização da gestão e ressaltam o papel do controle social, porém, o que houve na realidade foi à manutenção da política macroeconômica com manutenção do superávit primário, da Desvinculação de Receitas da União (DRU), das elevadas taxas de juros, apostas na política de exportação, com base no agronegócio, o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública e o aumento da arrecadação da União.

Com relação à participação social, segundo Moroni (2009), houve a ampliação de canais de participação, mas também houve um desrespeito à autonomia da sociedade civil. Na maioria dos espaços participativos criados ou reformulados quem determina a representação da sociedade é o governo.

Os planos de governo esvaziam cada vez mais o conteúdo político do debate sobre a saúde e o controle social. Na segunda candidatura de Lula analisada referente ao ano de 2007, emergem propostas governamentais que buscam diminuir os níveis de desemprego e viabilizar o acesso ao consumo de massa por meio de medidas, como redução de impostos de bens duráveis, valorização do salário mínimo, aumento do crédito ao consumidor, programas de combate à pobreza, que impactam os indicadores de pobreza extrema, mas não conseguem reverter a desigualdade social persistente que caracteriza a sociedade brasileira.

Em relação às proposições dirigidas à saúde e ao controle social no plano de governo desta candidatura temos:

- O fortalecimento a gestão do SUS, pública e democrática, com controle social, como instrumento de identificação das necessidades da população, atendimento ao interesse público e combate à corrupção;
- Assegurar a universalização do acesso às ações e serviços de atenção básica, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde (PROGRAMA DE GOVERNO 2007-2010: COLIGAÇÃO LULA DE NOVO COM A FORÇA DO POVO, 2006, p. 26).

Nesse momento o controle social começa a ser identificado como combate a corrupção e não mais espaço deliberativo da saúde, e a universalização do acesso à saúde é identificada apenas com a expansão da atenção básica.

Cabe destacar a paradoxal constatação, que põe em xeque a pretensão “neodesenvolvimentista” do governo Lula: esse governo melhorou, sim, as condições sociais de muitos brasileiros, mas, ao mesmo tempo, melhorou muito mais a remuneração do capital financeiro, industrial e do agronegócio que operam no país. Ou seja, foi no governo Lula que o enfrentamento da pobreza absoluta teve a maior visibilidade política de sua endêmica existência, mas, paradoxalmente, isso foi acompanhado da garantia “de altos lucros, comparáveis com os mais altos da história recente do Brasil” (ANTUNES, 2011, p. 131).

Sobre as supostas melhorias implementadas no campo da saúde durante o primeiro governo Lula, Telma Maria Menicucci¹⁰ (2011) enaltece algumas ações, apontando que algumas propostas de campanha que foram implementadas, tais como a política de saúde bucal, à questão das urgências e das emergências, e da criação da farmácia popular, que se desdobraria no acesso aos medicamentos por parte da população, ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), o reforço da atenção básica, o aprimoramento das relações intergovernamentais, a ampliação do acesso e garantia da integralidade da assistência ampliação do PSF, expansão dos Centros de

¹⁰ Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (1971), mestrado em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990) e doutorado em Ciências Humanas Sociologia e Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (2003). Atualmente é professora adjunta do Departamento de Ciência Política da UFMG. Atua principalmente na área de Políticas Públicas, particularmente políticas sociais e entre essas, política de saúde, e na área de gestão pública.

Atenção Psicossocial (CAPS), que contribuiu fortemente para a efetivação da reforma psiquiátrica, os projetos de humanização onde se preza pelo acolhimento, a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED), a isenção do Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) para medicamentos de alto custo, a convocação da primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, e programas, tais como o *Brasil Sorridente* e o programa de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Destacamos para análise o Programa Farmácia Popular, que é composto por uma série de drogarias particulares conveniadas que fornecem os medicamentos para a população com até 90% de “desconto” em relação ao preço de cobrado nos comércios devido ao subsídio governamental enviado as mesmas. Estas porcentagens em desconto amplamente difundidas pelas propagandas governamentais contribuem para mascarar a situação e até mesmo confundir a população acerca do real valor pago pela mesma por aquele medicamento. Na realidade ocorre que o Brasil é um dos países que mais arrecadam dinheiro através de impostos advindos da taxaçoão sobre bens de consumo, que deveriam ser revestidos à população em forma de bens e serviços públicos e gratuitos, entretanto não é isso o que ocorre. O governo, através de parcerias público-privadas acaba por subsidiar parcela dos medicamentos às empresas farmacêuticas e deixa o restante do pagamento a cargo do consumidor, ou seja, a população paga duplamente pelo mesmo medicamento, em primeiro lugar indiretamente através dos impostos e segundo lugar diretamente nos postos de venda. Este fato acaba por evidenciar o quanto a estrutura é falida e como o governo atua de forma corrupta na gestão das políticas.

A autora defende que neste período deu-se mais atenção aos grupos específicos, como por exemplo,

A política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007), às ações voltadas para a saúde da criança e do adolescente, a articulação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de Doença Sexualmente Transmissível (DST)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), além da educação sexual nas escolas, às ações para a Saúde do trabalhador, através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), ações relativas à saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados. No campo de ações focalizadas em grupos específicos, cabe ainda mencionar a aprovação, em 2003, do Estatuto do Idoso, com um capítulo específico voltado para a saúde e com

uma sinalização no sentido de suprimir o processo asilar e atuar na promoção e recuperação da saúde do idoso. (MENICUCCI 2011, p. 525)

Além dessas ações Menicucci apresenta outras medidas implantadas em meio ao primeiro mandato de Lula. Uma delas foi o Pacto pela Saúde. Este pacto na verdade foi uma série de medidas instituídas no âmbito das esferas municipais, estaduais e federal do governo, que tinha como finalidade estabelecer mudanças nos instrumentais e no gerenciamento da saúde pública. A aplicação deste se subdividiu em três eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida atua no sentido de “otimizar” o gerenciamento com o sistema a fim de obter melhores resultados, estipulando uma série de metas a serem atingidas. O Pacto em Defesa do SUS objetiva mobilizar politicamente a sociedade a fim de lutar por um financiamento adequado para as ações na saúde, e o Pacto de Gestão do SUS, busca delimitar as diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estatal e municipal), fortalecendo assim a gestão do mesmo através de colegiados de gestão regionais, arenas federativas de articulação entre gestores, estabelecimento de relações cooperativas.

Outra alteração apresentada pela autora diz respeito à transferência dos recursos federais que passaram a ser divididos entre atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde, contribuindo assim para a drástica redução da fragmentação destes recursos. Esta mudança também teve um caráter de resposta para críticas feitas pelos gerenciadores municipais e estaduais, atribuindo maior autonomia para estes no âmbito do gerenciamento destes recursos.

Em relação ao segundo mandato de Lula (2007-2010), Menicucci (2011) afirma que apesar de apresentar muitos planos para o campo da saúde, totalizando treze propostas, existiam poucas inovações, o que evidenciava a intenção de continuidade dos programas em relação ao mandato anterior, tendo como objetivo o “aprofundamento e o aperfeiçoamento” do SUS. Segundo a autora, um novo aspecto que se fazia presente neste momento era o incentivo financeiro às pesquisas e desenvolvimento tecnológico para vacinas, medicamentos, equipamentos e afins. De acordo com Bahia e Costa, (2007 *apud* MENICUCCI, 2011), uma das primeiras ações tomadas em meados de 2007, pelo Ministério da Saúde, foi o programa que articulava a epidemiologia, determinantes sociais da saúde e a política de saúde, na tentativa de aproximar os problemas de saúde

cotidianos a uma ótica de melhora nas condições e qualidade de vida. Este programa teria sido alvo de uma série de polêmicas veiculadas pela grande mídia.

O ministro da saúde, José Gomes Temporão (2007-2011), adotou uma postura singular, dando ênfase a assuntos outrora polêmicos. Menicucci (2011) apresenta alguns deles, tais como, aborto inseguro, propagandas de bebidas alcoólicas, quebra do licenciamento de um dos medicamentos utilizados para o tratamento de pacientes HIV positivo, a importância das ações intersetoriais para a saúde e a articulação de esforços nesse sentido, a judicialização da saúde, onde inferia críticas a ações judiciais que brigavam pelo direito de obter cobertura para procedimentos até então não regulamentados. A autora destaca que a agenda setorial foi ampliada com novidades, como a proposta para o aprimoramento da gestão das instituições públicas, propondo-se um novo modelo jurídico institucional legal para os hospitais e institutos federais.

Outro assunto pautado foi a vinculação da saúde ao desenvolvimento, perpassando pela discussão da política de saúde e chegando até mesmo ao debate sobre o crescimento industrial, colocando a saúde como um dos seus pilares. O lugar estratégico das indústrias produtoras de insumos para a saúde ganha destaque no decorrer deste segundo mandato devido a sua relação com a política de saúde e com a política industrial, tecnológica e de comércio exterior. Menicucci (2011) afirma que, ao destacar o lugar dessas indústrias na composição do PIB e na geração de empregos, passasse a destacar a competitividade e o potencial de inovação nas indústrias da saúde propondo-se que elas deveriam se constituir núcleos centrais da estratégia nacional de desenvolvimento do governo.

A proposta de reorganização e incremento dos investimentos no complexo produtivo da saúde é vinculada ao aumento da produção de insumos estratégicos para conferir maior autonomia à política de saúde com redução da dependência tecnológica e vai redundar no “PAC da Saúde”, nome atribuído ao Programa Mais Saúde. Integrando a agenda social lançada pelo Presidente em 2007, esse programa apresenta um plano detalhado de investimento e atuação de caráter prioritário do Ministério da Saúde, cujos pontos mais significativos são a reiteração do elo entre saúde e desenvolvimento socioeconômico, a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, tendo a intersetorialidade no centro da estratégia, e a percepção da importância do setor sob o ponto de vista da geração de emprego, renda e produção. (MENICUCCI, 2011, p. 527)

Percebe-se até aqui uma clara tentativa de subordinação desta política aos interesses do grande capital e ainda a importância da saúde para o sistema capitalista de produção, em prol do crescimento econômico.

Além do Programa Mais Saúde, em linhas gerais, a agenda social contempla prioridades que têm sido definidas para a assistência à saúde, como o reforço da atenção básica por meio da expansão do PSF, da qualificação dos profissionais de nível superior do PSF, do Brasil Sorridente e do trabalho de agentes comunitários de saúde, agora acrescido de atividades a serem desenvolvidas no âmbito das escolas. Destacam-se ainda o programa Saúde na Escola; o tratamento da hipertensão e do diabetes; o planejamento familiar; a ampliação do acesso a serviços especializados; ações de investimento em infraestrutura, duplicação da cobertura do SAMU; implantação de complexos reguladores, com finalidade de melhorar o acesso a internações; implantação de novas formas de compra de serviços, com contratualização com hospitais filantrópicos. (MENICUCCI, 2011, p. 527, grifos nossos)

Surgiu então, através de um Projeto de Lei Complementar, uma proposição para que se implementasse um modelo de fundação estatal de direito privado em hospitais públicos federais, com o objetivo declarado de “melhorar a qualidade e a eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde”, associando a “flexibilidade gerencial” ao compromisso com “metas de desempenho” (MENICUCCI, 2011). Este projeto não foi prontamente aceito por parte do PT e alguns sindicatos. O Ministério da Saúde seguiu atuando em uma perspectiva que a autora chama de “racionalidade administrativa”, organizando as chamadas redes assistenciais de distribuição dos recursos com o intuito de aperfeiçoar o sistema de transferência dos recursos do ministério a esferas subnacionais do governo. Menicucci (2011 p. 528), de forma crítica, defendeu que este tipo de intervenção colabora para que o debate da saúde seja “despolitizado” na esfera do legislativo e na sociedade como um todo, ficando circunscrito tão somente a um debate referente a ampliação ou restrição de recursos financeiros.

Há análises sobre essas proposições que evidenciam as principais conexões privatizantes e mercantilizadoras da política de saúde neste período. Em seus estudos, Bravo e Menezes (2014) evidenciam algumas estratégias do governo Lula, que identificam um problema de gestão dos hospitais universitários e propõe a criação das fundações públicas de direito privado. Granemann (2008) elenca os principais malefícios que as organizações sociais produzem para os trabalhadores, evidenciando a

precarização da forma de contratação dos trabalhadores; a inexistência de um regime jurídico único de contratação, permitindo formas diversas de organizar a força de trabalho, diminuindo sua capacidade de mobilização e, por fim, a inexistência de contribuição por parte das Organizações Sociais (OS's) para a constituição do fundo público, apesar de ter seu financiamento viabilizado por este. Segundo a autora, essa não contribuição só é possível pelo caráter jurídico destas organizações, as quais, ao prestarem serviços de cunho social, gozam de imunidade tributária.

O governo Lula, utilizando claramente os preceitos neoliberais de Luiz Carlos Bresser Pereira, avançou na proposição das OS's, OSCIPS (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) e Fundações, que constituem a terceirização da gestão dos serviços públicos de saúde e no fortalecimento do setor privado .

Conforme afirma Maria Valéria Correia (2015, p. 73), no final do governo Lula dados estimavam que as isenções de impostos concedidas a alguns hospitais privados, como o *Albert Einstein*, e a grupos farmacêuticos, chegavam à 15 bilhões de reais. Em 2011, as isenções de imposto de renda de pessoa física somavam 7,7 bilhões de reais que o governo deixou de arrecadar. Ressalta se ainda os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que indicam um crescimento no número de usuários de planos de saúde que saltou de 34,5 milhões em 2000 para 47,8 milhões em 2011. Foi em 2010, no segundo governo Lula, que o Brasil alcançou a posição de segundo mercado mundial de planos de saúde.

Outra estratégia contrarreformista dirigida ao setor saúde foi a criação do REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Segundo Juliana Fiúza Cislighi (2011), a partir do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), introduziu-se nas universidades a estratégia de realização de “contratos de gestão”. Estes contratos deram origem a proposta de repassar a gestão tanto de universidades como de hospitais para organizações sociais, fundações públicas de direito privado e, mais recentemente, para empresa pública.

A proposta de contrarreforma dos Hospitais Universitários já havia sido apresentada no governo FHC através do documento *Etapas para a viabilização da aplicação da Lei de Organizações Sociais na recriação da Universidade Pública a ser*

administrada por Contrato de Gestão, porém, tal proposta foi rejeitada naquele momento histórico apesar de seu debate ter continuado (CISLAGHI, 2011).

Em 31 de dezembro de 2010, último dia de mandato do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a partir do argumento da necessidade de regularizar a situação dos trabalhadores terceirizados dos hospitais universitários, considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União (TCU), é instituída a Medida Provisória nº 520 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

No que se refere aos recursos da EBSEH, o Projeto de Lei (PL) nº 1749, em seu artigo 8º, define entre outras fontes de recursos, os provenientes “dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais”, evidenciando a possibilidade de organismos internacionais incidirem nos hospitais universitários inclusive através do financiamento de pesquisas, o que pode comprometer a autonomia das pesquisas desenvolvidas. A proposta de implantação da EBSEH, que constitui a materialização de uma das indicações do BM, foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff através da Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011 e sua implantação nos hospitais-escola federais significou uma forma de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro, composto por 45 unidades hospitalares. A implantação desta Empresa representa uma séria ameaça para o SUS, consolidando o projeto privatista que se delineia ao longo dos governos petistas.

4. ANÁLISES E RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

4.1. O DOCUMENTO SOBRE OS 20 ANOS DO SUS

Como demonstrado anteriormente, a direção estabelecida pelos governos petistas possui profunda sintonia com as orientações do BM. Assim nos dedicamos a análise de um dos documentos elaborados pelo banco.

O documento intitulado *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil Uma análise do Sistema Único de Saúde*, cuja autoria refere-se respectivamente a Michele Gragnolati, Magnus Lindelow e Bernard Couttolenc¹¹, foi publicado em meados de 2013 com o intuito de responder a algumas questões tais como a forma como se deu a construção do SUS, se o mesmo transformou o sistema brasileiro de saúde, se esta construção tem produzido resultados melhores (segundo critérios do BM), uma síntese dos 20 anos de implementação do SUS, a avaliação do seu desempenho, a expansão e reorganização da provisão de serviços, a equidade no que diz respeito ao financiamento da saúde, bem como a melhoria da governança do sistema de saúde (também segundo critérios do BM).

Conforme o documento do BM “20 Anos de construção do SUS no Brasil” reconhece, em virtude dos crescentes custos dos serviços de saúde, da “crise” no sistema de Previdência Social e, não obstante, de um amplo movimento político-social que clamava pela democratização e avanço dos direitos sociais no país, a CF de 1988 estipulou a criação do SUS, que se pautaria em três princípios específicos:

- Acesso universal aos serviços de saúde o que definiria a saúde como um direito do cidadão e uma obrigação do Estado.

¹¹ Michele Gragnolati é Líder do Setor de Desenvolvimento Humano para Argentina, Paraguai e Uruguai no Banco Mundial, em Buenos Aires. Magnus Lindelow é Líder do Setor de Desenvolvimento Humano (Saúde, Educação e Proteção Social) do Banco Mundial no Brasil. Bernard Couttolenc é Diretor Geral do Performa Institute, um novo centro de pesquisas em políticas em São Paulo, Brasil.

- Igualdade no acesso à assistência à saúde, reconhecidas as desigualdades entre as pessoas e os grupos sociais.
- Integralidade e continuidade do atendimento em saúde, contemplando o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação (BRASIL, p. 119, 1988).

Além dos princípios, as estratégias que mais se destacavam eram a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas, o aumento da participação social e a priorização das intervenções em saúde baseadas em evidências. Dessa forma, após a implementação do SUS a saúde passaria a ser tratada como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão e obrigação do Estado. Assim, para dar materialidade às aspirações referentes ao sistema único demandou-se um profundo conjunto de transformações em relação ao sistema de saúde vigente até então. As transformações reverberaram até mesmo sobre leis e normas de base jurídica.

A eleição deste sistema unificado para a saúde pressupunha mudanças de cunho organizacional e financeiro no que diz respeito ao financiamento aos serviços e novas técnicas de governança e responsabilização para os gestores do sistema. O Banco Mundial (2013, p. 2) aponta que várias eram as fragilidades acometidas ao sistema de saúde que precedia o SUS, como por exemplo, a disponibilidade limitada de serviços em algumas regiões do País, o inadequado sistema de atenção primária em saúde e o excesso de centralização. Nas discussões realizadas referente à nova constituinte e às legislações sobre o SUS debateu-se amplamente qual seria papel do setor privado frente a essas mudanças, sendo que ao mesmo ficou atribuído a responsabilidade de única e exclusivamente “complementar” os serviços públicos.

De acordo com os autores, das reformas advindas da eleição do SUS a mudança organizacional na prestação de serviços mais notável foi a expansão da capacidade do sistema. Os mesmos ressaltam que “a quantidade de estabelecimentos de saúde passou de quase 22.000, em 1981, para algo em torno de 75.000, em 2009” (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 2). Segundo essas análises “o crescimento deu-se mais intensivamente na rede ambulatorial, com o número de hospitais mantendo-se estável (variação de 6.342 para 6.875) e uma queda observada no número de leitos” (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 2). Cabe ressaltar que o documento cita o crescimento do número

de estabelecimentos sem, entretanto, identificar quais destes são públicos e quais são privados.

Os autores identificam que a prioridade dada à atenção primária resultou na expansão das unidades ambulatoriais, a partir da instauração do Programa de Saúde da Família (PSF), conhecido atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conforme dados trazidos pelos autores, entre 1988 e 2010, a quantidade de equipes do PSF aumentou de 4.000 para mais de 31.600, com a cobertura abrangendo pouco mais de 50% da população brasileira. Segundo os mesmos, neste momento o governo federal empenhava seus esforços no sentido de expandir o sistema a fim de reduzir as desigualdades de cunho regional/geográfico no que tange o acesso aos serviços de saúde. Fato que, segundo o documento, exemplifica esta preocupação é a considerável redução de leitos públicos hospitalares entre os estados, o que praticamente eliminou o vínculo entre a densidade de leitos hospitalares públicos e a renda média em nível estadual. Apesar das afirmações do documento, ao analisarmos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹² podemos evidenciar que o crescimento de serviços especializados ocorreu fortemente no setor privado o que indica uma expansão do sistema básico público e de um setor especializado privado. Ou seja, não é possível falar em ampliação de acesso.

Outra alteração que se deu em meio a essas últimas décadas diz respeito à proporção de hospitais públicos e particulares. O Banco Mundial (2013) ressalta que ainda que o SUS não tenha definido de antemão as metas específicas para a expansão da rede de unidades públicas de saúde, a política adotada favorecia a expansão do setor público em detrimento do setor privado, através de ações como a redução da quantidade de hospitais com fins lucrativos contratados e de pagamentos a instituições privadas por procedimentos ofertados. Essa gestão teve rebatimentos sobre a parcela de leitos hospitalares do setor público que, de acordo com os autores, aumentou de 22% para 35%, ainda que o setor privado tenha continuado a administrar cerca de 50% dos leitos hospitalares em relação ao total.

¹² Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def> Acesso em: 15 mai. 2018.

A unificação e integração de diversos sistemas independentes de prestação de serviços de saúde em um sistema único foi um ganho significativo para o conjunto dos usuários.

As reformas também desencadearam várias iniciativas voltadas a ampliar e estabilizar o financiamento público para a saúde, e, neste período, pôde-se observar que os gastos públicos na saúde aumentaram consideravelmente desde o início da década de 1980, atingindo um acréscimo de 224%, em termos reais, no período, repercutindo no gasto por habitante que, entre a primeira metade da década de 1980 e 2010, aumentou 111% em termos per capita. Tal crescimento nos gastos públicos na saúde deveu-se, também, às taxas de crescimento econômico do País. Embora os gastos públicos na saúde, como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) tenham flutuado durante as décadas de 1980 e 1990, observou-se uma tendência significativa de aumento desde 2003. Os gastos do governo brasileiro na saúde atualmente representam pouco menos de 4% do PIB, considerado um nível baixo de despesa pública relativamente à maioria dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e alguns países de renda média. (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 3).

Dados apresentados pelos autores revelam que no período compreendido entre 1995 e 2010, a taxa média de crescimento anual em gastos públicos para com a saúde foi menor no Brasil se comparado a outros países que dispõem de renda média. Foram 3% por ano no Brasil, paralelamente a percentual de 8% a 12% em países como a China, a República da Coreia, a África do Sul e a Turquia. É importante ressaltar que ainda que o crescimento em gastos reais tenha acelerado no início dos anos 2000, em torno de 6% ao ano, a taxa permanece inferior a de vários países de economia similar ao Brasil. Com a expansão da ESF, várias foram às mudanças efetuadas sobre a alocação de dotações orçamentárias do Governo Federal, mudanças que desencadearam no incremento de 11% para 20% das transferências federais em favor da atenção básica se comparado ao total das transferências nos anos de 1995 a 2002. Essas ações contribuíram para diminuir o foco do sistema de saúde tão somente em hospitais, apesar dos serviços hospitalares continuarem representando quase metade dos gastos públicos em saúde.

Após a criação do SUS, o financiamento do governo federal era de 85% do total de gastos públicos na saúde, a partir daí a parcela federal no financiamento da saúde tem recuado constantemente, chegando a 45% do total no fim da década de 2000. Os municípios e estados pelo contrário intensificaram seus gastos chegando a atingir no ano de 2009, 28% e 27%,

respectivamente, de participação no financiamento (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 3).

Devido aos investimentos na expansão do SUS em regiões com atendimento precário no País e a mudança nos critérios na alocação de recursos federais e estaduais para a saúde as desigualdades nos gastos públicos entre os estados e municípios sofreram redução, entretanto isso não é resultado de nenhum aumento exponencial referente ao que estava previsto aos gastos públicos na saúde. Um dos objetivos com a implementação do SUS era a gradual redução da importância do setor privado nos serviços de saúde do Brasil, todavia este feito não foi alcançado, pelo contrário “os gastos privados permaneceram estáveis nos últimos 15 anos, passando de aproximadamente 57% do total de gastos médicos em 1995 para 54% em 2009” (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 4). Segundo os autores “parcela de gastos diretos caiu no decorrer do tempo, mas ainda representa cerca de 30% do total de gastos médicos, enquanto a proporção de gastos em planos privados subiu, chegando um pouco acima do patamar atual de 20%” (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 4). O número de usuários cobertos pelos planos de saúde particulares cresceu paralelamente à permanência do Brasil em menor financiamento público com gastos médicos se comparados aos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Com o intuito de otimizar a operação da prestação dos serviços de saúde que agora seria um direito, o governo ampliou a rede de estabelecimentos de saúde e manteve a disposição jurídica de que toda a população tem acesso gratuito a serviços de saúde no SUS com base em um pacote ilimitado de benefícios. Até então o sistema único não conseguiu atingir a meta referente à prestação de todos os serviços a população em geral. Não raras vezes os usuários são levados a recorrer aos tribunais a fim de lutar para que o acesso a determinado serviço de saúde seja garantido e que o governo assuma essa responsabilidade, tanto com os tratamentos quanto aos medicamentos de custos elevados. Em contrapartida, o Ministério da Saúde vem estabelecendo diálogo junto ao poder judiciário a fim de esclarecê-lo sobre as diversas limitações que perpassam pelo sistema.

Identifica-se que os autores não debatem o orçamento geral para a saúde e não tocam no debate da política macroeconômica adotada que tem privilegiado a criação de superávit primário, a retirada de recursos da seguridade social para pagamento de juros

da dívida através da DRU, além do tardio estabelecimento do cumprimento de percentuais mínimos a serem aplicados por cada nível de gestão.

O documento, ainda em análise, apresenta ao final uma reflexão para “melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de cuidados de saúde” situando, por exemplo, como alternativa a celebração de “parcerias público-privadas”, e ressaltando iniciativas como o Programa Nacional para Melhorar o Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que objetiva definir indicadores e metas de desempenho e fornecer incentivos aos municípios para atingirem estas metas.

A análise do documento sobre os 20 anos do SUS nos permite afirmar que apesar de em alguns momentos ressaltar aspectos positivos do SUS, o mesmo não relaciona a falta de recursos com a política macroeconômica adotada. Há um privilégio às medidas apontadas de qualificação da gestão, o que atribui aos trabalhadores a responsabilidade por alcançar metas (como é o caso do PMAQ), e reforça formas de investimento do fundo público no setor privado, leitura semelhante à apresentada no documento que será analisado a seguir, *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil- Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos*.

4.2. RECOMENDAÇÕES DO BM PARA A QUESTÃO DA GESTÃO DA SAÚDE

Nesse momento passaremos à análise das recomendações explicitadas no documento *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil- Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos*. As conclusões mais relevantes do documento indicam que os principais problemas encontrados estão relacionados à suas causas estruturais e falhas de governança, e identifica suas principais consequências em nível do gerenciamento e prestação dos serviços de saúde. A ênfase é dada à forma de funcionamento dos serviços ao nível das unidades de saúde e sua gestão. Seis questões são indicadas como os mais importantes: (i) a fragmentação do processo de planejamento e orçamentação, (ii) a rigidez e complexidade na execução do orçamento, (iii) a ausência de autonomia gerencial ao nível local, (iv) informação inadequada para a gestão, (v) baixa capacidade gerencial ao nível local, e (vi) estrutura

de incentivos inadequada (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 67). As recomendações elaboradas estão relacionadas a cada uma das questões indicadas.

Recomendação 1: Desenvolver e implementar arranjos organizacionais proporcionando maior autonomia e autoridade para gerenciar recursos

A efetividade do SUS em fornecer atenção de alta qualidade depende do desempenho em nível das unidades de saúde. Uma orientação baseada no desempenho pode ser promovida com a concessão de maior autonomia e responsabilidade. O sistema poderia ser baseado em dois princípios orientadores: (i) gestão autônoma nas unidades maiores, principalmente os grandes hospitais de referência; e (ii) gestão descentralizada nas unidades menores (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 74, **negritos do autor**).

O documento propõe ainda:

Nos últimos anos, vários modelos de gestão autônoma foram adotados em várias partes do país, com resultados positivos em vários casos, como o das Organizações Sociais e outras. Um modelo semelhante poderia ser adotado para a maioria das unidades de saúde maiores, principalmente os grandes hospitais de referência (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 74).

A análise sobre o desenvolvimento da política de saúde brasileira indica como, principalmente durante os governos Lula, ocorre uma expansão da entrega da gestão dos serviços de saúde às organizações sociais e indica também como essa entrega na verdade se configurou como uma forma de privatização dos serviços, precarização dos vínculos de trabalho e destinação de recursos públicos para o setor privado. É ainda durante o governo Lula¹³ que a EBSEH é criada à partir do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Entre as propostas do programa ressaltamos a possibilidade de pagamento de adicional de plantão hospitalar; tentativa de contrato temporário da união apenas para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem; além de proposta de nova carreira para os Hospitais Universitários (HUs),

¹³ Análise aprofundada sobre a política de saúde desenvolvida durante os governos petistas pode ser encontrada em: A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

o que efetivou a possibilidade de coexistência entre vínculos de trabalho e carreiras diferentes no âmbito dos HUs.

No momento de lançamento deste documento o Banco Mundial (2007) já sinaliza outro documento a ser lançado, denominado *Em Busca da Excelência: Fortalecendo o Desempenho de Hospitais no Brasil*. Ainda que não seja objeto de nossa análise nesse momento, esse documento nos indica os esforços desenvolvidos por este organismo em incidir sobre a forma de gestão dos hospitais universitários e federais que são reconhecidamente serviços de extrema importância para o avanço em pesquisas e atendimento às demandas da população por saúde.

A EBSEH está diretamente ligada à segunda recomendação do documento:

Recomendação 2: Aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização gerencial tais como os contratos e compromissos de gestão que estimulem os gestores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis.

A peça chave para o sucesso da gestão autônoma ou descentralizada é um contrato de gestão, que define claramente responsabilidades e autoridades da unidade, os objetivos e metas a serem alcançados e as atividades a serem desenvolvidas, a necessidade de recursos, critérios claros de avaliação do desempenho da unidade, e penalidades para o não cumprimento dos objetivos. O contrato de gestão tem sido reservado a modelos de gestão autônoma ou privatizada. Entretanto, poderia ser utilizado também em modelos de gestão descentralizada no âmbito da administração direta, desde que as unidades tenham um grau suficiente de autonomia gerencial e financeira para serem responsáveis pelo seu próprio desempenho (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 75, **negritos do autor**).

Os compromissos de gestão constituem um instrumento de extrema importância no planejamento em saúde, entretanto, a forma como o mesmo é abordado sem considerar a necessidade de ampliação de investimento público na saúde pública e sem considerar as condições de trabalho dos trabalhadores deste setor, nos parece muito mais uma forma de responsabilizar apenas as equipes e gestores pelas problemáticas que atravessam os serviços.

A disputa das organizações sociais para celebrar contratos de gestão com o setor público não tem refletido numa melhora da qualidade do SUS, pelo contrário, tem se

tornado uma forma de implementar contratos precários e, por exemplo, se esquivar das legislações que versam sobre o uso do dinheiro público em compras. Cabe aqui também relacionarmos essa recomendação com uma proposta implementada posteriormente, o Programa de Melhoria da Atenção e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB).

O PMAQ lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 que tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. De acordo com o site do Ministério da Saúde¹⁴, equipes bem avaliadas podem receber um montante de até R\$ 11 mil a mais, por mês. A contemplação com recursos para essas equipes esta baseada na avaliação do trabalho que elas desenvolvem através de instrumentos que consideram: o trabalho que desenvolvem - corresponde a 10% da nota de avaliação; desempenho em resultados em 24 indicadores de saúde firmados no momento que a equipe entrou no Programa - responsável por 20% da nota de avaliação e desempenho nos padrões de qualidade verificados por avaliadores externos que visitam profissionais de saúde/equipe - corresponde a 70% da nota de avaliação.

O processo de avaliação nos parece impor às equipes uma corrida pelo recebimento de recursos com a imposição de perdas às que não obtenham os melhores resultados, e ainda destina maior peso à avaliação externa pautada em padrões de qualidade para além dos 24 indicadores já “pactuados” com os profissionais.

Concordamos com a análise de Rizzotto (2016) de que a ideia de governança local, descentralizada, transfere para o espaço da micropolítica a responsabilidade pela atenção à saúde prestada à população, deixando intacta qualquer crítica à macropolítica, onde se define a alocação dos recursos públicos, até porque, para o BM, o problema não está na falta de recursos, mas na sua má gestão.

As recomendações 3 e 5 afirmam o seguinte:

Recomendação 3: Sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamentação e gestão de informação e orientá-los para o desempenho.

¹⁴ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq. Acesso em: 10 ago. 2018.

Para que a concessão de maior autonomia às unidades de saúde possa proporcionar os resultados esperados, e os diretores/gerentes de unidades possam efetivamente gerenciar, é indispensável que eles tenham condições técnicas de fazer uso dessa autonomia e gerenciar os recursos à sua disposição de maneira mais eficiente, responsabilizando-se pelos resultados obtidos. Para tanto, é necessário (i) que o sistema de planejamento e orçamento seja realmente descentralizado, utilizado ao nível local e orientado para os resultados; (ii) que os sistemas de informação forneçam principalmente informação voltada para a gestão e tomada de decisões; e (iii) que um sistema padronizado seja estabelecido para apurar os custos nas unidades públicas do SUS (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 78, **negritos do autor**).

Recomendação 5: Estabelecer sistemas robustos de monitoramento e avaliação

O sucesso de qualquer abordagem baseada em resultados depende do monitoramento contínuo, da avaliação de impacto sistemática e do *feedback* dado aos gestores com relação ao desempenho. Monitoramento e avaliação baseados em resultados buscam acompanhar o progresso e medir o impacto dos projetos, programas ou políticas. Tradicionalmente, o monitoramento e a avaliação têm sido os pontos fracos do SUS. O foco tem sido geralmente no registro de insumos e gastos. O monitoramento e avaliação poderiam incluir os seguintes itens: coleta de dados de parâmetros, definição dos indicadores de desempenho, coleta sistemática de dados de resultados e impactos, e disseminação sistemática de informações qualitativas e quantitativas para gerentes e tomadores de decisões. (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 79, **negritos do autor**).

Em relação às duas recomendações citadas que se referem à informatização do SUS e a implementação de sistemas de monitoramento, nos chama a atenção como em momento algum o documento indica que tais estratégias exigem o aumento de investimentos no sistema público e também não discute a incidência do pagamento de encargos da dívida no desfinanciamento da política de saúde. De acordo com a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP) nos anos de 2005 a 2008 a DRU já havia retirado cerca de R\$ 145 bilhões da Seguridade Social.

Por fim a recomendação 6 indica:

Recomendação 6: Fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial

As estratégias e ferramentas mencionadas acima em conjunto vão permitir que cada diretor/gerente de uma unidade de saúde gerencie efetivamente os recursos disponíveis e seja responsabilizado pelos resultados obtidos. Para

que isso aconteça, o seguinte será necessário: (i) o nível local e as unidades de saúde devem adotar e aplicar sistemas e técnicas modernas de gestão; e (ii) os diretores e gerentes devem ser treinados para assumir essas responsabilidades mais amplas fazendo bom uso de sua maior autonomia. (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 79, **negritos do autor**).

Em relação à formação proposta destacamos a indagação feita por Correia, sobre a política governamental que constituiu a EBSEH:

Destaca-se que a EBSEH não veio apenas para transformar os Hospitais Universitários em empresas, veio também para gerir os recursos do Programa “Mais Médicos”, além de outros Hospitais Federais através da sua filial, a subsidiária “Saúde Brasil”. Observa-se, ainda, que 100 funcionários de 10 HUs ligados à EBSEH, foram capacitados pelo Sírio-Libanês (Especialização à distância), que recebeu R\$ 10 milhões na 1ª etapa. Questiona-se porque foi escolhido o Sírio-Libanês, que é hospital mais lucrativo do país, para capacitar os gestores da EBSEH? Será que o custo de dez milhões para uma etapa de capacitação, com grande parte à distância, não está muito alto? (CORREIA, 2004 apud BRAVO, 2014, p. 52).

O destacável questionamento feito pela autora, somado ao gradativo desfinanciamento do setor saúde e ainda a falta da instituição de uma carreira única e condições de trabalho, nos indica a necessidade de aprofundar as reflexões sobre que formação está sendo proposta e ofertada. Em uma primeira vista, as orientações advindas de uma empresa privada da área da saúde não parecem ser os melhores fundamentos para a administração e gestão de um hospital público que não tenha como principal objetivo o lucro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa buscou-se compreender como o BM vem incidindo sobre a formulação da política de saúde no Brasil especificamente durante os governos Lula. Entre os documentos elaborados pelo BM desde sua origem referente ao Brasil, buscou-se destacar aqueles que se dedicam a reflexão da política de saúde por compreendermos que este tem sido um setor estratégico de incidência para os organismos internacionais, seja pela direção do desmonte da possibilidade de uma política pública universal, seja pelo montante de capital que este setor é capaz de mobilizar ou, como acreditamos, pelas duas motivações.

Ao analisar o período em que o PT esteve à frente do poder executivo a nível nacional, identificou-se que desde o início do governo Lula foi proposto uma política de conciliação entre as classes sociais fundamentais, deixando de lado projetos socialistas/anticapitalistas, preocupando-se em atender interesses mercantis seguindo os imperativos de organismos como BM e FMI, alinhando-se a autoridades econômicas, adotando características reacionárias que os adeptos do neoliberalismo no Brasil possuíam, privilegiando o corte de gastos com políticas sob o pretexto de atuar sobre as causas dos desequilíbrios fiscais. A defesa das lutas sociais transformou-se na oferta de programas sociais, de caráter assistencial, tal como as políticas compensatórias propostas pelo BM.

As condições em que Lula chegou ao poder não reuniam poder político suficiente para enfrentar os grupos econômicos, externos e internos, que davam sustentação ao padrão de acumulação neoliberal. A vitória de Lula não se dava em uma situação de intensa mobilização popular e o partido não possuía amadurecimento de uma agenda política alternativa que pudesse orientar a transição para outro padrão de desenvolvimento. O governo era prisioneiro de um arco de alianças ultraconservador e corrupto. Contentou-se em aplicar um “melhorismo” de ocasião, subordinado à lógica do ajuste fiscal permanente, da estabilidade da moeda e de contrarreformas ditadas pelos organismos internacionais.

No início do segundo mandato do governo Lula (2006), uma estratégia foi lançada, o PAC. A implementação deste programa se justifica devido ao longo período de estagnação administrativa, onde a burguesia, preocupada com a “falta de paciência” da população, bem como com um possível colapso nos setores vitais da economia

resolveu retomar a dianteira da ação. As principais problemáticas levantadas acerca do PAC dizem respeito à sua incapacidade de tocar problemas estruturais e aos baixos investimentos no setor público, questões inerentes à inserção subalterna do Brasil na ordem global e sua economia dependente. Metas inflacionárias, ajuste fiscal permanente, câmbio flutuante, liberalização e internacionalização da economia permaneceram inalterados, acentuando a privatização da economia, as parcerias entre os setores público/privado, tornando a legislação ambiental vulnerável aos interesses do capital e constituindo empecilho à participação popular na renda nacional através dos salários. Um ataque à classe trabalhadora disfarçado de avanço à esquerda. Ao mesmo tempo em que se registram algumas ações que visavam à inclusão social, também podemos indicar que diversas medidas contrarreformistas foram implementadas.

A exploração do trabalho constituiu eixo fundamental que retroalimentou a burguesia, favorecendo incondicionalmente a acumulação e concentração de renda. A classe hegemônica, por meio de seus aparatos midiáticos, político, religiosos, jurídicos e econômicos, favoreceu a impossibilidade de qualquer alternativa de transformação societária por dentro do Estado.

O ato de escolher e eleger um representante político para determinado cargo na esfera do governo não passa de mero ritual eleitoral, visto que em última instância o que prevalece são os imperativos dos organismos internacionais, que mandam e desmandam na forma como a política econômica deve ser regida internamente, utilizando como moeda de troca empréstimos e financiamentos. Desta forma, contrariamente à proposta, o voto passa a ser antidemocrático, dando *status* de legitimidade a uma representação que deixa as demandas advindas da população que estão à margem das decisões.

Com relação à saúde, destacamos a não efetivação do financiamento do SUS conforme previsto constitucionalmente, a precarização do trabalho tendo em vista principalmente o avanço da terceirização da gestão dos serviços e as contrarreformas dirigidas à previdência social, política constitutiva da seguridade social. Apesar do reconhecimento da saúde como dever do Estado e direito universal na CF de 1988, essa política integrante da seguridade social brasileira jamais chegou a ser efetivamente implementada e o setor privado, previsto como complementar ao SUS, foi fortemente apoiado pelos sucessivos governos brasileiros. Evidenciam-se a direção à terceirização da gestão e o favorecimento da manutenção da política macroeconômica com

manutenção do superávit primário, da DRU, das elevadas taxas de juros, apostas na política de exportação, com base no agronegócio, o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública e o aumento da arrecadação da União.

Com relação à participação social, houve a ampliação de canais de participação, mas também houve um desrespeito à autonomia da sociedade civil. Na maioria dos espaços participativos criados ou reformulados quem determina a representação da sociedade é o governo.

No que se refere aos recursos da EBSEH, o Projeto de Lei (PL) nº 1749, em seu artigo 8º, define entre outras fontes recursos, os provenientes “dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais”, evidenciando a possibilidade de organismos internacionais incidirem nos hospitais universitários inclusive através do financiamento de pesquisas, o que pode comprometer a autonomia das pesquisas desenvolvidas. A implantação desta Empresa representa uma séria ameaça para o SUS, consolidando o projeto privatista que se delineia ao longo dos governos petistas. A implementação da EBSEH e do PMAQ têm produzido problemáticas e desmontes da política pública de saúde. Entre as propostas do programa ressaltamos a possibilidade de pagamento de adicional de plantão hospitalar; tentativa de contrato temporário da união apenas para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem; além de proposta de nova carreira para os Hospitais Universitários (HUs), o que efetivou a possibilidade de coexistência entre vínculos de trabalho e carreiras diferentes no âmbito dos HUs.

Um dos objetivos com a implementação do SUS era a gradual redução da importância do setor privado nos serviços de saúde do Brasil, todavia este feito não foi alcançado. O número de usuários cobertos pelos planos de saúde particulares cresceu paralelamente à permanência do Brasil em menor financiamento público com gastos médicos se comparados aos países OCDE.

Para o BM, os serviços de saúde não precisam ser gratuitos nem serem prestados como responsabilidade do Estado para serem acessíveis, apresentando a instituição de um sistema privado com preços populares como a solução para o acesso da população. O incentivo ao mercado de planos de saúde, evidente no documento “Governança no Sistema Único de saúde do Brasil”, parece-nos consonante com o direcionamento dado pelos governos Lula, tendo em vista a aprovação da entrada do

capital estrangeiro na oferta de planos, no incentivo à ampliação do setor privado que levou o Brasil a atingir a posição de segundo mercado mundial de planos de saúde, na proposição de planos populares de saúde e no incentivo à responsabilização dos trabalhadores pela eficiência dos serviços públicos.

As conclusões mais relevantes dos documentos indicam que os principais problemas encontrados estão relacionados à suas causas estruturais e falhas de governança, e identifica suas principais consequências em nível do gerenciamento e prestação dos serviços de saúde. A ênfase é dada à forma de funcionamento dos serviços ao nível das unidades de saúde e sua gestão. As recomendações propostas para superar as deficiências do sistema apresentadas podem ser resumidas pelo desenvolvimento e introdução de arranjos organizacionais que possibilitem às unidades de gestão níveis crescentes de autonomia e autoridade decisória sobre a gestão dos recursos, responsabilizando essas por seu desempenho; a aplicação de mecanismos para fortalecimento da responsabilização dos gestores de cada unidade; a sincronização e alinhamento dos processos de planejamento, orçamentação e gestão de informações, afim de orientar o seu desempenho quantitativo; a consolidação das transferências federais e vinculação de aumentos de recursos à melhora de seu desempenho; o estabelecimento de sistemas de monitoramento e avaliação voltados para a melhoria do desempenho das organizações; e o fortalecimento da profissionalização da capacidade gerencial.

A análise sobre o desenvolvimento da política de saúde brasileira indica que, principalmente durante os governos petistas, ocorre uma expansão da entrega da gestão dos serviços de saúde às organizações sociais e indica também como essa entrega na verdade se configurou como uma forma de privatização dos serviços, precarização dos vínculos de trabalho e destinação de recursos públicos para o setor privado.

Os compromissos de gestão constituem um instrumento de extrema importância no planejamento em saúde, entretanto, a forma como o mesmo é abordado sem considerar a necessidade de ampliação de investimento público na saúde pública e sem considerar as condições de trabalho dos trabalhadores deste setor, nos parece muito mais uma forma de responsabilizar apenas as equipes e gestores pelas problemáticas que atravessam os serviços.

A disputa das organizações sociais para celebrar contratos de gestão com o setor público não tem refletido numa melhora da qualidade do SUS, pelo contrário, tem se tornado uma forma de implementar contratos precários e, por exemplo, se esquivar das legislações que versam sobre o uso do dinheiro público em compras.

O processo de avaliação do desempenho da unidade proposto na recomendação que trata da responsabilização gerencial, nos parece impor às equipes uma corrida pelo recebimento de recursos com a imposição de perdas às que não obtenham os melhores resultados, e ainda destina maior peso à avaliação externa pautada em padrões de qualidade para além dos 24 indicadores já “pactuados” com os profissionais.

A ideia de governança local, descentralizada, transfere para o espaço da micropolítica a responsabilidade pela atenção à saúde prestada à população, deixando intacta qualquer crítica à macropolítica, onde se define a alocação dos recursos públicos, até porque, para o BM, o problema não está na falta de recursos, mas na sua má gestão.

Em relação às duas recomendações citadas que se referem à informatização do SUS e a implementação de sistemas de monitoramento, nos chama a atenção como em momento algum o documento indica que tais estratégias exigem o aumento de investimentos no sistema público e também não discute a incidência do pagamento de encargos da dívida no desfinanciamento da política de saúde.

O gradativo desfinanciamento do setor da saúde e ainda a falta da instituição de uma carreira única e condições de trabalho, nos indica a necessidade de aprofundar as reflexões sobre que formação está sendo proposta e ofertada. Em uma primeira vista, as orientações advindas de uma empresa privada da área da saúde não parecem ser os melhores fundamentos para a administração e gestão de um hospital público que não tenha como principal objetivo o lucro.

Cabe ressaltarmos a direção dos documentos analisados que, apesar de realizar diversas problematizações reais que incidem sobre o SUS, apontam recomendações que nos parecem desconectadas de uma direção de fortalecimento do SUS público e estatal, mas ao contrário, parecem muito mais indicar rumos para sua privatização e implementação de uma gestão empresarial pautada por resultados. Chama atenção como nenhuma das recomendações indica a necessidade de fortalecer a participação da

sociedade na definição dos rumos da política de saúde, ainda que esta seja uma previsão constitucional.

A direção do documento *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos*, por exemplo, aponta para a ineficiência de gestores e trabalhadores e, ainda que este seja um problema real, as recomendações não perpassam pelo debate da precarização dos vínculos e a ausência de uma carreira no SUS centrando sua atenção em possibilitar o gerenciamento de recursos para grandes hospitais, mas não se dedicando a falar da cobertura de saúde da família, ainda que diga que os municípios devem ter maior autonomia no uso dos recursos.

Apesar da aceitação de várias recomendações do BM, constata-se que esse governo melhorou, sim, as condições sociais de muitos brasileiros, mas, ao mesmo tempo, melhorou muito mais a remuneração do capital financeiro, industrial e do agronegócio que operam no país. Foi no governo Lula que o enfrentamento da pobreza absoluta teve a maior visibilidade política de sua endêmica existência, mas, paradoxalmente, isso foi acompanhado da garantia de altos lucros, comparáveis com os mais altos da história recente do Brasil.

Os esforços empreendidos nesta pesquisa se direcionaram a identificar como as recomendações inscritas nos documentos foram incorporadas pelos governos de Lula e suas consequências. Os resultados obtidos, ainda que iniciais, evidenciam uma profunda sinergia entre as análises empreendidas pelo BM e os “rumos” tomados ao longo das gestões do presidente Lula. Tanto os documentos de “análise dos 20 anos do SUS” e da “Governança/Gestão do SUS”, quanto outros que foram elaborados nesse período ainda deverão ser analisados para que possa aprofundar a análise acerca da temática. Porém, é possível indicar que até o momento nossa hipótese central de que o PT seguiu a implementação da cartilha desse organismo internacional e colocou em risco o interesse nacional inscrito na CF de 1988, que busca assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Análises empreendidas sobre a influência do BM a partir da década de 1990 indicam que, apesar do reconhecimento de que os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde coadunam com as orientações do BM, isso não decorreu na sua

incorporação incondicional principalmente pelos embates políticos em defesa do SUS e das conquistas nos marcos legais.

Em razão da desigualdade social evidente no Brasil, apesar do expressivo movimento de expansão dos planos de saúde pode-se perceber que grande maioria da população depende única e exclusivamente do SUS. A ameaça à universalidade do sistema é mais um dos inúmeros ataques advindos da sociabilidade capitalista aos quais os trabalhadores estão submetidos. Deste modo, não se pode deixar que esse desmonte se estabeleça, o auto reconhecimento enquanto classe e a adesão à luta pela defesa do SUS, contra sua privatização constitui tarefa fundamental, adotando postura firme e radical frente à crítica ao capitalismo redefinindo o modo de conceber a complexa dialética existente entre reforma e revolução.

Deste modo, nada mais propício que terminar esse trabalho reiterando que, tal como amplamente defendido pela *Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde*: “O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e não se vende!” (RAVAGNANI, 2013). Sigamos na luta por um sistema de saúde 100% universal, estatal, gratuito e de qualidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ricardo. O Brasil da era Lula. **Margem Esquerda, Ensaios Marxistas**. São Paulo, n 16, 2011.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**. Washington: Banco Mundial. 2007 Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/616691468226447118/pdf/3660110portuguese.pdf>. Acesso em 1 de junho de 2018.

_____. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do sistema único de saúde / Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde**. Washington, D.C; The world bank; 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília (DF). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq> Acesso em: agosto 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rede Sirius – Rede Bibliotec. Rio de Janeiro 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CISLAGHI, J. F. **Hospitais universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da Contrarreforma do Estado no Brasil**. in Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1 Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Recife, 2005, 342f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

CORREIA, M. V. C. **Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde**. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. Reforma Sanitária e contrarreforma da saúde: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

EBIOGRAFIA. **Biografia de Luiz Inácio Lula da Silva**. 2013. Disponível em: https://www.ebiografia.com/luiz_inacio_lula_silva/ Acesso em: 18/04/18 às 21:43.

FAGNANI, Eduardo. **A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica/Social. Policy in the Lula Government (2003-2010): Historical Perspective**. SER Social. Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan./jun. 2011.

GRANEMANN, S. **Fundações, políticas sociais e aumento da exploração da classe trabalhadora**. Universidade e Sociedade. Brasília, v. 42, 2008.

IASI, Mauro Luis. **As metamorfoses da consciência de classe. O PT entre a negação e o consentimento.** São Paulo: Expressão Popular, 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A Política de Saúde no Governo Lula.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MORONI, J. A. **O direito à participação no Governo Lula.** In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 248-269.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica.** Biblioteca Básica do Serviço Social. 8º ed.; São Paulo: Cortez, 2012.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

PEREIRA, João Marcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944- 2008).** Niterói, 2009, 382 f. Tese (Doutorado em História) Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia.

PROGRAMA DE GOVERNO 2002/2006 – **Coligação Lula presidente.** Disponível em <<http://csbh.fpabramo.org.br/uploads/programagoverno.pdf>>. Acesso em: mar.2018.

PROGRAMA DE GOVERNO 2007/2010 – **Coligação Lula de novo com a força do povo.** Disponível em <http://csbh.fpabramo.org.br/uploads/Programa_de_governo_2007-2010.pdf>. Acesso em: mar.2018.

RAVAGNANI, Carmen Lúcia Cruz. **A frente nacional contra a privatização da saúde: direito garantido, não se compra, não se vende.** 2013. 189 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/123348>>. Acesso em: Nov. 2018.

SAMPAIO Jr; Plínio de Arruda. **Crônica de uma crise anunciada: crítica à economia política de Lula e Dilma.** São Paulo: SG-Amarante Editorial, 2017.

SENADO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. BRASIL. Constituição (1988)

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci e a produção do conhecimento no Serviço Social brasileiro.** 2017. In. R. Katál., Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 13-21, jan./abr. 2017 Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/1414-49802017.00100002/33809>. Acesso em: 20 de Dez. 2018.

SILVA, Luiz Inácio Lula da. **Carta ao povo brasileiro.** São Paulo, 22 de junho de 2002. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/csbh/programas-de-governo/>. Acesso em: 14 de Fev. 2018.

SOARES, José de Lima. As centrais sindicais e o fenômeno do transformismo no governo Lula. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 28 Número 3 Setembro/Dezembro. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v28n3/a05v28n3.pdf>. Acesso em: 30 de Nov. de 2018.

Certifico que o trabalho de conclusão de curso intitulado “As recomendações do Banco Mundial para a política de saúde no Brasil durante os Governos Lula” de autoria da aluna Maria Carolina dos Santos Garcia, foi aprovado sem recomendações de alteração pela banca examinadora e que estou de acordo com a versão final do trabalho.



Prof. Dr. Rodrigo Fernandes Ribeiro

Orientador

Mariana, 19 de dezembro de 2018