



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

JULIANA CARVALHO OLIVEIRA

**A MATERIALIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO BANCO  
MUNDIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
MARINGÁ – PR**

JULIANA CARVALHO OLIVEIRA

**A MATERIALIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO BANCO  
MUNDIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
MARINGÁ – PR**

Dissertação de apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina-UEL como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Maria Fank de Almeida

Londrina  
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

OLIVEIRA, Juliana Carvalho

A materialização das recomendações do banco mundial na política de saúde no município de Maringá – PR / Juliana Carvalho Oliveira. - Londrina, 2021. 149 f.: il.

Orientador: Denise Maria Fank de Almeida.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2021.

Inclui bibliografia.

1. Banco Mundial. Política de Saúde. Iniciativa Privada. Maringá - Tese. I. Fank de Almeida, Denise Maria. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

JULIANA CARVALHO OLIVEIRA

**A MATERIALIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO BANCO  
MUNDIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
MARINGÁ – PR**

Dissertação de apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina-UEL como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Maria Fank de Almeida  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane Christine Santos de Campos  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jolinda de Moraes Alves  
Universidade Estadual de Londrina – UEL  
(aposentada)

Londrina, 15 de outubro de 2021

OLIVEIRA, Juliana Carvalho. **A Materialização das Recomendações do Banco Mundial na Política de Saúde no Município de Maringá-PR.** 2021. 149 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2021.

## RESUMO

O presente estudo tem como objeto a materialização das recomendações do Banco Mundial na Política de Saúde de Maringá – PR, tendo como referência a primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde de alta e média complexidade. Tem como objetivo geral analisar a materialização das recomendações determinadas pelo banco mundial para a saúde pública do município de Maringá, frente a primazia do Estado na saúde de alta e média complexidade. Os objetivos específicos: I) Compreender as Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro por parte do Banco Mundial; II) Problematizar as influências das recomendações do Banco Mundial para a política de saúde no Brasil; III) Analisar a Saúde do Município de Maringá – PR, a partir do número e a natureza dos leitos ofertados, os valores repassados pelo município às instituições filantrópicas e privadas, e o número de procedimentos de alta e média complexidade realizados pela iniciativa privada com recurso do Sistema Único de Saúde. O estudo apresenta as propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro por parte do Banco Mundial e a problematização das influências de suas recomendações para a política de saúde no Brasil e para o município de Maringá – PR. Os procedimentos metodológicos utilizados foram revisão bibliográfica, além de pesquisa documental em documentos do Banco Mundial e do município estudado, com posterior análise das informações coletadas. Os resultados apontam que as propostas do Banco Mundial se materializam na alta e na média complexidade da atenção à saúde do município de Maringá – PR, fortalecendo e contribuindo para expansão do capital e colocando o Estado em posição de parceiro da iniciativa privada na prestação de serviços do Sistema Único de Saúde.

**Palavras chave:** banco mundial; política de saúde; iniciativa privada; Maringá.

OLIVEIRA, Juliana Carvalho. **The Materialization of Worlds Bank Recommendation in Maringá's Health Policy.** 2021. 149 p. Dissertation (Master's degree in Social Work and Social Policy) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2021.

### **ABSTRACT**

The present study has as its object the materialization of Worlds Bank recommendation in Maringá's Health Policy, having as a reference the primacy of the State in the provision of high and medium complexity health services. Its general objective is to analyze the materialization of the recommendations determined by the World Bank for the public health of the city of Maringá, according to the primacy of the state in high and medium complexity health. The specific objectives: I) understanding the Worlds Bank's proposals for reforming the Brazilian Unique Health System (SUS); II) problematize the influences of the World Bank recommendations for health policy in Brazil; III) analyze the health of the municipality of Maringá - PR, taking into account the number and nature of the beds offered, the values passed on by the municipality to philanthropic and private institutions, and the number of high and medium complexity procedures performed by the private sector with resources from the Unique Health System. The study presents the World Banks's proposals for reforming the Brazilian Unique Health System and the problematization of the influences of its recommendations for health policy in Brazil and for the municipality of Maringá - PR. The methodological procedures used were bibliographic review, in addition to documentary research in documents from the World Bank and the municipality studied, with subsequent analysis of the information collected. The results indicate that the World Banks proposals were materialized in the high and medium complexity of health attention in the municipality of Maringá - PR, strengthening and contributing to the expansion of capital and placing the State in a position of partner of private initiative in the provision of services of the Unique Health System.

**Key words:** world bank; health policy; private sector; Maringá.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b>	Projetos direcionados à saúde financiados pelo BIRD aprovados na década de 90.. .....	89
<b>Quadro 2:</b>	Propostas de reforma ao SUS .....	108
<b>Quadro 3:</b>	Natureza e número de leitos do município de Maringá – PR. ....	120
<b>Quadro 4:</b>	Repasses do município de Maringá à Santa Casa .....	129
<b>Quadro 5:</b>	Procedimentos liberados, local do procedimento e número de liberações.....	130

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AID</b>	Associação Internacional de Desenvolvimento
<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>BIRD</b>	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>BPC</b>	Benefício de Prestação Continuada
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CISAMUSEP</b>	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense.
<b>CF/1988</b>	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FAT</b>	Fundo de Amparo ao Trabalhador
<b>FGTS</b>	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>FUNEAS</b>	Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná
<b>GBM</b>	Grupo Banco Mundial
<b>HOSPSUS</b>	Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDGM</b>	Índice dos Desafios da Gestão Municipal
<b>MARE</b>	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PQA-VS</b>	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
<b>PR</b>	Paraná
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RDM</b>	Relatório de Desenvolvimento Mundial
<b>REFORSUS</b>	Projeto de Reforma do Setor de Saúde

<b>RUE</b>	Redes de Urgência e Emergência
<b>SAD</b>	Serviço de Atenção Domiciliar
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UNACON</b>	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>VigiaSUS</b>	Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná
<b>VIGISUS</b>	Projeto de Vigilância e Controle de Doenças

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1 – ALGUNS ASPECTOS FUNDAMENTAIS DO SISTEMA CAPITALISTA, DO ESTADO E DAS POLÍTICAS SOCIAIS</b> .....	20
1.1 A CONSTRUÇÃO E AS CONFIGURAÇÕES DO ESTADO MODERNO .....	21
1.2 O CAPITALISMO EM SUA FASE IMPERIALISTA.....	29
1.3 PARTICULARIDADES DO ESTADO BRASILEIRO NO CAPITALISMO TARDIO .....	36
1.4 O DESENVOLVIMENTO E A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	42
<b>CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA DE SAÚDE E AS INFLUÊNCIAS DO BANCO MUNDIAL</b> .....	53
2.1 AS DETERMINAÇÕES DO BANCO MUNDIAL E AS CONTRARREFORMAS .....	54
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A RELATIVA PRIMAZIA DO ESTADO EM SUA OFERTA .....	71
2.3 AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA OS AJUSTES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	80
2.4 AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA A PARTIR DOS ANOS 2000 .....	91
2.5 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS PUBLICADOS NOS ÚLTIMOS ANOS PELO BANCO MUNDIAL PARA CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	96
<b>CAPÍTULO 3 – A MATERIALIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DE MARINGÁ – PR</b> .....	112
3.1 ALGUNS ASPECTOS SOBRE O MUNICÍPIO DE MARINGÁ .....	112
3.2 AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL E A PRIMAZIA DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE DE MARINGÁ.....	116
3.2.1 Número e Natureza dos Leitos do Município.....	119
3.2.2 Valores Repassados pelo Município às Instituições Filantrópicas e Privadas via Programas Apoiados pelo Banco Mundial .....	121
3.2.3 Número de Procedimentos da Alta e Média Complexidade Realizados pela Iniciativa Privada com Recursos do Sistema Único de Saúde.....	129
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	133
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	138

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudos a materialização das recomendações do Banco Mundial na Política de Saúde de Maringá – PR, tendo como referência a primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde na alta e média complexidade. A primazia do Estado não faz parte dos princípios que orientam e desenham o Sistema Único de Saúde (SUS) na letra da lei, inclusive o art. 199 da Constituição Federal de 1988 garante que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Entretanto, não é livre a participação da iniciativa privada quando se trata especificamente do SUS. A CF/1988 determina que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde de forma complementar, o mesmo é reafirmado na Lei n°. 8.080 de 1990 que estabelece que a iniciativa privada poderá participar do SUS, em **caráter complementar**. O art. 24 da Lei n°. 8.080 de 1990 determina que o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. Ao analisarmos as legislações citadas, observamos que elas delimitam o papel da iniciativa privada no SUS a um papel complementar, ou seja, **prover as condições indispensáveis para o pleno exercício da saúde é dever do Estado** e a iniciativa privada deve apenas complementar o sistema de saúde, quando este for insuficiente em uma determinada área.

A saúde é um setor com um alto potencial mercadológico e garante altas taxas de lucro aos prestadores privados, assim com a necessidade expansionista do capital observa-se um processo de fortalecimento do setor privado nas áreas de saúde via mecanismos de apoio estatal. Neste contexto, “tem-se a continuidade do alinhamento do Estado brasileiro com as medidas do Banco Mundial, na defesa por uma menor intervenção do setor público/estatal e por uma crescente aproximação e articulação com o setor privado.” (ALVES E SANTOS, 2020, p. 253), assim, o papel complementar da iniciativa privada no SUS avança para uma “parceria” onde o Estado fornece as bases para a prestação da saúde e se responsabiliza por aqueles serviços que não são tão atrativos ao capital, e compra da iniciativa privada aqueles serviços que são lucrativos, garantindo assim a expansão do capital. Deste modo, a iniciativa privada não supre apenas insuficiências do SUS em uma determinada área, mas principalmente na alta e na média complexidade ela passa a

prestar grande parte dos serviços e, em alguns casos, fica responsável, inclusive, pela gestão e pela regulação desses. Assim sendo, o Estado repassa valores significativos para a iniciativa privada, pagando não só pelos serviços, mas também pelo lucro das empresas prestadoras, esses valores poderiam ser investidos em serviços públicos estatais para o fortalecimento e ampliação do Sistema Único de Saúde, visando a garantia da universalidade e não da ampliação dos lucros de empresas privadas.

A escolha do tema, primeiramente se deu pelo fato de o Serviço Social estar ligado de forma intrínseca às Políticas Sociais, essa relação é histórica e passa por mudanças, tendo em vista que o assistente social que era mero agente executor, a partir da década de 70 passa a formular e fazer a gestão dessas políticas. Portanto, não há possibilidade de analisar a profissão sem antes entender profundamente a história, o desenvolvimento, o papel das políticas sociais e o motivo pelo qual elas são conduzidas de tal ou qual forma. O recorte na primazia do Estado para a prestação das políticas públicas foi escolhido porque o incentivo às parcerias entre o público e o privado é tema recorrente nos documentos voltados à saúde publicados pelo Banco Mundial. Além disso, o avanço da iniciativa privada compromete a materialização dos princípios do SUS, sobretudo o princípio da universalidade.

A partir de reflexões iniciadas no artigo elaborado para conclusão da especialização em Serviço Social na Sociedade Contemporânea: Direção Social, Instrumentais e Política Social, sobre o papel e o direcionamento das políticas públicas brasileiras, surgiram diversos outros questionamentos. O recorte específico sobre a política de saúde se estabeleceu por eu atuar enquanto assistente social em tal política. Nesse sentido, tornou-se imprescindível para a continuidade do estudo, o aprofundamento sobre este debate a luz da reflexão sobre a influência dos países imperialistas no desenvolvimento da política de saúde brasileira e sobre a relevância deste tema para o Serviço Social.

Sabe-se que a organização econômica vigente, o modo de produção capitalista, sob a doutrina política com tendência de diminuir a intervenção do Estado na economia e aumentar a autonomia do setor privado, ou seja na fase do Neoliberalismo<sup>1</sup>, é caracterizado, sobretudo, pela financeirização do capital e pelo

---

<sup>1</sup> O neoliberalismo é um conjunto ideológico de teses conservadoras que se difundiu para legitimar o capital monopolista, retomando alguns pontos do liberalismo clássico, porém com uma nova roupagem. Conforme Braz e Netto a ideologia neoliberal “compreende uma concepção de homem (considerando atomisticamente como possessivo, competitivo, e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da

aprofundamento da globalização financeira. Essa complexa dinâmica econômica entre os países em desenvolvimento e os imperialistas<sup>2</sup>, revela uma relação de subordinação e dependência de uns pelos outros. De acordo com Lênin (2011), o imperialismo é uma etapa do capitalismo com a transição ao estágio superior deste modo de produção, devido a concentração do capital e da produção gerando monopólios, fusão do capital industrial e bancário, exportação de capitais, formação de uniões internacionais, e divisão do globo entre as maiores potências imperialistas.

Frente a globalização e a mundialização<sup>3</sup> do capital, são constituídos mecanismos internacionais que consolidam “a vinculação de nações e Estados de todo o planeta, estabelecendo um fluxo de conexões” que acabam por configurar uma economia de interdependência (BRAZ E NETTO, 2011, p. 197), esses mecanismos internacionais comandam a regulação e o desempenho do regime de acumulação mundial. Neste contexto, as políticas sociais são alvo do capital, tendo em vista que possuem um alto potencial de lucro, pois trata-se de serviços essenciais, sobretudo à classe trabalhadora. Assim os trabalhadores veem seus direitos sendo desmantelados e privatizados, inclusive o direito à saúde, o qual é essencial para a sobrevivência e preservação da vida biológica humana.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 desenhou um sistema de seguridade social composto pelas políticas de saúde, assistência social e previdência social, além disso, reconheceu que a saúde é direito de todos e sua prestação é dever do Estado, “mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo,

---

natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de mercado).” (BRAZ E NETTO, 2011, p 236.).

<sup>2</sup> De acordo com Fontes (2010), os países imperialistas são aqueles que exportam capital, detêm enorme poder político e econômico controlando assim, o mercado e a economia mundial. Eles estão à frente das agências internacionais, atuando como “bancos” e transformando os demais países em devedores, além de serem territórios de grandes monopólios caracterizados por imensa concentração e centralização de capital, aspecto fundamental do imperialismo. O poder entre os países imperialistas é mutável, os países europeus colonizadores durante um período histórico ocuparam o lugar central no imperialismo, entretanto, frente a dinâmica capitalista os Estados Unidos, principalmente pós segunda Guerra Mundial, passam a ocupar lugar central dentre os países imperialistas, detendo poder político e econômico suficiente para influenciar a grande maioria dos Estados.

<sup>3</sup> A categoria mundialização “procura dar conta do duplo fenômeno (globalização e neoliberalismo), com viés fortemente crítico, associando-a à expansão de um certo tipo de capitalismo (financeirizado), a um certo tipo de política e de ideologia (neoliberal) sem eliminar as características do imperialismo.” (FONTES, 2010, p.154). De acordo com Braz e Netto, 2011, a mundialização é parte constitutiva do capitalismo, entretanto é em sua fase imperialista que se consolida um sistema econômico mundial, onde todas as nações estão vinculadas e são interdependentes. Esse processo acentua a diferença hierárquica entre os países, acirrando ainda mais a diferença entre aqueles que dominam e os que sofrem a dominação do capital financeiro.

descentralizado e integral.” (PAIM, 2013, p. 1928), esse reconhecimento da saúde só foi possível devido ao movimento de Reforma Sanitária que, na década de 80 do século XX, encontrava-se organizado e mobilizado.

Na esfera da saúde, mais especificamente, a Nova República encontra um movimento sanitário mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial, além de quadros técnico-políticos inseridos nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. (BRASIL, 2006, p. 46)

Assim, em 1986 o movimento organiza a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a “intenção de ampliar o debate setorial e realizar um maior acúmulo de forças para viabilizar a Reforma Sanitária que vinha sendo formulada e propagada pelo movimento sanitário.” (BRASIL, 2006, p. 47). As deliberações resultantes dessa conferência, em sua maioria, foram incorporadas pela Constituição Federal de 1988.

Entretanto houve enfrentamentos de opositores “organizados na Federação Brasileira de Hospitais – FBH e em outras entidades do setor privado, defendendo uma regulamentação mínima” dos dispositivos constitucionais (Ibidem, p. 54). Esses enfrentamentos não pararam na constituinte, mesmo após a promulgação da CF/1988 e da Lei nº. 8.080/1990, os princípios e diretrizes do SUS são desmantelados em detrimento dos interesses do capital, da privatização, da mercantilização e da flexibilização. Diante disso, embora legalmente garantidos, ainda não há a materialização dos princípios do SUS em sua integralidade e na contramão da garantia da saúde de acordo com a previsão legal, o capital utiliza os mais diversos instrumentos para a materialização da agenda neoliberal, dentre eles as instituições multilaterais, tais como as instituições que compõem o grupo Banco Mundial. Cabe ressaltar que dentre os países imperialistas que controlam o Banco Mundial, atualmente os Estados Unidos é o país que concentra maior poder de voto dentro da instituição e todos os diretores eleitos até hoje são cidadãos estadunidenses.

Conforme Rizzotto (2000), o primeiro acordo firmado entre o Brasil e o Banco Mundial foi em 1981. Desde então, diversos estudos e relatórios foram publicados por essa instituição, tendo como foco esse setor nacional em especial. As publicações do Banco Mundial e outras instituições “têm funcionado como instrumento de indução de contrarreformas<sup>4</sup> nos países de capitalismo periférico, tendo

---

<sup>4</sup> Conforme Behring e Boschetti (2011) o termo “reforma” está vinculado ao movimento operário socialista e às mudanças no sentido de melhores condições de vida e trabalho para os trabalhadores.

beneficiado apenas o setor privado.” (LIMA, 2011, p. 12). Estas são executadas nas políticas sociais das esferas federais, estaduais e municipais. Estudar a materialização dessas contrarreformas impostas pelos organismos internacionais, no município de Maringá, tem a finalidade de compreender como tal fenômeno se materializa na realidade social, tendo em vista que é o município a esfera mais próxima da população em geral.

Frente ao exposto, a saúde pública é fundamental e resultante do movimento dos trabalhadores<sup>5</sup>. Entretanto, o capital, a partir da tendência neoliberal, utiliza dos seus instrumentos, tal qual o Banco Mundial, para dismantelar a saúde pública, privatizar e ampliar o capital por meio desse movimento. Embora seja mais fácil reconhecer as recomendações das instituições multilaterais na dimensão federal, é na esfera municipal que a política de saúde é executada e por isso é importante desvelar a realidade social para reconhecer a materialização dessas recomendações no âmbito do município.

Muito embora a Constituição federal brasileira, atendendo aos reclames da 8ª Conferência Nacional de Saúde, defina como princípio a primazia das ações do Estado na condução da política de saúde, as tendências recentes apontam para um crescente processo de mercantilização dos serviços de saúde, atendendo às diretrizes de privatização postas pelo Banco Mundial, a partir de 1980. Assim, o problema que orientou este estudo, se expressa na seguinte questão: como se materializam as recomendações do Banco Mundial no município de Maringá – PR frente a primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde de alta e média complexidade?

O objetivo geral, por conseguinte, é analisar a materialização das recomendações determinadas pelo Banco Mundial para a saúde pública do município de Maringá – PR frente a primazia do Estado na saúde de alta e média complexidade. Os objetivos específicos são: I) Compreender as propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro por parte do Banco Mundial; II) Problematizar as influências

---

Sendo assim, esse termo foi deturpado e utilizado de forma indevida pelo projeto em curso no Brasil desde os anos 90, o qual utiliza o termo reforma para qualquer mudança, ainda que essas sejam no sentido do desmonte de direitos e de políticas sociais. Por isso, neste trabalho, utilizar-se-á o termo “contrarreforma” ou “reforma” entre aspas, para não atrapalhar na explicação do conteúdo do estudo.

<sup>5</sup> Embora o movimento dos trabalhadores seja essencial para a ampliação e garantia de políticas sociais, as políticas sociais também são fundamentais ao capital, elas legitimam e garantem a ordem social no capital. Assim sendo, as políticas sociais ao mesmo tempo em que provêm a segurança social dos indivíduos garantem a organização eficiente da produção.

das recomendações do Banco Mundial para a política de saúde no Brasil; III) Analisar a gestão dos serviços de alta e média complexidade de saúde no município de Maringá-PR.

Neste estudo utilizamos a orientação filosófica dialética, para responder aos objetivos foi realizada pesquisa de natureza qualitativa, ou seja, buscou-se na realidade elementos que não podem ser quantificados, com vistas a colaborar com as discussões propostas, tendo caráter descritivo.

Visto a complexidade do tema, a pesquisa foi realizada através de uma intensa e profunda revisão bibliográfica, além de pesquisa documental e análise das informações coletadas, com a intenção de realizar e refletir sobre as influências dos organismos internacionais na condução das políticas de saúde brasileira. André e Lüdke (1986) apresentam algumas vantagens da pesquisa documental, em primeiro lugar o documento é uma fonte de dados “estável e rica”, uma segunda vantagem é que os documentos constituem uma “fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador.” (Ibidem, p. 39). Além disso, os documentos permitem a coleta de dados mesmo quando o acesso ao sujeito seja impraticável e, por fim, a “análise documental indica problemas que devem ser mais bem explorados através de outros métodos”, bem como pode complementar os dados adquiridos por outros métodos (Ibidem, p. 39).

Os documentos selecionados para a pesquisa serão analisados pela metodologia de análise de conteúdo, que é definida como "uma técnica de pesquisa para fazer inferências válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto" (Krippendorff, 1980 apud André e Lüdke, 1986, p. 41), ou seja, trata-se de um método de investigação do conteúdo que possibilita a análise do texto sob diferentes ângulos, como exemplo, o enfoque da análise de um texto pode ser no sentido político, filosófico, psicológico. Assim o pesquisador faz inferência dos dados dos documentos analisados para o seu contexto, “nesse processo de decodificação das mensagens o receptor utiliza não só o conhecimento formal, lógico, mas também um conhecimento experiencial onde estão envolvidas sensações, percepções, impressões e intuições.” (André e Lüdke, 1986, p. 41).

Neste contexto, como passo inicial do trabalho foi realizado um estudo das categorias empíricas que dão base para a discussão central dessa dissertação, tais como o Estado Moderno, utilizando os autores Friedrich Engels (1984) e Nicos Poulantzas (1980); o capital em sua fase imperialista, utilizando os autores Virginia

Fontes (2010), V.I. Lênin (2011), Marcelo Braz e José Paulo Netto (2011); a construção política e social do Brasil, utilizando os autores Caio Prado Junior (1985) e Alberto Cignolli (1985); e os aspectos fundamentais das políticas sociais, utilizando os autores Elaine R. Behring e Ivanete Boschetti (2011), Asa Cristina Laurell (2002), João Marcio Mendes Pereira (2010) e Marcelo Braz, e José Paulo Netto (2011).

Na segunda parte foi realizada a reflexão relacionada às recomendações do Banco Mundial para o Brasil de forma geral e para a política de saúde. Para esta análise foram utilizados os seguintes documentos:

- Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1990;
- Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1991;
- Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1995;
- Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1997;
- A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90 (1995);
- Relatório Anual do Banco Mundial para o Desenvolvimento da Saúde (2003);
- Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos (2007);
- 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma análise do Sistema Único de Saúde (2013);
- Um Ajuste Justo: Análise da Eficiência e Gasto Público no Brasil (2017);
- Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro (2018).

Além dos documentos citados, será feito um debate a partir das obras de alguns pesquisadores que fundamentam e ajudam a traduzir os dados retirados dos documentos oficiais, tais como João Marcio Mendes Pereira<sup>6</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>7</sup> e Maria Valéria Costa Correia<sup>8</sup>.

No terceiro momento, a revisão documental é focalizada no município de Maringá. Sendo assim, serão analisados os documentos municipais que apresentam dados suficientes para analisar se e como se materializam as determinações do Banco Mundial no município de Maringá. Dentre os documentos que serão analisados estão o Plano Municipal De Saúde de Maringá-PR (2014/2017),

---

<sup>6</sup> Professor do curso de História e do programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e doutor em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

<sup>7</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, professora Associada na UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná do curso de Enfermagem e do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

<sup>8</sup> Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco.

o Plano Municipal de Saúde de Maringá-PR (2018/2021), o Relatório Anual de Gestão (2014 a 2019) e a Programação Anual de Saúde (2014 a 2019). Há um elevado grau de dificuldade na análise proposta, para realizá-la é necessário traduzir dados que não estão aparentes, tendo em vista que as recomendações do Banco Mundial, em sua grande parcela, são voltadas à Política Nacional de Saúde, a partir da política Nacional elas perpassam a Política Estadual e por fim a Política Municipal. Sendo assim, para realização da pesquisa foi necessário, primeiramente, selecionar os documentos importantes, dentre inúmeros publicados pelo Banco Mundial e pelo Município de Maringá, depois foi necessário traduzir os dados coletados e analisá-los para atender aos objetivos propostos neste trabalho.

É importante ressaltar que a pesquisa terá como recorte temporal do ano de 2011 até o ano de 2019, tendo em vista que o cenário epidemiológico a partir do ano de 2020 devido à pandemia da COVID-19, modificou todo o desenho da política de saúde brasileira, alterando o financiamento, a forma de aplicação dos recursos e a gestão de forma geral. Sendo assim, para estudar a política de saúde a partir de 2020 é necessário um estudo específico para compreender todas as determinações que se estabelecem na política de saúde a partir de então, não sendo o objetivo deste trabalho.

As categorias teóricas de análise relacionadas ao método dessa dissertação são as categorias marxistas da totalidade, da contradição e da historicidade. Os indicadores para análise da materialização das recomendações do Banco Mundial no município de Maringá – PR em relação a primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde de alta e média complexidade serão: o número e a natureza dos leitos do município; os valores repassados pelo município às instituições filantrópicas e privadas via programas apoiados pelo Banco Mundial e o número de procedimentos de alta e média complexidade realizados pela iniciativa privada com recurso do Sistema Único de Saúde. E, por fim, o eixo analítico é o não cumprimento da primazia do Estado na prestação da política de saúde, de acordo com as normativas legais.

A saúde deve ser compreendida na lógica das políticas sociais que, por sua vez, perpassam as relações contraditórias oriundas do modo de produção capitalista, é um espaço que reflete a disputa de classe e a necessidade expansiva do capital. O/A assistente social, além de assumir o compromisso ético-político com a classe trabalhadora, deve ter competência para “orientar indivíduos e grupos (...) no

sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (Art. 4º da Lei nº 8.662/93), para “elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais” (Art. 4º da Lei nº 8.662/93) e para “prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais” (Art. 4º da Lei nº 8.662/93), dentre outras. Para isso faz-se fundamental refletir sobre as influências externas que recaíram e recaem sobre as políticas públicas. Tais análises contribuem para adensar as lutas e as reflexões da classe trabalhadora frente suas possibilidades de enfrentamento do Estado burguês, reafirmando assim o nosso compromisso ético-político com a classe trabalhadora. Assim, espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para reforçar aquela face das políticas sociais que beneficia a classe trabalhadora, fortalecendo a previsão legal de que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

## CAPÍTULO 1

### ALGUNS ASPECTOS FUNDAMENTAIS DO SISTEMA CAPITALISTA, DO ESTADO E DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Neste capítulo apresentaremos uma discussão sobre o Estado e as políticas sociais como aspectos fundamentais e sua relação no modo de produção capitalista. Iniciaremos com as teorias do Estado e suas concepções. Estas são discutidas por diversos pensadores e filósofos<sup>9</sup> no decorrer da história, tendo em vista que se trata da “maior organização política que a humanidade conhece.” (GRUPPI, 1987, p. 7). Compreender o movimento de construção do Estado e sua funcionalidade na sociedade capitalista é uma introdução essencial para compreender os demais temas abordados neste trabalho. Sendo assim, o Estado Moderno será a primeira categoria de análise, seguido das análises do modo de produção capitalista em sua fase imperialista, da formação política e social do Brasil e das influências do Banco Mundial para as políticas de saúde brasileiras.

O Estado Moderno, de acordo com Gruppi (1987), tem três características que o distingue dos estados anteriores, a primeira delas é a autonomia, a “plena soberania do Estado, o qual não permite que sua autoridade dependa de nenhuma outra autoridade”, a segunda é a “distinção entre Estado e Sociedade Civil” e a terceira é que, diferente do Estado patrimonial onde o Senhor é dono do Estado, no Estado Moderno “existe uma identificação absoluta entre o Estado e o monarca, o qual representa a soberania estatal” (GRUPI, 1987, p. 10).

Em a ideologia Alemã (2007), de Marx e Engels, os autores explicam que a propriedade tribal, característica da Idade Média, se dá como a propriedade da tribo e o direito do indivíduo sobre a simples posse da terra. Essa propriedade tribal se desenvolve, passando pela propriedade feudal, capital manufatureiro, dentre outros, até chegar à propriedade moderna, ou “à propriedade privada pura, que se despiu de toda aparência de comunidade e suprimiu toda influência do Estado sobre o desenvolvimento da propriedade” (MARX e ENGELS, 2007, p. 75). O Estado Moderno corresponde, então, a essa propriedade privada moderna, ele depende do

---

<sup>9</sup> Alguns autores importantes que trabalham com as teorias do Estado, mas que não serão analisados neste trabalho: Nicolau Maquiavel, Thomas Hobbes, John Locke, Jean-Jacques Rousseau, Georg Wilhelm Friedrich Hegel e Antonio Gramsci. Esse último tem grande destaque no Serviço Social, mas não será utilizado neste trabalho, uma vez que os autores escolhidos dão conta de trazer as explicações cabíveis e necessárias ao estudo proposto.

crédito comercial disponibilizado pela burguesia e é comprado pelos impostos pagos pelos proprietários privados. Assim o Estado Moderno “se tornou uma existência particular ao lado e fora da sociedade civil; mas esse Estado não é nada mais do que a forma de organização que os burgueses se dão necessariamente, tanto no exterior como no interior, para a garantia recíproca de sua propriedade e de seus interesses.” (ibidem, p. 75). Assim, o Estado Moderno é indispensável e fundamental para garantir os interesses da burguesia, classe que dominante do sistema capitalista. Na fase imperialista do capital, as burguesias ultrapassam as fronteiras nacionais e constroem mecanismos para garantia dos seus interesses em escala mundial. Dentre tais mecanismos situam-se os organismos multilaterais e suas recomendações aos diferentes países do mundo.

Frente a isso, é fundamental o aprofundamento da análise da construção do Estado, do seu papel e objetivo na sociedade capitalista. Para a análise da concepção do Estado nesse trabalho, partimos da concepção de Friedrich Engels (1984) para a explicação histórica da construção do Estado e Nicos Poulantzas (1980), para as concepções do Estado Moderno. Compreendido o papel do estado capitalista, este primeiro capítulo também se dedica a explicar sobre a formação histórica e as configurações do estado brasileiro no atual estágio imperialista do capital.<sup>10</sup> Por fim são apontadas as contradições históricas estabelecidas na construção da política social brasileira fundada no pilar da Constituição Federal de 1988 – a constituição cidadã – e as atuais tendências neoliberais de sua subordinação aos ditames dos organismos internacionais.

### 1.1 A CONSTRUÇÃO E AS CONFIGURAÇÕES DO ESTADO MODERNO

Para Engels (1984), existem comunidades que precederam o Estado, que viveram sem conhecer essa organização. Um dos exemplos de tais sociedades são as gens iroquesas, as quais compunham as tribos indígenas norte-americanas. Conforme o autor, essas tribos eram caracterizadas por: I) Um território próprio e um

---

<sup>10</sup> O capitalismo, em seu estágio imperialista, conduz praticamente à socialização integral da produção; arrasta, por assim dizer, os capitalistas, contra sua vontade e sem que disse tenham consciência, para uma nova ordem social, de transição, entre a mais livre concorrência e a completa socialização. A produção passa a ser social, mas a apropriação continua a ser privada. Os meios sociais de produção continuam a ser propriedade privada de um reduzido número de indivíduos. Mantém-se o quadro geral da livre concorrência formalmente reconhecida, e o jugo de uns quantos monopolistas sobre o resto da população torna-se cem vezes mais pesado, mais sensível mais insuportável.” (LENIN, 2011, p.48)

nome particular; II) Um dialeto particular, próprio só desta tribo; III) O direito de dar posse solene aos sachens e chefes militares eleitos pelas gens; IV) O direito de depô-los, ainda que contra a vontade das suas respectivas gens; V) Idéias religiosas (mitologia) e ritos comuns; VI) Um conselho de tribo para os assuntos comuns; VII) Em algumas tribos há um chefe supremo, com atribuições sempre muito restritas (ENGELS, 1984, p. 100-102).

Essas tribos se organizavam sem poderes policiaescos ou governamentais, também não havia divisão em classes sociais, os problemas eram resolvidos de forma coletiva, em conselhos, muitas vezes mediante votação dos envolvidos e da tribo. Todos tinham direitos iguais, ainda não havia espaço para escravidão ou pobreza. As terras eram propriedade da tribo e a “economia doméstica é feita em comum por uma série de famílias” (ENGELS, 1984, p. 107). As tribos também se responsabilizam pelos cuidados daqueles que precisam, tais como os idosos, as crianças e os doentes.

Admirável essa constituição da gens, com toda a sua ingênua simplicidade! Sem soldados, policiais, nobreza, reis, governadores, prefeitos ou juizes, sem cárceres ou processos, tudo caminha com regularidade. Todas as querelas, todos os conflitos são dirimidos pela coletividade a que concernem, pela gens ou pela tribo, ou ainda pelas gens entre si. Só como último recurso — raras vezes empregado — aparece a vingança, da qual a nossa pena de morte é apenas uma forma civilizada, com as vantagens e os inconvenientes da civilização. Apesar de haver muito mais questões em comum do que no presente — a economia doméstica é feita em comum por uma série de famílias e de modo comunista; a terra é propriedade da tribo e os lares só dispõem, e temporariamente, de pequenas hortas — ainda assim, não é necessária nem sequer uma parte mínima da nossa vasta e complicada máquina administrativa. São os próprios interessados que resolvem as questões; e, na maioria dos casos, costumes seculares já tudo regulam. Não pode haver pobres nem necessitados: a família comunista e a gens têm consciência das suas obrigações para com os anciãos, os enfermos e os inválidos de guerra. Todos são iguais e livres, inclusive as mulheres. Ainda não há lugar para escravos e, como regra geral, não se subjugam tribos estrangeiras. Quando os iroqueses venceram, em 1651, os érios e as “nações neutras”, propuseram-lhes que entrassem na confederação com iguais direitos; somente depois de terem os vencidos recusado a proposta é que foram expulsos de seu território. Que homens e que mulheres produziu semelhante sociedade é o que podemos ver na admiração de todos os brancos que lidaram com índios não degenerados, diante da dignidade pessoal, da retidão, da energia de caráter e da intrepidez desses bárbaros. (ENGELS, 1984, p. 106-107)

Outro exemplo são as gens gregas, essas não tão rudimentares quanto a anterior, nas tribos gregas já se identificava riqueza privada, com diferenças entre seus membros, o direito paterno toma o posto do direito materno (garantido

na gens anterior), havia escravização dos prisioneiros de guerra, autoridade permanente do conselho composto pela aristocracia, assembleia do povo onde todos tinham o direito de fala e um chefe militar. Essa organização grega já pressupunha todos os aspectos necessários para sua decadência, faltava apenas uma instituição para garantir e santificar a propriedade privada, para assegurar a aceleração da acumulação da riqueza privada, garantindo a exploração de uma classe sobre a outra, ou seja, faltava apenas a constituição do Estado.

Desse modo, na constituição grega da época heroica vemos, ainda cheia de vigor, a antiga organização gentílica, mas já observamos igualmente o começo da sua decadência: o direito paterno, com herança dos haveres pelos filhos, facilitando a acumulação das riquezas na família e tornando esta um poder contrário à gens; a diferenciação de riquezas, repercutindo sobre a constituição social pela formação dos primeiros rudimentos de uma nobreza hereditária e de uma monarquia; a escravidão, a princípio restrita aos prisioneiros de guerra, desenvolvendo-se depois no sentido da escravização de membros da própria tribo e até da própria gens; a degeneração da velha guerra entre as tribos na busca sistemática, por terra e por mar, de gado, escravos e bens que podiam ser capturados, captura que chegou a ser uma fonte regular de enriquecimento. Resumindo: a riqueza passa a ser valorizada e respeitada como bem supremo e as antigas instituições da gens são pervertidas para justificar-se a aquisição de riquezas pelo roubo e pela violência. Faltava apenas uma coisa: uma instituição que não só assegurasse as novas riquezas individuais contra as tradições comunistas da constituição gentílica, que não só consagrasse a propriedade privada, antes tão pouco estimada, e fizesse dessa consagração santificadora o objetivo mais elevado da comunidade humana, mas também imprimisse o selo geral do reconhecimento da sociedade às novas formas de aquisição da propriedade, que se desenvolviam umas sobre as outras — a acumulação, portanto, cada vez mais acelerada, das riquezas —; uma instituição que, em uma palavra, não só perpetuasse a nascente divisão da sociedade em classes, mas também o direito de a classe possuidora explorar a não-possuidora e o domínio da primeira sobre a segunda.

E essa instituição nasceu. Inventou-se o Estado. (ENGELS, 1984, p. 119-120)

No período considerado como “inferior a barbárie” não há exploração de uma classe sobre a outra, o trabalho é dividido de acordo com o gênero, os resultados do trabalho eram divididos entre aqueles da tribo ou das gens e produz-se apenas o necessário para subsistência daquele grupo, não há excedentes. Com o desenvolvimento da capacidade para domesticar e criar animais, sobretudo, gado, algumas tribos pastoras se destacam das demais, tendo em vista que, a partir desse processo, aumenta-se a produção de leite, couro, lã, carne, gerando assim uma quantidade maior do que a necessária para a tribo, ou seja, um excedente. Além do gado, serão desenvolvidos outros ramos de produção, o que torna “a força de trabalho do homem capaz de produzir mais que o necessário para sua manutenção.”

(ENGELS, 1984, p. 181). A partir deste momento “encontramos inteiramente formadas as condições necessárias para (...) o desenvolvimento e consolidação do comércio como uma instituição regular.” (Ibidem, p. 179 e 180).

Com o comércio entre as tribos e o início da formação de riquezas, aumenta-se a necessidade de produzir cada vez mais, para tal produção é necessário a disponibilização de mão-de-obra, assim os prisioneiros de guerra são utilizados como escravo e “nasce a primeira grande divisão da sociedade em duas classes: senhores e escravos, exploradores e explorados.” (Ibidem, p. 181). As gens e sua organização que preservava a socialização da produção e das economias, agora são desmanteladas. As famílias passam a se organizar de forma privada e individual e as mercadorias produzidas, o rebanho, os escravos, as terras, passam a ser propriedade privada dos chefes dessas famílias. Com a mercantilização da produção e o fim da sua socialização, agora observa-se a diferença entre ricos e pobres.

A diferença entre ricos e pobres veio somar-se à diferença entre homens livres e escravos; a nova divisão do trabalho acarretou uma nova divisão da sociedade em classes. A diferença de riqueza entre os diversos chefes de família destruiu as antigas comunidades domésticas comunistas, em toda parte onde estas ainda subsistiam; acabou-se o trabalho comum da terra por conta daquelas comunidades. A terra cultivada foi distribuída entre as famílias particulares, a princípio por tempo limitado, depois para sempre; a transição à propriedade privada completa foi-se realizando aos poucos, paralelamente à passagem do matrimônio sindiásmico à monogamia. A família individual principiou a transforma-se na unidade econômica da sociedade. (ENGELS, 1984, p. 184)

Se antes os conflitos e as guerras eram provenientes de vingança, com a divisão de classes e a distinção entre ricos e pobres, as guerras passam a ter como finalidade principal a disputa pelas propriedades, agora, privadas. A esse processo acrescenta-se a formação da classe dos comerciantes, os quais constroem sua riqueza não a partir da produção, mas apenas da intermediação entre um e outro para troca de produtos. Depois vieram “os empréstimos, e com eles os juros e a usura.” (Ibidem, p. 187). Essas transformações culminaram no aprofundamento da acumulação das riquezas privadas e em consequência, no empobrecimento de grande parcela da população.

Nas gens ou tribos, os conflitos eram intermediados de forma coletiva e através da opinião dos seus integrantes. Isso só era possível uma vez que todo

processo de produção era coletivo, incluindo a distribuição da riqueza produzida, não existia acumulação privada ou exploração de um pelo outro. A partir desse novo estágio, as classes terão interesses antagônicos e por isso suas lutas serão irreconciliáveis. Sendo assim, faz-se necessário a estruturação de um poder que aparentemente esteja situado “acima das classes em luta” para “suprimir os conflitos” e “permitir as lutas de classe apenas no campo econômico, numa forma dita legal.” (Ibidem, p. 190).

Neste cenário, o Estado é construído quando a sociedade atinge um determinado grau de desenvolvimento econômico, quando surgem classes sociais que tem interesses antagônicos entre si e, por isso, é resultado das lutas dessas classes. Ou seja, “o Estado nasce da sociedade, nasce das classes, é a expressão da luta de classes e da dominação de uma delas” (Gruppi, 1987, p.37). Frente a impossibilidade de conciliar os interesses de tais classes, o Estado tem a finalidade de institucionalizar, através das estruturas jurídicas e da repressão, o domínio da classe que detém os meios de produção. Sendo assim, em uma sociedade burguesa o Estado será burguês, ou seja, irá usar todos os seus instrumentos para garantir a reprodução social, o direito à propriedade privada e a acumulação e ampliação do capital.

O Estado não é pois, de modo algum, um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro; tampouco é "a realidade da ideia moral", nem "a imagem e a realidade da razão", como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado. (Engels, 1984, p. 191)

Para o sistema econômico vigente o Estado é então essencial. Além de utilizar as leis e a polícia para legitimar os interesses da burguesia, reprimir e controlar a classe trabalhadora, o Estado também “intervém no processo de acumulação dando prioridade à criação e ampliação das condições gerais de produção.” (Cignolli, 1985, p. 13), ou seja, a principal função do Estado no sistema capitalista é a criação da infraestrutura necessária para o desenvolvimento do capital.

O custeio dos serviços necessários para a reprodução da força de trabalho, muitas vezes em forma de salário indireto, fica em segundo plano, conforme Rizotti, 2013:

Em primeiro lugar, o Estado desempenha a função de capitalista coletivo ideal, segundo a qual atua na criação de condições materiais genéricas para a produção (isto é, a infraestrutura necessária ao desenvolvimento do capital em seus diferentes ramos - energia, transporte, comunicações, etc.). Essa função inicial do Estado pode ser constatada desde o período da acumulação primitiva do capital e, após a existência de um curto período de capitalismo concorrencial, ganha ênfase novamente com o surgimento das condições monopolistas de produção.

Em segundo lugar, o Estado contemporâneo desempenha na produção a função de árbitro, através da criação e sustentação do sistema geral de leis, destinado a regulamentar as relações sociais fundadas na e destinadas à produção de mercadorias. Subsidiariamente, uma terceira função agrega-se a esta última: o Estado regulamenta as relações entre capital e trabalho assalariado, intervindo desde um ponto exterior no conflito de classes e completando o conjunto de condições internas para a produção. Finalmente, uma última, mas não menos importante função consiste na política comercial externa desempenhada pelos Estados contemporâneos, através da qual logram prover as condições necessárias à expansão do capital nacional total no mercado internacional. (RIZOTTI, 2013, p. 166-167)

Frente a essa perspectiva, entende-se que dentro do Estado burguês cabem diferentes regimes políticos, desde as democracias burguesas mais avançadas até as mais rigorosas ditaduras. Tais regimes são estabelecidos em determinados períodos históricos e em determinadas regiões, de acordo com a sua funcionalidade para o capital. Faz-se necessário ressaltar que a política é condicionada pelas bases econômicas da sociedade, pelas relações capitalistas de produção, portanto, embora a democracia tenha uma enorme importância na luta da classe operária por sua emancipação, ela “será sempre a forma política da dominação de classe da burguesia.” (MORAES, 2001, p. 23).

Analisando o Estado Moderno, Poulantzas<sup>11</sup> aponta que o Estado “possui a função particular de constituir o fator de coesão dos níveis de uma formação social.” (POULANTZAS, 1971, p. 42). Para o autor, o produto da prática política está na “transformação da unidade de uma formação social” e tem como objeto simultaneamente as esferas econômica, ideológica, teórica e política de uma determinada conjuntura (Ibidem, p. 38), assim, a prática política pode servir como instrumento de transformação. Neste sentido, considerar-se-á que o Estado é

---

<sup>11</sup> Nicos Poulantzas nasceu na Grécia em 1936, formou-se no curso de direito da Universidade de Atenas. Sua obra teve grande influência do marxismo de Althusser e dedicou-se ao estudo da teoria política marxista.

essencial para ruptura com a unidade de uma formação social “na medida em que ele é o seu fator de coesão”, ele também pode ser “encarado como fator de produção de uma nova unidade, de novas relações de produção.” (Ibidem, p. 42).

Poulantzas não nega a natureza de classe do Estado, entretanto faz críticas à concepção de que o Estado é um reflexo do âmbito econômico e serve apenas como instrumento de dominação e legitimação da classe burguesa.

Se o Estado não é integralmente produzido pelas classes dominantes, não o é também por elas monopolizado: o poder do Estado (o da burguesia no caso do Estado capitalista) está inscrito nesta materialidade. Nem todas as ações do Estado se reduzem à dominação política, mas nem por isso são constitutivamente menos marcadas. (POULANTZAS, 1980, p. 17)

De acordo com o autor, embora o Estado tenha um importante papel nas relações de produção enquanto instrumento de repressão e de “organização das relações ideológicas e da ideologia dominante”, o seu papel vai para além disso (Ibidem, p.33). O Estado trabalha para a hegemonia da classe dominante e nesse sentido age para manter o equilíbrio entre as classes. Para exercer esse papel de equilíbrio, é necessário o consenso e o compromisso entre as classes, para isso, por vezes o Estado faz concessões às massas populares ainda que estas sejam impostas pelas lutas de classe.

(...)a relação das massas com o poder e o Estado, no que se chama especialmente de consenso, possui sempre um substrato material. Entre outros motivos, porque o Estado, trabalhando para a hegemonia de classe, age no campo de equilíbrio instável do compromisso entre as classes dominantes e dominadas. Assim, o Estado encarrega-se ininterruptamente de uma série de medidas materiais positivas para as massas populares, mesmo quando estas medidas refletem concessões impostas pela luta das classes dominadas. (POULANTZAS, 1980, p. 36)

Para o autor, o Estado tem “papel constitutivo na existência e reprodução dos poderes de classe”, sendo assim, não se trata apenas de um anexo das lutas e do poder (ibdem, p. 44). Assim, tanto a luta de classes quanto as relações de poder ultrapassam o Estado e, ao mesmo tempo, o Estado apodera-se dos instrumentos de poder e interfere em todas as relações de poder.

Resumindo: todo poder (e não somente um poder de classe) só existe materializado nos aparelhos (e não somente nos aparelhos de Estado). Esses aparelhos não são simples apêndices do poder, porém detêm um papel constitutivo, pois o próprio Estado está presente organicamente na geração dos poderes de classe. Entretanto, na relação poder / aparelhos, e mais particularmente luta de classes/ aparelhos, é a luta (das classes) que detêm o papel fundamental, luta cujo campo é o das relações de poder, de exploração econômica e de domínio/ subordinação político-ideológica. As lutas sempre detêm primazia sobre os aparelhos-instituições, e constantemente os ultrapassam. (POULANTZAS, 1980, p. 51)

Segundo Poulantzas, o Estado representa a classe dominante, ou seja, o bloco no poder. Entretanto, diferente dos autores estudados anteriormente, para ele o Estado detêm uma relativa autonomia “em relação a essa ou aquela fração do bloco no poder” e o capital monopolista impõe restrições a essa autonomia (Ibdem, p. 147). Considerando isso, o autor tece críticas à perspectiva que pensa o Estado como instrumento, manipulado totalmente pela classe dominante, desconsiderando a autonomia relativa do Estado. Por outro lado, crítica a perspectiva que percebe o Estado como sujeito, desconsiderando as restrições impostas à autonomia do Estado. Diferente de Marx e Lênin, os quais consideram o Estado um aparelho material, para Poulantzas o Estado é “a condensação material e específica de uma relação de forças entre classes e frações de classe.” (Ibdem, p. 148).

É unânime entre os autores estudados até aqui a concepção de que o Estado Moderno é fundamental para a reprodução e ampliação do capital e para assegurar a materialização dos interesses da burguesia através dos seus diferentes instrumentos. A democracia, os direitos e as políticas sociais, são alguns dos instrumentos utilizados pelo Estado para legitimação e reprodução do sistema capitalista. Entretanto, a luta da classe trabalhadora pela ampliação de direitos trabalhistas e sociais assim como a ampliação e construção das políticas sociais, são necessárias e essenciais para a sobrevivência dos trabalhadores, atuando na consciência do proletariado e na sua organização enquanto classe. Conquanto faz-se necessário reconhecer que tais lutas tem um limite frente a lei geral de acumulação capitalista: a propriedade privada<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Sobre a lei geral de acumulação capitalista é importante ressaltar que não se restringe a propriedade privada. De forma bastante simplificada, no sistema do capital a concorrência faz com que os capitalistas estejam sempre buscando revolucionar os meios de produção, essas mudanças aperfeiçoam as técnicas de produção e as forças produtivas, sem necessariamente aumentar a contratação de novos trabalhadores, que não encontram local para vender sua força de trabalho. Assim, a lei geral da acumulação capitalista envolve o movimento da composição orgânica do capital na dinâmica capitalista, onde há o crescimento dos meios de produção e ao mesmo tempo em que ocorre o dispêndio decrescente das força de trabalho humana. Desta forma, há o aumento

Para o autor, nos limites do capitalismo, a luta da classe trabalhadora é direcionada à expansão dos direitos e das políticas sociais, ou seja, a luta é para que o Estado amplie a parcela do fundo público direcionada à reprodução da força de trabalho. O fundo público, composto pelos impostos pagos pelos contribuintes, é um espaço de disputa entre diferentes interesses. Ocorre na sociedade “uma disputa por recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal. O orçamento público é um espaço de luta política onde as diferentes forças da sociedade buscam inserir seus interesses” (SALVADOR, 2008, p.19). Essas forças da sociedade são compostas por diversos atores, de um lado estão as grandes empresas, as instituições financeiras, os organismos internacionais, resumidamente, os atores que representam o capital. De outro lado estão os trabalhadores, uma vez que os salários diretos são insuficientes para reprodução desta classe, os trabalhadores se colocam na disputa pelo fundo público visando a ampliação das políticas sociais, para garantia de sua reprodução e sobrevivência.

Ainda que existam semelhanças nos aspectos gerais, há diferenças históricas em relação ao papel desempenhado pelo Estado brasileiro em comparação aos Estados dos países centrais. Tais diferenças serão abordadas no próximo tópico, analisando o capitalismo em sua fase imperialista e o posicionamento do Estado brasileiro frente ao desenvolvimento do capital.

## 1.2 O CAPITALISMO EM SUA FASE IMPERIALISTA

A fase imperialista do capital tem como características fundamentais a concentração e a centralização do comando político, econômico e produtivo mundial nas mãos de grandes monopólios<sup>13</sup> que controlam setores inteiros da economia

---

proporcional do exército industrial de reserva e do pauperismo, que faz parte da “Lei Geral Absoluta do Capital”. A explicação completa sobre a temática está no volume II do livro “O Capital” de Karl Marx.

<sup>13</sup> Atualmente em todas as áreas do mercado encontramos poucas empresas multinacionais que controlam a maior parcela de um determinado setor. De acordo com o relatório publicado em 2013 pela ONG Oxfam as empresas Associated British Foods (ABF), Coca-Cola, Danone, General Mills, Kellogg, Mars, Mondelez International (antes Kraft Foods), Nestlé, PepsiCo e Unilever geram receitas de mais de US\$1,1 bilhão por dia. Empresas menores foram incorporadas a essas gigantes multinacionais que controlam cerca de 500 marcas, as quais representam 70% de todo mercado alimentício mundial. No setor tecnológico, de acordo com o site do Elpaís, as empresas Apple, Google, Microsoft, Facebook e Amazon capitalizam valores entre 500 bilhões de dólares e 850 bilhões de dólares. Com esses valores, se a Apple fosse um país ela teria um tamanho similar ao da economia turca, holandesa ou suíça. A Google é responsável por 88% mercado de publicidade on-line. “O Facebook (incluindo Instagram, Messenger e WhatsApp) controla mais de 70% das redes sociais em celulares. A Amazon tem 70% da fatia de mercado dos livros eletrônicos e, nos Estados Unidos, absorve 50% do dinheiro

mundial. Essa concentração de poder nas mãos de uma pequena parcela da elite mundial faz com que exista uma considerável interferência política através de instâncias representativas ou de lobbies, para garantir os interesses dessa elite. Nesse movimento são criados os organismos multilaterais que, conforme Braz e Netto (2011), são instrumentalizados pelo grande capital para implementar as estratégias que lhe são adequadas. O rompimento das barreiras nacionais coloca todos os países em uma complexa e hierarquizada rede de relações políticas, econômicas e sociais, os organismos multilaterais são parte integrante dessa rede como ator político, econômico e intelectual. Assim, é necessário analisar as complexidades e construções desse período para a compreensão de como os organismos multilaterais se encaixam nessa rede de relações mundiais.

As instituições<sup>14</sup> do Grupo Banco Mundial fazem parte do rol de tais organismos multilaterais e, segundo site oficial, o Grupo Banco Mundial (GBM) trabalha em mais de 170 países e direciona seus esforços para erradicar a pobreza e enfrentar alguns dos desafios de desenvolvimento mais urgentes. Dentre as instituições do GBM, o Banco Mundial é o responsável por oferecer empréstimos a juros baixos, créditos de zero a juros baixos e doações a países em desenvolvimento para apoio em áreas como educação, saúde, administração pública, infraestrutura, desenvolvimento do setor financeiro e privado, agricultura e gestão ambiental e de recursos naturais. Ou seja, o Banco Mundial direciona suas ações para áreas sociais, atuando na política, na economia e no ideário mundial<sup>15</sup>.

A transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, ocorre entre o final do século XIX e início do século XX. Nessa nova fase,

---

gasto em comércio eletrônico.” (El país, 2017). No setor bancário, de acordo com o site Valor Econômico, o Itaú Unibanco, o Banco do Brasil, Bradesco, a Caixa Econômica Federal e o Santander dominam aproximadamente 80% do setor bancário (2020), sendo que o Itaú está em primeiro lugar, responsável por 20% de todo o mercado. Esses foram alguns exemplos dos grandes monopólios atuais, ressaltando que eles se entrecruzam formando capitais ainda mais fortalecidos e poderosos frente aos Estados.

Endereços eletrônicos para acesso às informações:

<<https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/270393/bp166-behind-the-brands-02-260213-pt.pdf;jsessionid=26C4FB3151B98CD43122C196D9DE5E4A?sequence=7>>

<[https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/03/economia/1509714366\\_037336.html#:~:text=A%20Amazon%20tem%2070%25%20da,dinheiro%20gasto%20em%20com%C3%A9rcio%20eletr%C3%B4nico.](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/03/economia/1509714366_037336.html#:~:text=A%20Amazon%20tem%2070%25%20da,dinheiro%20gasto%20em%20com%C3%A9rcio%20eletr%C3%B4nico.)>

[https://especial.valor.com.br/valor1000/2020/ranking100maioresbancos/maiores\\_em\\_operacoes\\_de\\_credito](https://especial.valor.com.br/valor1000/2020/ranking100maioresbancos/maiores_em_operacoes_de_credito)  
Acesso aos sites em: 22 jul. 2021

<sup>14</sup> As instituições que compõem o Grupo Banco Mundial (GBM) são: Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Associação Internacional de Desenvolvimento (AID), Agência Multilateral de Garantias de Investimentos (AMGI), Centro Internacional para Conciliação de Divergências em Investimentos (CICDI), Corporação Financeira Internacional (CFI), Instituto do Banco Mundial (IBM) e Painel de Inspeção.

<sup>15</sup> Explicação detalhada sobre o assunto no segundo capítulo deste trabalho.

também conhecida como fase imperialista, as contradições que se apresentam na fase anterior não são superadas ou destruídas, pelo contrário, são potencializadas e combinadas com novas contradições.

O capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica, todos eles desvelados pela crítica marxiana. (NETTO, 2011, p. 19)

A partir desse estágio há o aumento brutal da concentração e centralização do capital. O processo de concentração de capital acontece porque “cada vez mais capital é necessário para produzir a mais-valia” e como resultado deste processo “os grandes capitalistas acumulam uma massa de capital cada vez maior.” (BRAZ E NETTO, 2011, p. 140). Ao lado da concentração está a centralização de capital a qual “realiza-se pela união (mediante cartéis, trustes e holdings) de capitais já existentes.” (ibidem, p. 141). Essas junções de empresas monopolizam as mais qualificadas mão-de-obra e determinam a produção mundial, os juros, os preços, dividem o mercado de venda e os lucros entre elas, ou seja, a produção torna-se social, mas a apropriação continua a ser privada.” (LENIN, 2011, p. 131). Tais processos são fomentados pelo favorecimento e entrelaçamento do setor bancário à burguesia industrial, constituindo assim grandes oligarquias financeiras. Os bancos, os quais aparentemente tem uma função estritamente técnica, quando lidam com uma grande quantidade de transações financeiras provenientes desses monopólios, colocam-se em condições de

conhecer com exatidão a situação dos diferentes capitalistas, depois de controlá-los, exercer influência sobre eles mediante a ampliação ou a restrição do crédito, facilitando-o ou dificultando-o, e, finalmente, de decidir inteiramente sobre o seu destino, determinar a sua rentabilidade privá-los de capital ou permitir-lhes aumentá-lo rapidamente e em grandes proporções etc. (LENIN, 2011, p. 144)

Neste cenário, reduz-se a concorrência e são constituídos monopólios empresariais e financeiros, grandes oligarquias com poder não apenas financeiro, mas também político. Elimina-se, assim, as pequenas e médias empresas, fazendo com que “apenas possuidores ou controladores de grandes massas de capital tenham vez na arena econômica.” (BRAZ E NETTO, 2011, p. 141). O capital financeiro, produto da união entre os capitais industriais e bancários, ocupa lugar central nessa

nova fase. Esse processo estimula a união de diversos tipos de capitalistas, assim verifica-se a superação da “propriedade imediata dos meios diretos de produção, indo muito além de uma junção entre capitalistas industriais e bancários.” (FONTES, 2010, p. 155).

O surgimento dos monopólios industriais ocorreu mais ou menos simultaneamente à mudança do papel dos bancos. Produtos da evolução das “casas bancárias” que operavam ao tempo do capitalismo comercial, os bancos, inicialmente, funcionavam como intermediários de pagamentos; com o desenvolvimento do capitalismo, tornaram-se as peças básicas do sistema de crédito. Reunindo capitais inativos de capitalistas e a soma das economias de um grande contingente de pessoas, os bancos passaram a controlar massas monetárias gigantescas, disponibilizadas para empréstimos - e a concorrência entre os capitalistas industriais levou-os a recorrer ao crédito bancário para seus novos investimentos. Nesse contexto, os bancos contribuíram ativamente para implementar o processo de centralização do capital. (BRAZ E NETTO, 2011, p. 188)

Se na fase anterior o capitalista investia parte do lucro na produção para extração de maior lucro, com a financeirização do capital os investimentos produtivos são substituídos pelos investimentos em capital fictício. Deste modo, aumenta-se de forma desregulada a especulação e as transações financeiras “tornaram-se sob todos os sentidos hipertrofiadas e desproporcionais em relação à produção real de valores.” (Ibidem, p. 242). As remunerações recebidas pelos investidores são pagas sob valores irrealistas, por isso há uma constante oscilação no valor dos títulos, podendo, de forma muito rápida, um investidor perder fortunas. Esse processo culmina nas “bolhas financeiras” as quais estouram mediante as crises, refletindo assim a instabilidade e o desequilíbrio desta fase do capital.

Frente a expansão imperialista formam-se uniões internacionais e capitalistas dividindo o mundo. Os grandes conglomerados empresariais dizimam as pequenas e médias empresas nacionais e negociam entre eles os territórios de dominação comercial, garantindo assim as taxas de lucro e a estabilidade do império construído. Neste período também se conclui a partilha territorial do globo entre as maiores potências capitalistas, ou seja, não há mais território sem a dominação de um Estado. Embora a luta pela dominação de territórios preceda o capitalismo em sua fase monopolista, nessa fase acelera-se esse processo considerando que as colônias são fontes de matéria-prima e “quanto mais dura é a concorrência e a procura de fontes de matérias-primas em todo o mundo, tanto mais encarniçada é a luta pela aquisição de colônia.” (LENIN, 2011, p.209)

A particularidade fundamental do capitalismo moderno consiste na dominação exercida pelas associações monopolistas dos grandes patrões. Estes monopólios adquirem a máxima solidez quando reúnem nas suas mãos todas as fontes de matérias-primas, e já vimos com que ardor as associações internacionais de capitalistas se esforçam por retirar do adversário toda a possibilidade de concorrência, por adquirir, por exemplo, as terras que contêm minério de ferro, os jazigos de petróleo etc. A posse de colônias é a única coisa que garante de maneira completa o êxito do monopólio contra todas as contingências da luta com o adversário, mesmo quando este procura defender-se mediante uma lei que implante o monopólio do Estado. (LENIN, 2011, p. 208-209)

Nestes termos, para ampliação do capital faz-se necessário dominar territórios para extração de matéria-prima, assim, os Estados centrais do imperialismo expandem seus territórios para além das fronteiras nacionais, utilizando poder político, econômico, militar e social. Para tal, faz-se imperativo a construção de diversas instituições lideradas pelos países imperialistas para garantir “a expansão da extração de mais-valor em escala crescentemente internacional” e “para assegurar as condições socioeconômicas, políticas e culturais nacionais sob as quais tal extração teria lugar.” (FONTES, 2010, p. 162).

A exportação de capitais ocupa o lugar da exportação de mercadorias e serviços. Agora, lucra-se mais com investimentos financeiros, com juros, do que com a produção. Isso origina a ascensão de, conforme Lenin (2011), um parasitismo imperialista, intrínseco ao capital em sua fase monopolista. Os Estados dependentes financeiramente tomam empréstimos com os países centrais, grande parte das receitas dos países credores passam a ser provenientes dos valores pagos pelos países devedores, referentes aos juros e dividendos dessas dívidas. Esse processo causa a estagnação no desenvolvimento produtivo e no progresso tecnológico, o que aponta para a “tendência para a estagnação e para a decomposição” do capitalismo. (LENIN, 2011, p. 231).

Todas as mudanças dessa nova fase do capital refletem nos processos de trabalho e na vida dos trabalhadores, sobretudo àqueles dos países periféricos. Como parte do processo de dominação, os grandes conglomerados empresariais avançam com seus tentáculos industriais e financeiros para além do território nacional. Para fixar suas multinacionais em outros países, faz-se necessário a flexibilização e a desregulamentação das políticas econômicas e sociais desses países hospedeiros. Essa exportação de capitais implica mudanças no trabalho e na organização dos trabalhadores, no enfraquecimento das burguesias nacionais e na intensificação da centralização do capital.

A atuação dessas empresas – as grandes sociedades anônimas – não foi apenas uma enorme fonte de lucros e de produção, mas aprofundou a divisão internacional do trabalho, modificou a inserção mundial dos países imperialistas, e seu alcance nos demais alterou profundamente a relação entre o campo e a cidade em todo o mundo sob seu raio de ação, introduziu inovações comportamentais e culturais. (FONTES, 2010, p. 164 e 165)

Observa-se a intensificação do processo de expropriação dos trabalhadores rurais, os quais eram detentores dos meios necessários para o seu trabalho e subsistência e, agora expropriados, juntam-se a massa de trabalhadores urbanos que possuem apenas sua mão de obra, a qual é disponibilizada para venda ao capital. Isto é, mediante a expropriação, os trabalhadores rurais precisam ir para as cidades para oferecer sua força de trabalho para atender às necessidades do capital, aumentando significativamente o número de trabalhadores disponíveis ao mercado. Diante de tal aumento, ocorre o alargamento do número de trabalhadores desempregados, o barateamento do valor da força de trabalho e o aprofundamento das desigualdades e da concorrência entre os trabalhadores.

Esse movimento de expropriação dos trabalhadores rurais faz parte da base do capitalismo. É necessário ao capital que os trabalhadores sejam expropriados de maneira crescente dos seus meios de produção e fiquem à disposição do capital, submetidos ao mercado para sobreviver, entretanto é um movimento que é acirrado e somado a outros processos na fase imperialista do capital.

Concomitante e em decorrência a expropriação dos trabalhadores rurais, conforme Fontes, 2010, no capital imperialista haverá uma segunda expropriação, a qual a autora denominará expropriação secundária. Essa tratar-se-á da expropriação e desmantelamento dos direitos sociais direcionados aos trabalhadores, sobretudo dos direitos trabalhistas e previdenciários. Além da expropriação da terra e dos meios de produção, a partir da fase contemporânea expropriar-se-á “também bens naturais sobre os quais até então não incidia propriedade exclusiva de tipo capitalista” (FONTES, 2010, p. 60), aqui inclui-se e ressalta-se a mercantilização da saúde, fenômeno que se traduz na expropriação da vida biológica humana, que passa a se constituir como propriedade privada (FONTES, 2010, p. 61). Essa nova fase de expropriação dos direitos sociais conta com processos de apropriação do fundo público pelo capital.

Conforme Behring (2010), o fundo público é formado a partir do trabalho excedente e do trabalho necessário, entretanto, no contexto neoliberal, um

valor cada vez menor desse fundo público retorna ao trabalhador em forma de serviços ou políticas sociais. Esses recursos que compõe o fundo público, pagos em grande parte pela classe trabalhadora, quando destinados às políticas sociais são considerados salário indireto pois compõe parte do salário que deveria ser pago ao trabalhador para garantia de sua reprodução. A expropriação contemporânea ocorre quando esses valores, apropriados pelo Estado através de tributação, ao invés de retornarem aos trabalhadores por meio de políticas sociais, são destinados prioritariamente para a reprodução do capital. No setor da saúde, política alinhada com os interesses dos organismos internacionais, esse movimento de expropriação reflete-se nas privatizações, na mercantilização e nas terceirizações. Assim,

diante de uma possível crise no mercado privado de saúde e a estagnação no processo de acumulação do capital na saúde, a saída **adotada tem sido uma maior atuação do Estado na viabilização da** mercantilização da saúde, por meio de processos que expropria o direito à saúde e coloca o setor privado como central. (ALVES E SANTOS, 2020, p. 260)

Neste contexto a desresponsabilização do Estado e, ao mesmo tempo e no mesmo movimento, o fortalecimento da saúde complementar e suplementar<sup>16</sup> são parte fundamental do movimento da expropriação contemporânea. Alguns dos instrumentos utilizados pelo Estados para a garantia da expansão da iniciativa privada na saúde são: “renúncia fiscal, a emissão de certificação filantrópica às entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, o perdão de dívidas, a assistência farmacêutica ALVES e SANTOS, 2020, p.262) Outro instrumento de expropriação contemporânea via fundo público é a Desvinculação da Receita da União (DRU).

Um desses processos de expropriação contemporânea via fundo público é a Desvinculação da Receita da União (DRU). Trata-se de um mecanismo utilizado pelo Estado, que desvincula 30% das receitas das contribuições sociais, que seriam destinadas ao financiamento da seguridade social, realocando-as para outras áreas como o pagamento da dívida pública. (Ibdem, p. 264)

---

<sup>16</sup> A saúde complementar é composta pelos serviços de saúde prestados por iniciativa privada ou filantrópica complementares a saúde pública de acordo com a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. A saúde suplementar são as ações e serviços de saúde prestados exclusivamente por planos de saúde do âmbito privado.

A exposição midiática serve como instrumento de persuasão da classe trabalhadora, utilizando-se do argumento de que tais expropriações são naturais, normais, necessárias e urgentes.

As expropriações contemporâneas tornaram-se extremamente agressivas e revelam-se potencialmente ilimitadas, ainda que colocando em risco a existência humana. Evidenciam que a própria dinâmica capitalista impõe converter características humanas, sociais ou elementos diversos da natureza em formas externalizadas à existência humana, erigindo-as em barreira ao capital de maneira a elaborar um discurso da urgência, moldar argumentos de persuasão e, finalmente, consolidar apetrechos coercitivos para destruir/expropriar tais características, apropriando-se de novos elementos, seja para monopolizá-los, ou para produzir novas atividades capazes de produzir valor, resultando numa mercantilização inimaginável de todas as formas da vida social e humana. O fato, porém, de cindir, de externalizar tais características, não significa de forma alguma que tais elementos expropriados não sejam plenamente integrantes das condições sócio-humanas da existência (internos, pois) e, sobretudo, de que respondam a uma necessidade interna da lógica capitalista. (FONTES, 2010, p. 59)

A intensificação das expropriações é acompanhada do aumento do desemprego e da formulação de legislações que organizam e regulamentam o trabalho sem direitos. Com isso, há o aumento dos trabalhadores que não possuem nenhum tipo de direito ou contrato de trabalho, sob justificativas de que tais tipos de trabalhos garantem liberdade ao trabalhador.

Nessa conjuntura, o Brasil é integrado de forma subalterna ao sistema econômico e político mundial. A atuação do Estado brasileiro ocorre com particularidades, embora os aspectos gerais sejam os mesmos dos demais Estados capitalistas. Tais particularidades decorrem de complexas determinações históricas, políticas, sociais e econômicas.

### 1.3 PARTICULARIDADES DO ESTADO BRASILEIRO NO CAPITALISMO TARDIO

A relação de subordinação do Estado brasileiro às determinações dos organismos multilaterais foi construída historicamente e está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento econômico e político do país. Frente a isso a compreensão da situação atual de subordinação do Estado brasileiro depende da compreensão da formação desse Estado e de suas relações construídas historicamente. Faremos um recorte histórico específico e breve relato deste processo de acordo com o objeto deste estudo, para maiores informações ler os autores Caio Prado Júnior (1985), Celso Furtado (2005) e Alberto Cignoli, (1985).

A transição do Estado Brasileiro da Monarquia à República, materializou-se via golpe militar, sem a participação da sociedade e sem profundos impactos sociais ou políticos. Entretanto, conforme Caio Prado Junior, 1985, esse movimento suscitou uma importante mudança, a eclosão da “ânsia de enriquecimento, de prosperidade material”. (JUNIOR, 1985, p. 208) Ou seja, surgia no Brasil a mentalidade capitalista, o espírito burguês, porém de forma tardia, tendo em vista que o imperialismo já estava consolidado e a economia brasileira já se encontrava em uma situação de subordinação e dependência dos países imperialistas.

Perante a realidade de industrialização europeia e norte-americana, principalmente, “alargavam-se os mercados para as matérias-primas e gêneros alimentares tropicais de países como o Brasil.” (JUNIOR, 1985, p. 207) Posto isso, o Estado atuava, então, principalmente na regulação das exportações de matérias-primas, e na importação de produtos industrializados.

Dentre os produtos produzidos no Brasil, o mais importante foi o café. A produção do café passa por oscilações, em alguns momentos passará por expansão e, após esse ciclo, devido aumento exacerbado da produção entrará em desequilíbrio. Neste segundo momento “verificam-se então os sintomas clássicos da superprodução: declínio de preços, formação de estoques invendáveis.” (JUNIOR, 1985, p. 228).

Mediante as oscilações da produção do café, a especulação comercial e os prejuízos consideráveis na lavoura, no começo do século XX iniciam-se então as primeiras intervenções oficiais na produção do café. A política de valorização, consagrada frente ao apoio do Presidente Afonso Pena, baseava-se em compras do estoque do café para valorização dos preços. Essas compras foram realizadas, principalmente por grandes empresas e instituições financeiras dos países imperialistas.

Entram então em cena outros grupos financeiros que se aproveitarão da oportunidade (se é que não foram eles mesmos que prepararam...) para escamotear em seu favor o controle do comércio do café. Será a princípio, uma grande firma exportadora alemã Theodor Wille & Cia. Era chegada a vez do imperialismo alemão que até esta data não participara senão modestamente das transações brasileiras. Atrás da Theodor Wille alinham-se os principais grupos financeiros daquele país: o Disconto Gesellschaft e o Dresdner Bank. Com eles se ligarão banqueiros ingleses e franceses que formavam a oposição, em seus países, aos grupos que tinham em mãos os interesses brasileiros. São eles J. Henry Shröde & CO., de Londres e Societé Générale, de Paris. A esta coligação virá juntar-se também o National City Bank of New York. Ela fornecerá a São Paulo os recursos necessários para

levar adiante o plano da valorização, abrindo créditos necessários na importância de 4.000.000 de libras. (JUNIOR, 1985, p. 231)

A política de valorização é custeada, então, principalmente pelos empréstimos concedidos por empresas estrangeiras, assim os estoques do café ficam nas mãos do capital internacional para possíveis manobras. Isso significa que o mercado do café passa a ser controlado pelos países imperialistas através de suas empresas e suas instituições financeiras.

O açúcar, a borracha, o cacau, são alguns dos produtos que também irão compor a história da economia brasileira, entretanto com relevância menor que o café. Tendo em vista que a principal finalidade da produção de todos os produtos era a exportação, as economias imperialistas e o contexto externo refletem na expansão ou crise do mercado de todos os produtos.

O café será o protagonista no cenário nacional até a década de 30 do século XX, é a partir dessa década que, conforme Cignoli, (1985) “o Estado brasileiro começa sua intervenção sistemática e direta no processo de acumulação.” A crise da produção do café chega ao seu ápice em 1929 com a quebra da bolsa de valores que provocará a drástica queda no volume das exportações e, na mesma proporção, a queda do valor do café. Como agravante verifica-se queda também nos investimentos que financiavam a política de valorização, tendo em vista que tal política sustentar-se-á no capital externo.

Frente a esse cenário, a partir de 1930, com o início da política Vargasista, a intervenção estatal será direcionada principalmente para a expansão industrial, chegando ao fim a hegemonia agroexportadora.

A nova correlação de forças e a reformulação do aparato da ação do Estado modificam as regras do jogo – que orientava a economia para a exploração de atividades agroexportadoras – e criam o marco institucional do mercado interno. A ação do Estado se inscreve, pois, em torno de dois eixos: de um lado, o controle das relações entre o capital e o trabalho; de outro, as sanções ao custo de rentabilidade dos fatores que estavam tradicionalmente envolvidos na produção destinada ao mercado externo (confisco parcial de lucros, redução do custo do dinheiro para atividades industriais, etc.). Os recursos assim engendrados diziam respeito ao estabelecimento e desenvolvimento de atividades produtivas locais cujo objetivo principal era precisamente satisfazer as necessidades do mercado interno. (CIGNOLI, 1985, p.18)

Neste período há, então, uma ampliação das funções do Estado, que passa a intervir também na economia “fixando preços, distribuindo ganhos e perdas

entre as diversas camadas e frações de classes por meio de subsídios e do sistema de impostos diretos e indiretos” (Ibidem, p. 18). O capital estrangeiro irá operar, principalmente, no fornecimento de tecnologias e maquinários para a produção industrial e não mais na infraestrutura para produção e comercialização dos produtos nacionais. Já o Estado brasileiro opera como “produtor de bens e serviços”, em especial, daqueles serviços que não interessam ao capital internacional. (CIGNOLI, 1985, p. 19).

Com a expansão da industrialização, aumenta-se e consolida-se também a classe operária. Aqueles que trabalhavam no campesinato, passam a compor a massa de trabalhadores assalariados que trabalham nos centros industriais. O governo populista de Vargas, para manter a ordem social vigente, tenta transmitir a imagem de que é possível “conciliar os interesses das classes” ou de “pacto entre as classes”, como se houvesse possibilidade de satisfazer os interesses antagônicos da burguesia e do proletariado ao mesmo tempo e no sistema econômico vigente. Entretanto, a contradição entre os interesses das classes ficava mais clara com o fortalecimento da classe operária.

Em 1945, após 15 anos no poder, Getúlio Vargas caiu, e abriu-se um novo período no país, de intensas turbulências econômicas, políticas e sociais. Afinal o Brasil tornou-se um país mais urbanizado, com uma indústria de base já significativa, apesar de a vocação agrário-exportador permanecer forte, e com um movimento operário e popular mais maduro e concentrado, com uma agenda de reivindicações extensa. A Constituição Federal de 1946 foi uma das mais democráticas do país, chegando até a retirar o Partido Comunista da ilegalidade. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 109)

Os anos que sucederam a queda de Vargas foram marcados por “uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes”. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 109) O número de sucessões presidenciais entre 1946-1964 são reflexos dessas disputas e da instabilidade política que se estabeleceu nesses anos. Entre os presidentes desse período cabe ressaltar o governo do Juscelino Kubitschek, tendo em vista que ele “conseguiu equilibrar-se por mais tempo entre as colidentes forças políticas(...)”. JK ocupou a presidência do Brasil entre os anos de 1956 a 1961 e sua seu governo se estabeleceu sob uma

política econômica nacional-desenvolvimentista que consistiu na combinação de uma forte intervenção estatal em áreas estratégicas (transporte, energia e comunicação) como incentivo direto à industrialização nacional, e atração de

capital estrangeiro com concessões de expressivas facilidades fiscais. (SANTOS, 2012, p. 82)

A política econômica adotada por JK seguia na mesma direção dos interesses dos países imperialistas e suas instituições financeiras. O favorecimento da “expansão das empresas privadas nacionais, sobretudo, em associação com o capital internacional” dará início a fase de “industrialização pesada” no país e “modificará as condições de funcionamento dos mercados de capital e de força de trabalho” (SANTOS, 2012, p. 145) Com o crescimento acelerado do setor industrial, cresce também a classe operária, sua organização política e, conseqüentemente, acirra-se as tensões da luta de classes. Sendo assim, frente as políticas adotadas por JK, “entre os anos de 1956 e 1961, completa-se a constituição do capitalismo no Brasil(...).” (Ibidem, p. 77).

A partir da década de 60 acentuam-se as mobilizações e manifestações, ainda que mediante dura repressão. O golpe militar de 64 irá evidenciar as tendências que estavam se estabelecendo no Brasil. São materializadas políticas de arroxo salarial, reduzindo o valor real dos salários e, como consequência, o poder de compra dos trabalhadores, há o aumento da exploração da mão-de-obra e do pacto entre o Estado e as empresas privadas, processo pelo qual beneficiar-se-á principalmente o capital internacional, representado por suas empresas multinacionais e instituições financeiras.

(...) Na conjuntura posterior a 64 o Estado “sócio-empresarial” cria empresas de financiamento e prestação de serviços que empregam profissionais assalariados, maximizando assim seus lucros. Por sua parte os organismos estatais aplicam os mesmos critérios de “rentabilidade” nos serviços que prestam.

Os eleitos deste sistema podem ser resumidos assim: “socialização de custos e privatização dos benefícios”. A elevação de custos nos serviços produzidos por este sistema exclui um grande número de contribuintes dos serviços mais caros e mais sofisticados. As desigualdades sociais são reproduzidas em vez de reduzidas. Essa política não enfrenta as condições de produzirem moléstias, desemprego, acidentes de trabalho, velhice abandonada, analfabetismo, falta de acomodações, etc. (CIGNOLLI, 1985, p. 107)

O cenário descrito por Cignolli se arrasta até os dias atuais, as empresas estatais são sucateadas, privatizadas a valores abaixo do que valem e em benefício, principalmente, do capital internacional. Os bancos públicos financiam tais compras e as empresas privatizadas rendem milhões aos compradores. Nesse processo os trabalhadores perdem em diversos aspectos, ocorre o encarecimento de

tais serviços, que agora tem seus preços regulados pelo mercado, deixam de caracterizarem-se como direito e o fundo público, composto pelos impostos sobretudo dos trabalhadores, é utilizado para financiar a compra dessas empresas.

Durante a ditadura militar acentuam-se, portanto, as privatizações, com isso o Estado é reduzido e perde suas riquezas, principalmente para o capital internacional. Os países imperialistas que se encontravam no período de ampliação dos monopólios, encontrou no Brasil um terreno propício para instalarem seus tentáculos industriais e financeiros. A entrada do capital internacional sob o controle das multinacionais que se instalam no país faz com que o Brasil fique ainda mais suscetível às crises internacionais. Conforme Maciel (2014) houve um salto do volume total de investimentos e reinvestimentos estrangeiros na economia brasileira de 956 milhões de dólares no período 1951-1960 para 9,49 bilhões entre 1980 e 1984. As exportações nacionais também se ajustam para garantir a remuneração do capital externo “e para contornar os limites do mercado interno, configurando uma perspectiva imperialista.” (ibdem, p. 68) Outro ponto importante sobre a ditadura militar diz respeito ao aumento do endividamento do Estado Brasileiro nesse período. “Em 1964 a dívida externa brasileira somava US\$ 3,294 bilhões e, em 1985 totalizava US\$ 105,171 bilhões, ou seja, cresceu 32 vezes durante os governos militares.”, (AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA, 2016) Frente ao aumento significativo do endividamento brasileiro o governo tinha três saídas: “cortar gastos públicos, imprimir dinheiro ou vender títulos do Tesouro a juros atraentes” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 139).

A ditadura militar chega ao fim frente ao contexto de crise econômica agravada pela dívida pública em valores exorbitantes, em decorrência dos inúmeros empréstimos feitos nos anos anteriores a juros flutuantes. O resultado deste período na vida da classe trabalhadora foi de altos índices de inflação, desemprego e empobrecimento. A intensificação da entrada do capital internacional no Brasil e do aumento exponencial do endividamento do Estado, colocam o país em outro patamar de subordinação e dependência. Os empréstimos dos organismos financeiros ao país são diretamente relacionados com as determinações e recomendações dos organismos multilaterais. Para se desenvolver e pagar os juros dos empréstimos anteriores o país precisa realizar novos empréstimos, os quais são vinculados ao cumprimento das recomendações dos organismos internacionais, que são alinhados com as regras do capital imperialista.

Nos anos 90, materializa-se no Brasil o neoliberalismo. Nos países centrais o neoliberalismo já está consolidado e suas regras gerais encontram-se aplicadas. Os preceitos neoliberais ainda hoje são utilizados para organização econômica dos Estados, inclusive brasileiro. A partir dessa nova roupagem defender-se-á o Estado mínimo apenas para o social, para o Capital mantém-se um Estado forte, que durante as crises utilizará o fundo público para recuperar as instituições financeiras e grandes corporações. Nessa perspectiva, de acordo com Braz e Netto (2011), o neoliberalismo sustenta a tese de que é necessário reduzir o Estado, entretanto, o capitalismo não funciona sem a intervenção estatal, sendo assim o real objetivo é reduzir as funções estatais, sobretudo àquelas relacionadas aos direitos sociais, ou seja, ao “proclamar a necessidade de um “Estado mínimo”, o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um Estado mínimo para o social e máximo para o capital.

Em suma, a intervenção social do estado brasileiro tratou os direitos sociais como caso de política até a década de 1930, implantou as primeiras medidas de proteção a partir do governo Vargas, por pressão dos trabalhadores, restringiu e centralizou as medidas de proteção durante o governo militar, abriu-se às reivindicações populares no período de abertura política da década de 1980 por meio da constituinte e aprovou a constituição de 1988 na perspectiva dos direitos de cidadania, na contramão do movimento mundial que se direcionava para a doutrina neoliberal. Assim, mesmo com a instituição da Constituição Federal, o Brasil sofre as pressões internacionais do neoliberalismo, de enxugamento e “reforma do estado”. Com tais mudanças, haverá a repaginação também das políticas sociais. Se a partir do pós guerra houve um movimento mundial no sentido de ampliar recursos estatais para financiar a construção de um modelo de proteção social, processo que foi diferente no Brasil, uma vez que aqui não ocorre a construção do Estado de Bem-Estar Social, a partir do advento neoliberal defender-se-á a redução do financiamento das políticas sociais, terceirização da responsabilidade estatal e a focalização do atendimento apenas aos mais pobres dentre os pobres

#### 1.4 O DESENVOLVIMENTO E A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

As políticas sociais, são multifuncionais, se por um lado elas garantem a reprodução e, muitas vezes, a sobrevivência da classe trabalhadora, por outro elas

legitimam e garantem a ordem social no capital. Frente a isso, as políticas sociais são alvo de intervenção dos organismos multilaterais, sobretudo do Banco Mundial. Assim, faz-se necessário analisar o desenvolvimento e a construção das políticas sociais para compreender a importância delas para os representantes do capital e como as intervenções refletem na forma como elas são conduzidas.

A intervenção estatal em uma sociedade capitalista, conforme citado anteriormente, consiste em utilizar instrumentos disponíveis para legitimar e manter a produção e a reprodução social, preservando assim os elementos necessários para materialização das leis gerais e fundamentais do sistema capitalista. Para tal, o caráter da intervenção estatal na economia se consolida sob duas perspectivas: primeiro na compra de todo o necessário para evitar que a superprodução leve o sistema a crises cíclicas; segundo, baratear a força de trabalho, utilizando como instrumento as políticas e serviços sociais, para aumentar a exploração de mais-valia. Sendo assim, por um lado as políticas sociais são funcionais à acumulação capitalista, por outro lado “podem ser centrais na agenda de luta dos trabalhadores e no cotidiano de suas vidas, quando conseguem garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital.” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 38).

Embora no sistema capitalista o Estado posicionar-se-á ao lado e como instrumento da burguesia, seja por necessidade de manter a ordem social vigente, por estratégia, objetivos políticos ou ideologia de tal ou qual partido político, historicamente, diante da participação e da pressão da classe proletária, o Estado defrontou-se com a necessidade de fazer concessões materializadas na ampliação de direitos e no aumento do investimento em políticas sociais. Assim, o Estado também pode ser um espaço de disputas, ainda que limitado, de conquistas para a classe operária. Essas garantias ao mesmo tempo em que garantem melhor qualidade de vida aos trabalhadores e a reprodução dos trabalhadores, garantem também a legitimação do capital e garantem a elite burguesa a dominação do Estado através do discurso da garantia de direitos sociais. Por isso, cabe ressaltar, que as lutas por reformas e a defesa de políticas sociais, embora necessárias, não são suficientes para superação do sistema capitalista.

Não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas. Entretanto, a dinâmica das políticas sociais está longe de esgotar-se numa tensão bipolar – segmentos da sociedade

demandantes/Estado burguês no capitalismo monopolista. De fato, elas são resultantes extremamente complexas de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confrontos e conflitos. (NETTO, 2011, p. 33)

Posto isto, compreender-se-á que no capitalismo, sobretudo na fase dos monopólios, “a funcionalidade da política social é inequívoca”, tendo em vista que elas são instrumento para preservar e controlar a força de trabalho. (NETTO, 2011, p. 30) Além disso, as políticas sociais são instrumentos para oferecer ao Estado “massas de recursos que doutra forma estariam pulverizados (...) e para redistribuir pelo conjunto da sociedade os custos da exploração capitalista-monopolista da vida útil dos trabalhadores, desonerando seus únicos beneficiários, os monopolistas.” (Ibidem, p. 31). Neste contexto as políticas sociais serão definidas para atender as expressões da questão social de forma parcial, fragmentada, segmentada e categorizada. Ocorrerá o recorte das sequelas da questão social como “problemáticas particulares”, levando em conta apenas suas refrações, as quais são consideradas problemas naturais, causados por desvios individuais (Ibidem, p. 30).

Antes da construção das políticas sociais, a caridade e a filantropia promoviam atendimentos irrisórios a algumas das expressões da questão social. As legislações sociais resumiam-se em determinar a obrigatoriedade ao trabalho, punir e reprimir os trabalhadores. Em conjunto com o trabalho forçado garantia-se “auxílios mínimos (como alimentação) aos pobres reclusos nas workhouses (casas de trabalho).” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 49) A lei de Speenhamland, de 1795, “garantia assistência social a empregados ou desempregados que recebessem abaixo de determinado rendimento, e exigia como contrapartida a fixação do trabalhador”, proibindo sua mobilidade. (Idem, Ibidem) Embora exista a imposição de condicionalidades, essa lei “permitia ao trabalhador minimamente negociar o valor da sua força de trabalho, impondo limites (ainda que restritos) ao mercado de trabalho competitivo que se estabelecia.” (idem, Ibidem).

Ainda que de forma pontual e irrisória, essas legislações foram as primeiras iniciativas no voltadas a algum tipo de proteção ao trabalhador. Entretanto, no sentido do retrocesso, a Nova lei dos pobres de 1834, restabelece a obrigatoriedade ao trabalho e extingue a proteção social ainda que mínima, restritiva e punitiva, garantida nas legislações anteriores. Assim atende-se as necessidades do

capital, disponibilizando a mão de obra necessária a baixos salários, punindo aqueles que não se enquadram às regras necessárias a expansão do mercado.

Se as legislações pré-capitalistas eram punitivas, restritivas e agiam na intersecção da assistência social e do trabalho forçado, o “abandono” dessas tímidas e repressivas medidas de proteção no auge da Revolução Industrial lança os pobres à “servidão da liberdade sem proteção”, no contexto de plena subsunção do trabalho ao capital, provocando o pauperismo como fenômeno mais aguda decorrente da chamada questão social. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 51)

O final do século XIX é o “período em que o Estado passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade.” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 51) Esse processo é resultado, principalmente da organização da classe trabalhadora que estava em um período de intensas mobilizações. Um dos principais marcos para construção de um sistema de proteção social é a instituição do seguro social público regulamentado em 1883 por Otto Von Bismarck. Tratava-se de um seguro contributivo, voltado apenas a uma parcela dos trabalhadores e seu objetivo principal era “desmobilizar as lutas” (ibdem, p. 65).

O liberalismo clássico e seus pensamentos, pautados sobretudo em Adam Smith e David Ricardo, vai determinar a organização social e econômica até meados da década de 30. Sob essa perspectiva considerar-se-á que o Estado deve intervir apenas no sentido de instituir as bases legais necessárias para garantir a liberdade ao mercado e a proteção, principalmente, da propriedade privada. O Estado não deve de forma alguma se envolver com a regulação do mercado, tendo em vista que este se regula sozinho, através de leis próprias determinadas pela oferta e demanda. Neste contexto, ressalta-se que todos os indivíduos são iguais e livres, sendo assim ele é o responsável por não conseguir ascender social e economicamente. A miséria, então, é algo natural, resultante da falta de esforço e força de vontade individual. Se a miséria é natural e resultante de questões individuais, o Estado não deve despender esforços para combatê-la, nem para combater suas mazelas.

As autoras Behring e Boschetti vão pontuar algumas características próprias do liberalismo as quais refletem na construção das políticas sociais do período: a) predomínio do individualismo; b) o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo; c) predomínio da liberdade e competitividade; d) Naturalização da

miséria; e) Predomínio da lei da necessidade (“as necessidades humanas básicas não devem ser totalmente satisfeitas, pois sua manutenção é um instrumento eficaz de controle do crescimento populacional”); f) Manutenção de um Estado Mínimo; g) as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício; h) a política social deve ser um paliativo (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 62).

Com a Revolução Russa, em 1917, há o fortalecimento das organizações proletárias, tendo em vista que se concretiza o Estado proletário, o que significou uma conquista para os trabalhadores e um “duro golpe contra o imperialismo”. (BRAZ E NETTO, 2011, p. 203) A partir desse marco histórico aumentam-se os riscos dos trabalhadores dos demais países seguirem o exemplo dos trabalhadores russos, uma vez que, agora, existe um exemplo material para fomentar a revolução. Percebe-se que combater a classe trabalhadora apenas com repressão é ineficaz, faz-se necessário que o Estado absorva algumas demandas dessa classe, minimizando os impactos da contradição entre o capital e o trabalho, mas sem alterar as bases do capitalismo.

Além da crescente organização do proletariado, com a crise de 1929, os dirigentes das burguesias dos países imperialistas percebem a necessidade de “ensaiar alternativas político-econômicas, que na fase seguinte, a dos “anos dourados, seriam implementadas pelas principais potências imperialistas.” (Ibidem, p. 202)

Registramos que o Estado burguês sempre interveio na dinâmica econômica, garantindo as condições externas para a produção e a acumulação capitalistas; mas a crise de 1929 revelou que novas modalidades interventivas tornavam-se necessárias: fazia-se imperativa uma intervenção que envolvesse as condições gerais da produção e da acumulação. Essa era uma exigência estritamente econômica; mas o contexto sociopolítico que ela se punha condicionou largamente a modalidade em que foi implementada. (BRAZ E NETTO, 2011, p. 203)

Pós Segunda Guerra Mundial, abre-se uma fissura entre uma parte do mundo denominada “socialista” e a outra parte capitalista. Neutralizar o risco da expansão comunista torna-se, sobretudo neste período, a pauta essencial das burguesias e dos Estados capitalistas, ou seja, há um movimento de contrarrevolução preventiva e para tal são necessárias medidas inéditas. Embora algumas medidas sejam inéditas, cabe ressaltar que não houve um rompimento com o período anterior, pelo contrário, há “uma relação de continuidade entre Estado liberal e Estado social.” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 63) Neste sentido, o Estado vai abrandar “seus

princípios liberais” e incorporar “orientações social-democratas(...) assumindo um caráter mais social, com investimento em políticas sociais.” (Idem, *Ibidem*).

Ainda antes do final da Segunda Guerra, quarenta e cinco países se reuniram nas negociações de Bretton Woods, entretanto apenas duas grandes potências lideraram os acordos e decisões que iriam mudar a configuração e a arquitetura da economia mundial, os Estados Unidos e Reino Unido. John Maynard Keynes, representante do governo britânico nas negociações, apresentou propostas divididas em três pontos fundamentais apresentadas por Pereira, 2010:

Primeiro, a constituição de um marco mundial de cooperação monetária e financeira orientado para a promoção do equilíbrio e do crescimento econômico, em cujo epicentro estaria a criação da União Internacional de Compensações (International Clearing Union), uma espécie de banco central internacional com poder para emitir uma nova moeda de reserva mundial (o bancor) em substituição ao ouro, mas a ele conversível. (...) Segundo ponto, a criação de um fundo originalmente concebido apenas para a reconstrução dos países atingidos pela guerra, mas depois ampliado para promoção do desenvolvimento internacional, financiado pelos recursos da União Internacional de Compensações. Terceiro ponto, a criação da Organização Internacional de Comércio (International Trade Organization), dotada de amplos poderes para evitar a adoção de medidas protecionistas unilaterais e a flutuação dos preços das matérias primas mediante acordos comerciais, gestão de reservas e intervenção nos mercados. (PEREIRA, 2010, p. 99-100)

Segundo Pereira, 2010, as propostas de Keynes foram descartadas pelos EUA, entretanto os acordos e as negociações entre os países foram o ponto de partida para criação do Fundo Monetário Internacional – FMI, do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD e, por fim, da Organização Mundial do Comércio - OMC que sucedeu o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (Gatt). O BIRD, que hoje é uma das mais importantes instituições do Grupo Banco Mundial – GBM, foi construído com o objetivo inicial de financiar a reconstrução dos países afetados pela guerra para que esses se reestruturassem como economias capitalistas.

O financiamento da reconstrução dos países atingidos pela guerra faz parte de um conjunto de medidas direcionadas para neutralizar a expansão comunista e aumentar as taxas de lucro. Para além de tal medida, inicia-se um período de ampliação dos investimentos em políticas sociais e dos gastos sociais. Grande parte desses países constrói ou amplia o sistema de proteção social, garantindo aos trabalhadores melhor qualidade de vida e maior poder de consumo. A implementação dessas medidas é viabilizada por motivos distintos, em primeiro lugar, grande parte da força produtiva é aniquilada com a guerra. Com a redução da classe trabalhadora

há mais postos de trabalho vagos, possibilitando a consolidação da política de pleno emprego. Além disso, era necessário criar novas estratégias para superar e minimizar os impactos das consecutivas crises próprias do modo de produção capitalistas e restabelecer ou ampliar as taxas de lucro.

Também é importante ressaltar a organização dos trabalhadores, tendo em vista que a União Soviética saiu vitoriosa da Segunda Guerra Mundial, passando assim a “desfrutar de grande prestígio e poder, agora não mais isolada, mas cercada por um conjunto de países que (...) romperam com o capitalismo e se dispunham à experiência socialista.” (BRAZ E NETTO, 2011, p. 206) Ademais, nos países onde as ditaduras fascistas se prolongaram “o movimento operário e sindical e os partidos ligados aos trabalhadores conquistaram enorme legitimidade, impondo limites e restrições efetivos aos monopólios.” (Ibidem, p. 206). Esses processos fazem com que o Estado e a burguesia precisem responder às demandas da classe trabalhadora, afastando o ideário revolucionário.

Este período de construção do Estado Social, entre os anos de 1945 a 1975, foi um período único, posto que os impactos das crises cíclicas inerentes ao capitalismo “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.” (Ibidem, p. 205). Essa conjuntura é possibilitada pela associação dos preceitos Keynesianos e fordistas. Keynes apresenta uma série de medidas para minimizar os impactos dos desequilíbrios econômicos causados pela dificuldade na conversão de capital mercantil incrementado em capital monetário incrementado, ou seja, no fenômeno determinado por Marx como superprodução.

Dentre tais medidas ressalta-se a necessidade de manter alta a taxa de consumo, para isso é necessário considerar que a renda pode ser gasta com consumo e poupança, sendo assim “quem tem uma renda muito pequena volta-se totalmente ao consumo, acontecendo o contrário com as camadas de maior renda” (NOVELO, 2002 p. 57). Diante disso apontar-se-á a importância da distribuição de renda e da ampliação do crédito ao consumidor, fortalecendo assim a tendência ao subconsumo das massas. Outro fator apresentado que interfere diretamente no consumo é a oferta e ampliação de serviços públicos e sociais, assim a população pode empregar sua renda em outros consumos (Ibidem, p. 58). Entretanto, essa intervenção estatal no sentido de garantir serviços sociais básicos “desonera o capital

de boa parte dos ônus da preservação da força de trabalho, financiados agora pelos tributos recolhidos da massa da população” (BRAZ E NETTO, 2011, p. 215).

Frente a importância do consumo, para Keynes a inexistência do pleno emprego e a desigualdade social apresentam-se como importantes questões a serem resolvidas. Para tais problemas o autor ressalta algumas soluções: é necessário gerar empregos via serviços públicos e privados, a estimular a igualdade social por meio das mudanças na tributação e na promoção de serviços públicos e políticas sociais e ampliar o crédito destinado ao consumo.

A política keynesiana, portanto, a partir da criação do Estado, de elevar demanda global, antes de evitar a crise, vai amortecê-la através de alguns mecanismos que seriam impensáveis pela burguesia liberal stricto sensu. São eles: Planificação indicativa da economia, na perspectiva de evitar os riscos das amplas flutuações periódicas; a intervenção na relação capital/trabalho através da política salarial e do “controle de preços”; a distribuição de subsídios; a política fiscal; a oferta de créditos combinada a uma política de juro; e as políticas sociais. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 85 e 86)

As políticas desenhadas por Keynes não reafirmam os preceitos do liberalismo tradicional (*laissez-faire*) que definiam a organização econômica e política até os anos que antecederam a Segunda Guerra, entretanto, também não apresentam “qualquer solução efetiva para nenhuma das contradições imanentes ao MPC<sup>17</sup>.” (BRAZ e NETTO, 2011, p. 213). Além da construção de um sistema de cooperação entre as economias mundiais, as políticas baseadas em Keynes são direcionadas à necessidade da intervenção estatal na economia e no mercado, a fim de evitar ou amortecer crises ocasionadas pela insuficiência de demanda efetiva.

Às políticas keynesianas associa-se o modelo de produção fordista, que objetiva o consumo e a produção em massa. Para alcançar essas metas é necessário aumentar o poder de consumo dos trabalhadores aumentando os salários e, ao mesmo tempo, incrementar as tecnologias com as linhas de produção, ampliando assim, a extração da mais-valia. A combinação entre consumo e produção em massa exigia não só mudanças na produção industrial, mas também o “controle sobre o modo de vida e de consumo dos trabalhadores.” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p.87).

---

<sup>17</sup> Modo de produção capitalista.

Ao Keynesianismo agregou-se o pacto fordista – da produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho. O fordismo, então, foi bem mais que uma mudança técnica, com a introdução da linha de montagem e da eletricidade: foi também uma forma de regulação das relações sociais, em condições políticas determinadas (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 86).

O período de 1945 à 1975 caracteriza-se então pelas mudanças na produção, pela ampliação dos gastos públicos com a reprodução da força de trabalho, ocasionando uma melhor qualidade de vida aos trabalhadores que se deparam com melhores salários, pelo maior poder de consumo e pela construção um modelo de proteção social garantidor de direitos. Por outro lado, a intervenção estatal a partir de tal período desresponsabiliza o capital pelos custos da reprodução da força de trabalho, possibilitando o aumento da taxa de extração de mais-valia e, como consequência, o aumento das taxas de lucro. Resumidamente “anunciava-se um capitalismo sem contradições, apenas conflitivo – mas no quadro de conflitos que seriam resolvidos à base do consenso (...).” (BRAZ E NETTO, 2011, p. 222).

As altas taxas de lucro do pós-guerra não se sustentam por muito tempo, visto que esse período não passa de uma longa onda de expansão capitalista e conforme BRAZ e NETTO (2011) “a crise é constitutiva do capitalismo: não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise”, então em meados da década de 70, observa-se o declínio das taxas de lucro e em consequência o fim deste período expansivo, o qual é substituído “por uma onda longa recessiva: a partir daí até os dias atuais, inverte-se o diagrama da dinâmica capitalista: agora as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas.” (Ibidem, p. 224).

Cabe trazer um trecho do livro do autor Evilasio Salvador (2010), o qual aborda as causas dessa crise da década de 70, a qual resultou na derrocada das políticas sociais e econômicas adotadas no período anterior.

A crise é resultado de um conjunto complexo de elementos, não podendo ser reduzida a uma única causa como a superprodução ou o subconsumo. Mandel (1990) destaca a queda tendencial na taxa de lucros e o aumento da composição orgânica do capital como intensificação de uma crise com múltiplas dimensões. A busca pela expansão global de mercados aumenta a concorrência capitalista, acentuando a redução nos preços, e, portanto no valor das mercadorias, obrigando a intensificação da extração de mais-valia, que tem certos limites em função da redução do quantitativo dos trabalhadores na produção. O baixo retorno dos investimentos produtivos, ou seja, a queda na rentabilidade, leva a uma fuga do capital do setor produtivo para a esfera financeira, agindo de forma especulativa. (SALVADOR, 2010, p. 93)

Diante da crise econômica, o Estado, em conjunto com a burguesia, se vê novamente frente a necessidade de repensar as bases da organização econômica para retomar o crescimento das taxas de lucro. Se retoma, então, o modelo liberal que predominava até os anos 30, entretanto com uma nova roupagem. Agora defender-se-á um “Estado mínimo, normativo e administrador, que não interfira no funcionamento do mercado (...)” (NOVELO, 2002, p. 67-68). Embora seja uma crise sistêmica, de superprodução, causada por diversos fatores, “do ponto de vista neoconservador, a crise é interpretada pela politização do mercado” e por isso o Estado deve ter uma participação mínima na regulação desse setor, sendo reduzido ao papel de “árbitro neutro.” (TETELBOIN, 2002, p. 188). Entretanto, “ao proclamar a necessidade de um “Estado mínimo”, o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital.” (BRAZ E NETTO, 2011, p. 237).

O neoliberalismo trata-se de um conjunto de ideias conservadoras, retrógradas, mas funcionais ao grande capital a partir desse momento e, por isso, tais ideias serão disseminadas, defendendo a supressão de direitos sociais, de políticas sociais e serviços sociais, sob a justificativa de enxugamento do Estado. Retoma-se fortemente a naturalização da pobreza, uma vez que todos são livres e iguais e, por isso, cada um é responsável pelo seu sucesso ou fracasso.

O que se pode denominar ideologia neoliberal compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na idéia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de mercado). Vulgarizando as formulações de Hayek, a ideologia neoliberal, maciçamente generalizada pelos meios de comunicação social a partir dos anos oitenta do século passado, conformou uma espécie de senso comum entre os serviços do capital (entre os quais se contam engenheiros, economistas, administradores, gerentes, jornalistas etc.) e mesmo entre os significativos setores da população dos países periféricos. (BRAZ E NETTO, 2011, p. 236)

Nestes termos, devido às altas taxas de lucro, no período anterior era aceitável que os gastos com políticas e serviços sociais fossem absorvidos pelo Estado, ainda que resultassem no aumento da carga tributária. Contudo, frente ao processo mundial de queda das taxas de lucro, considerar-se-á inaceitável altas taxas tributárias para arcar com os custos dessas políticas e serviços. Neste contexto neoliberal, “as possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-

se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio (...) a privatização, a focalização e a descentralização.” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 156).

Assim, despreza-se a importância da intervenção estatal, sobretudo das políticas sociais, para o equilíbrio econômico. Tais políticas devem ser oferecidas pelo mercado, pois presume-se que “o mercado é o melhor mecanismo dos recursos econômicos e da satisfação das necessidades dos indivíduos.” (LAURELL, 2002, p. 161). Nesse contexto o intervencionismo estatal é considerado “antieconômico e antiprodutivo” uma vez que “desestimula o capital a investir e os trabalhadores a trabalhar.” (LAURELL, 2002, p. 162)

No âmago do projeto neoliberal repousa a tentativa de se impor um novo padrão de acumulação, com o intuito de desencadear uma nova etapa de expansão capitalista que, dentre outras coisas, implicaria um novo ciclo de concentração de capital nas mãos do grande capital internacional. A condição política para o êxito desse projeto é a derrota, ou pelo menos o enfraquecimento, das classes trabalhadoras e das suas organizações reivindicatórias e partidárias. Neste contexto, torna-se primordial destruir as instituições de bem-estar social, por constituírem uma das bases da ação coletiva e solidária que diminuem a força desagregadora da competição entre os indivíduos o mercado de trabalho. A essa necessidade política acrescenta-se o objetivo econômico de destruir as instituições públicas para estender os investimentos privados a todas as atividades econômicas rentáveis. (LAURELL, 2002, p. 164)

Além das características apresentadas por Laurell (enfraquecimento da classe trabalhadora, da redução do Estado, destruição das instituições de Bem Estar Social), nessa nova organização econômica, há uma “acentuação da esfera financeira no processo de acumulação capitalista”, bem como um aprofundamento da globalização financeira (SALVADOR, 2010, p. 108). Nesse contexto, há uma intensificação da mundialização do capital, combinada com a sua financeirização. Essa complexa dinâmica econômica entre os países em desenvolvimento e os imperialistas, revela uma relação de subordinação e dependência de uns pelos outros.

Os mecanismos internacionais comandam a regulação e o desempenho do regime de acumulação mundial. Entretanto, a economia mundial é “fortemente hierarquizada e articulada do ponto de vista econômico e político, ou seja, desigual e combinada” (BEHRING, 2008, p. 72). Em vista disso, os países em desenvolvimento subordinam-se as orientações dos países imperialistas a fim de fortalecer as relações comerciais e financeiras, neste processo a configuração das políticas sociais é reflexo de tais relações, como veremos no próximo capítulo.

## CAPÍTULO 2

### A POLÍTICA DE SAÚDE E AS INFLUÊNCIAS DO BANCO MUNDIAL

Este capítulo apresenta como discussão principal as propostas dos Organismos Multilaterais à Política de Saúde brasileira. Desde a década de 70, quando o Banco Mundial começa a demonstrar certa preocupação com a “superação da pobreza” e, sob essa justificativa, começa a interferir nas políticas sociais de forma acentuada, dentre elas a saúde, parte significativa dos documentos publicados pelo Banco Mundial trazem recomendações de ajustes para esta política. O Banco se apropria de dados economicistas para justificar a necessidade de ajustes nas políticas sociais brasileiras, dentre elas a política de saúde, sob a alegação, sobretudo, da “eficiência”. A partir dos anos 90 essas recomendações vão na contramão das normativas constitucionais e acompanham a agenda neoliberal, no sentido do desmonte, da precarização e da privatização.

As análises desse capítulo se dão por meio de uma pesquisa documental que tem como principais fontes os seguintes documentos:

- Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1990;
- Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1991;
- Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1995;
- Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1997;
- A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90 (1995);
- Relatório Anual do Banco Mundial para o Desenvolvimento da Saúde (2003);
- Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos (2007);
- 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma análise do Sistema Único de Saúde (2013);
- Um Ajuste Justo: Análise da Eficiência e Gasto Público no Brasil (2017);
- Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro (2018).

Assim, neste capítulo será realizada a análise das recomendações do Banco Mundial para as políticas sociais, com foco na política de saúde e como elas influenciam as políticas sociais brasileiras. Ademais, este capítulo apresenta uma análise da construção do Banco Mundial, sua função para legitimação dos interesses do capital, uma análise das alterações nas políticas sociais brasileiras em geral e, por fim, em como as recomendações do Banco Mundial se materializa na política de saúde do Estado do Paraná, colocando em cheque a primazia do Estado na oferta dos serviços de saúde.

## 2.1 AS DETERMINAÇÕES DO BANCO MUNDIAL E AS CONTRARREFORMAS

A ampliação das relações comerciais e econômicas entre as diferentes regiões do planeta foi o ponto inicial para a construção de um mercado mundial. Para expansão e valorização do capital é necessário que não existam fronteiras para tais relações, sendo assim “é traço constitutivo do capitalismo a sua mundialização.” (BRAZ E NETTO, 2011, p. 196). Frente a mundialização do capital são construídos e fortalecidos mecanismos internacionais que consolidam “a vinculação de nações e Estados de todo o planeta, estabelecendo um fluxo de conexões” que acabam por configurar uma economia de interdependência (Ibidem, p. 197).

Nos anos que sucederam a Segunda Guerra Mundial, ocorre a consolidação de algumas instituições financeiras internacionais com o objetivo de conter a propaganda comunista, expandir o comércio internacional e dinamizar as relações entre os países centrais e periféricos. Essas instituições representam os interesses do capital e da burguesia, são utilizadas como instrumentos para recomendar e disseminar ideologicamente aos países periféricos ajustes estruturais benéficos à elite burguesa, ou seja, à ampliação e concentração do capital.

A política conduzida por essas “elites orgânicas”, notadamente a partir dos anos setenta do último século, passou a operar-se também através de instituições, agências e entidades de caráter supranacional – como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e organismos vinculados à Organização das Nações Unidas. Assim, além dos seus dispositivos próprios, o grande capital vem instrumentalizando diretamente a ação desses órgãos para implementar as estratégias que lhe são adequadas. O poder de pressão dessas instituições sobre os Estados capitalistas mais débeis é enorme e lhes permite impor desde a orientação macroeconômica, frequentemente direcionada aos chamados “ajustes estruturais”, até providências e medidas de menor abrangência. (BRAZ E NETTO, 2011, p. 235)

Dentre esses organismos internacionais, encontra-se o Banco Mundial, formado pelo Banco Internacional de Desenvolvimento – BIRD e pela Associação Internacional de Desenvolvimento – AID. A função básica do BIRD é “prover empréstimos e garantias financeiras aos países-membros elegíveis para tal, bem como serviços não financeiros de análise e assessoramento técnico.” (PEREIRA, 2010, p. 40). A AID foi criada para conceder empréstimos aos países que não eram elegíveis para contrair empréstimos junto ao BIRD.

Foi criada em 1960 para conceder créditos de longo prazo (de 30 a 40 anos, sendo dez de carência) com taxa de juros muito baixa ou nula para governos e instituições públicas de países pobres que, por seu nível de renda, não tinham acesso aos mercados de capitais nem eram elegíveis aos financiamentos do Bird. (PEREIRA, 2010, p. 53)

Conforme os dados do site oficial do Banco Mundial, o Brasil está entre os países elegíveis aos empréstimos do BIRD e não está entre os elegíveis da AID.

O Banco Mundial é parceiro do Brasil há mais de 60 anos, e já apoiou o Governo brasileiro, estados e municípios em mais de 430 financiamentos, doações e garantias, que somam quase US\$ 50 bilhões. Anualmente, são realizados em média US\$ 3 bilhões em novos financiamentos, em áreas como gestão pública, infraestrutura, desenvolvimento urbano, educação, saúde e meio ambiente. (NAÇÕES UNIDAS, 2019)

De acordo com informações do site oficial do Banco Mundial<sup>18</sup>, o poder de voto nas instituições do grupo é definido de acordo com número de ações que cada país membro possui. Desde a criação do BIRD e da AID o poder de decisão é essencialmente centralizado nas mãos dos países mais ricos do mundo, sobretudo dos Estados Unidos, ou seja, “a desigualdade de poder político e riqueza que caracteriza o sistema internacional se reflete no Banco Mundial, modelando sua estrutura de tomada de decisão.” (PEREIRA, 2010, p. 77). Conforme dados do ano de 2020<sup>19</sup>, dos 189 países membros, os seis com maior poder de voto são: Estados Unidos com 15,78%, seguido pelo Japão com 7,66%, China com 4,72%, Alemanha com 4,20%, França com 3,89% e Reino Unido também com 3,89%. Somente esses seis países somam 40,14% do total de votos no BIRD. Esses países votam individualmente, os demais se reúnem em blocos para fortalecerem sua participação, entretanto, os países que escolhem se associar com outros sofrem uma perda de autonomia.

Os que optam pela agregação a utilizam para aumentar a participação relativa no total de votos e/ou influência sobre os Estados que integram o grupo. Como contrapartida, no entanto, sofrem uma perda relativa de autonomia decisória, uma vez que cada membro fica obrigado a partilhar decisões e

---

<sup>18</sup> Dados disponíveis no site oficial do Banco Mundial, pelo link <<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/158691541106479537-0330022021/original/IDAEDsVotingTable.pdf>>. Acesso em 20 de out. 2020.

<sup>19</sup> Dados disponíveis no site oficial do Banco Mundial, pelo link <<https://www.bancomundial.org/es/about/leadership/directors>>. Acesso em 20 de out. 2020.

aceitar, em graus variados, certa rotatividade na indicação pra o posto de diretor executivo. (PEREIRA, 2010, p. 87)

Na AID, os Estados Unidos, o Japão, o Reino Unido, a Alemanha a França e a China, assim como no BIRD, são os únicos países com diretores eleitos individualmente, os demais são eleitos por conglomerados de países. Entretanto, nessa instituição, a China não está entre os 06 países com maior poder de voto. Na AID os Estados Unidos, assim como na primeira instituição, é o país com maior poder de voto com 10,19%, o Japão está em segundo lugar com 8,38%, seguido pelo Reino Unido com 6,69%, Alemanha com 5,37%, França com 3,80%, Arábia Saudita com 3,31%, Índia com 2,90%, Canadá com 2,67% e em nono lugar a China com 2,29% (BANCO MUNDIAL, 2020).

Além da liderança absoluta no poder de votos do Banco Mundial, todos os eleitos à presidência da instituição são cidadãos estadunidenses. O presidente Jim Yong Kim que assumiu o cargo em 2012, foi o único presidente que nasceu na Coreia do Sul, entretanto aos 05 anos de idade foi morar nos Estados Unidos e construiu a sua vida e sua carreira no país (BANCO MUNDIAL, 2020). Essas particularidades evidenciam a hegemonia dos Estados Unidos na liderança e direcionamento de todos os aspectos do Banco Mundial.

(...) em linhas gerais, o monopólio sobre o direito de veto, o poder de voto muito superior ao dos demais membros e a prerrogativa para indicar o presidente da organização não são mais do que expressões formais da influência estrutural e modeladora dos Estados Unidos sobre todos os aspectos do Banco: desde sua orientação política geral, passando por sua estrutura organizacional e sua forma de concessão de empréstimos, até a formação intelectual do seu pessoal. (PEREIRA, 2010, p. 92)

Nestes termos, além do poder econômico, cabe ressaltar que o poder do Banco Mundial também se concentra na influência e na disseminação de ideias que estejam de acordo com as determinações políticas e econômicas estadunidenses. Economicamente, “mediante um gasto extraordinariamente baixo para o Tesouro a atuação do Banco gera benefícios econômicos consideráveis para os EUA.” (PEREIRA, 2010, p. 322). O Banco então tem um papel fundamental para os EUA em diferentes aspectos, é um importante instrumento para disseminação ideológica, submetendo os países às suas recomendações devido ao endividamento e, ao mesmo tempo, propicia altos ganhos financeiros com o recebimento dos juros e com

o financiamento de projetos que lhes permitam inserir suas empresas nos países receptores.

É importante ressaltar que as relações econômicas globais no capitalismo contemporâneo são desiguais e hierarquizadas, assim os países mais pobres são os que mais precisam de empréstimos do Banco e por consequência da dependência econômica, são os países que precisam cumprir com as recomendações determinadas pelo Banco Mundial. De acordo com Pereira (2018) o Banco Mundial nada prescreve aos países mais ricos e com maior gravitação dentro da instituição, entretanto, a relação do Banco com os países clientes não é apenas impositiva, é uma relação de via de mão dupla. Conforme Pereira (2018) existem quatro aspectos importante a serem considerados para compreender tal relação,

(...) os Estados nacionais não são entidades homogêneas, oniscientes e à parte das sociedades, mas sim estruturas de poder por meio das quais se institucionalizam, num determinado território, relações entre agentes econômicos, políticos e sociais desiguais em poder, riqueza e prestígio. Significa dizer que a relação do Banco com os Estados envolve e implica também os grupos e as classes sociais, pois é da disputa e dos acordos de poder entre eles que se dá a política estatal. Disso decorre o segundo aspecto, que tem a ver com o fato de que a relação do Banco com os Estados não se limita ao governo e às agências estatais, mas envolve também organizações da sociedade civil e corporações privadas. Em terceiro lugar, é preciso ter em conta que os Estados dispõem de condições muito assimétricas de negociação, dependendo do tamanho de suas economias e do seu grau de dependência externa. Por exemplo, países pobres altamente endividados dependem avidamente de financiamento externo e dispõem de condições de barganha absolutamente distintas de países como China e Brasil, que contam com grandes volumes de reservas internacionais e bancos nacionais de desenvolvimento com carteiras muito maiores que a do Banco Mundial. Por fim, não se pode esquecer que o Banco é um ator social em meio a uma extensa rede de relações de agentes públicos, privados, não governamentais, filantrópicos, empresariais e financeiros que disputam os rumos, os meios e os significados do desenvolvimento, em escala nacional e global. (PEREIRA, 2018, p. 2190)

O Banco constrói sua autoimagem como uma instituição neutra e meramente técnica, todavia ele é um agente político, financeiro e intelectual, e utiliza seu poder e influência para institucionalizar “agendas políticas globais a serem assumidas pelos Estados clientes.” (Ibidem, p. 2189). Esses Estados clientes, por vezes, utilizam “as recomendações ou condicionalidades do Banco para respaldar a implantação de reformas impopulares” (Ibidem, p. 2190). Assim, as recomendações do Banco são adotadas de diferentes formas pelo diferentes Estados e pelos diferentes níveis de governo, e a “eficácia das ações do Banco necessita da

combinação de coerção com persuasão por meio da qual se constroem, *por fora e por dentro* dos espaços nacionais.” (Ibidem, p. 2190).

Analisando historicamente a trajetória do Banco, até a década de 60 os financiamentos do BIRD serão destinados apenas à “promoção da modernização econômica” (PEREIRA, 2010, p. 137). A partir dos anos 60 há o aumento agressivo dos empréstimos, principalmente aos países de renda média e baixa, e a diversificação dos financiamentos. Os empréstimos passam a financiar diversos setores, inclusive as políticas sociais. O endividamento dos países periféricos é mais uma forma dos países centrais imporem a esses países os ajustes estruturais necessários e benéficos ao capital imperialista.

Conforme Pereira (2010), no início dos anos 80, frente a crise econômica e ao alto endividamento dos países periféricos, principalmente do México, as organizações financeiras internacionais se reúnem para arquitetar estratégias para o pagamento das dívidas. Como solução, definir-se-á necessário promover “ajustes internos voltados para a reorientação da produção para bens exportáveis, por meio da redução e do redirecionamento do gasto público” (PEREIRA, 2010, p. 249). Neste sentido, há a operacionalização de ajustes estruturais que estavam em curso, garantindo assim que os países devedores se enquadrem na política econômica imperialista, cumprindo as “exigências dos credores internacionais” (Ibidem, p. 249).

Diante deste cenário, no final da década de 80, as instituições financeiras dos países imperialistas, em conjunto com o FMI e Banco Mundial, traçam uma doutrina denominada “Consenso de Washington”<sup>20</sup>. As propostas direcionavam-se no sentido da “liberalização financeira para um ajuste estrutural rumo à economia de mercado.” (Salvador, 2010). Coloca-se em dúvida a capacidade do Estado em administrar e formular as políticas macroeconômicas e induzem o pensamento de que a solução é transferir tais responsabilidades aos organismos internacionais. As medidas estabelecidas foram:

---

<sup>20</sup> Conforme Baptista (1994), o Consenso de Washington é a denominação do conjunto das conclusões de uma reunião que aconteceu em Washington D.C. no ano de 1989, nessa reunião estavam presentes funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais - FMI, Banco Mundial e BID - especializados em assuntos latino-americanos e diversos economistas latino-americanos. O objetivo do encontro era proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da América-latina. O Consenso de Washington registra a mensagem neoliberal que já vinha sendo transmitida, assim não se tratou “de formulações novas, mas simplesmente de registrar, com aprovação, o grau de efetivação das políticas já recomendadas, em diferentes momentos, por diferentes agências. Um consenso que se estendeu, naturalmente, à conveniência de se prosseguir, sem esmorecimento, no caminho aberto.” (BATISTA, 1994, p. 6)

a) disciplina fiscal visando eliminar o déficit público; b) mudança das prioridades em relação às despesas públicas, eliminando subsídios e aumentando gastos com saúde e educação; c) reforma tributária, aumentando os impostos se isto for inevitável, mas “a base tributária deveria ser ampla e as taxas marginais deveriam ser moderadas”; d) as taxas de juros deveriam ser determinadas pelo mercado e positivas; e) a taxa de câmbio deveria ser também determinada pelo mercado, garantindo-se ao mesmo tempo em que fosse competitiva; f) o comércio deveria ser liberalizado e orientado para o exterior (não se atribui prioridade à liberalização dos fluxos de capitais); g) os investimentos diretos não deveriam sofrer restrições; h) as empresas públicas deveriam ser privatizadas; i) as atividades econômicas deveriam ser desreguladas; j) o direito de propriedade deve ser tornado mais seguro. (Williamson, 1990 apud Bresser-Pereira, 1991)

Constata-se que o consenso aponta para a necessidade de contrarreformas tributárias, ajuste fiscal, abertura irrestrita ao capital internacional, redução do Estado, privatização em larga escala e desregulamentação da economia. As determinações do Consenso de Washington provocam mudanças significativas no contexto mundial, modificam “a configuração da propriedade e da riqueza, redefinindo o peso econômico e político dos atores sociais e impulsionando novas articulações entre burguesias locais e as forças mais dinâmicas da globalização financeira.” (PEREIRA, 2010, p. 278). Consolida-se um novo bloco de poder em detrimento do capital industrial que comandava o desenvolvimento até então, tendo em vista que a partir de agora privilegia-se “os setores econômicos exportadores”, aumenta-se “o grau de mercantilização da vida social” e ataca-se “os direitos sociais e o mundo do trabalho” (Ibidem, p. 278).

O “capital financeiro transnacionalizado” passa a ocupar o lugar de poder da burguesia industrial, assumindo assim, “o projeto de modernização”, o qual trata-se da retomada dos princípios clássicos do liberalismo com apenas a atualização de algumas expressões políticas (TETELBOIN, 2002, p. 188). Esse projeto modernizador defende, principalmente, a privatização e a redução estatal, o que significa a entrega dos bens, sobretudo dos países periféricos, ao mercado internacional. Neste processo, os Estados Nacionais perdem suas riquezas e, como agravante, ressalta-se o alto endividamento desses países, fatores que apontam para a submissão política e econômica dos países à política, à dinâmica e às necessidades do capital internacional.

Em continuidade as discussões que vinham se apresentando no cenário internacional, o Banco Mundial publica o Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1990. O primeiro Relatório de Desenvolvimento Mundial, de acordo com

Pereira (2010) foi publicado em 1978, e desde então é a principal publicação anual da instituição. Os Relatórios seguem a dinâmica econômica mundial e seus temas vão mudando com o passar do tempo de acordo com as necessidades do capital, apresentando dados, números, teses, todo material teórico necessário para defender políticas de ajustamentos estruturais, ocupando, assim, um papel central de liderança política e intelectual. O tema central do relatório de 1990 é a pobreza.

O presente relatório trata da pobreza no mundo em desenvolvimento-ou seja, trata dos pobres mais pobres do mundo. Busca, em primeiro lugar, medir qualitativa e quantitativamente a pobreza. Tenta, a seguir, aprender com a experiência de países que conseguiram reduzir a pobreza. E se encerra com uma pergunta que é também um desafio: quanto seria possível fazer, caso os governos de países pobres e de países ricos se dedicassem a combater a pobreza, nesta última década do século XX? (BANCO MUNDIAL, 1990, p. 1)

Embora aparentemente o relatório apresente uma preocupação com a superação ou minimização da pobreza, conforme Pereira (2010), às soluções apresentadas ao problema são intervenções focalizadas e compensatórias, desconsiderando a importância da política social na sociedade capitalista. Acrescenta-se ainda que o combate à pobreza está ligado ao desenvolvimento econômico e, para tal desenvolvimento, faz-se necessário a implementação dos ajustes estruturais propostos pelos organismos internacionais e funcionais ao capital. Assim, para a solução à pobreza, o RDM 1990 prescreve “um conjunto de políticas direcionadas à liberalização das economias nacionais e à intensificação da exploração da força de trabalho.” (PEREIRA, 2010, p. 280).

O Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1991 - RDM 1991, tem como tema central o desenvolvimento e para discussão desse tema ressalta-se a importância da interação entre governos e mercados. Considera-se que o mercado é o melhor meio para “organizar eficientemente a produção e a distribuição de bens e serviços.” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 1), entretanto observa-se que o mercado não sobrevive sem o Estado, uma vez que para funcionar o mercado necessita que o Estado garanta uma “estrutura jurídica e normativa” (ibidem, p. 1). Assim, acrescenta-se que a intervenção estatal só ajuda no desenvolvimento se for no sentido de favorecer o mercado, ou seja, o Estado deve intervir apenas quando o mercado “demonstrar que é melhor intervir” e sua intervenção deve estar permanentemente a serviço do mercado (Ibidem, p. 6).

De acordo com o Banco, o papel do Estado se resumia a apoiar, fortalecer e complementar o mercado em regime de livre concorrência. Ou seja, já não se tratava mais de condenar a “intervenção estatal” na economia como algo indesejável em si, mas sim de reconhecer o âmbito de ação legítimo do Estado. Qual? O que se “harmoniza” com o mercado e permite a maximização da concorrência entre os agentes econômicos. (PEREIRA, 2010, p. 282)

Nestes termos, a intervenção estatal deve resumir-se em oferecer as bases necessárias para que o mercado se desenvolva de forma desregulamentada e sem interferências. Afirma-se a necessidade de “reforma” do setor público com objetivo de racionalizar os gastos. Essa contrarreforma proposta envolve a redução do número de funcionários no serviço público, reestruturação de salários com aumento de incentivos, criação de estruturas de controle e privatização, ou seja, a “modernização do serviço público”.

Dessa forma, o Estado deve interferir apenas em espaços que o mercado não funciona, por isso grande parte das empresas estatais devem ser privatizadas, entregando assim a sua administração e seus lucros ao mercado. A privatização é considerada “altamente necessária e desejável”, posto que ela garante “maior eficiência no uso dos recursos.” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 163), neste sentido os investimentos estatais devem se concentrar em

educação, saúde, nutrição, planejamento familiar e alívio da pobreza; construir uma infraestrutura social, física e administrativa, normativa e jurídica de melhor qualidade; mobilizar os recursos para financiar as despesas públicas; e estabelecer uma base macroeconômica estável, sem a qual pouco se consegue realizar. (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 11)

Sobre o comércio internacional, defende-se a abertura irrestrita das fronteiras, uma vez que esse processo estimula “os produtores internos a reduzir os custos mediante a introdução de novas tecnologias e desenvolver produtos melhores.” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 9). Por outro lado, o “protecionismo em favor da indústria interna provocou um atraso de décadas de desenvolvimento no desenvolvimento de muitos países.” (Ibidem, p. 9).

Essas medidas são propostas sob a justificativa da preocupação com o “desenvolvimento” dos países, entretanto elas não passam de medidas intrínsecas ao neoliberalismo e funcionais ao capital. O documento assume que a “modernização do serviço público ameaça parte significativa dos trabalhadores urbanos com o desemprego” e a mobilização desses grupos prejudicados pelas contrarreformas

podem ser um desafio para a sua implantação (Ibidem, p.164). Entretanto a contrarreforma deve ser mantida, pois proporciona o aumento da produção e do desenvolvimento”, aumentando assim a receita fiscal e reduzindo o déficit orçamentário. (Ibidem, p. 164) Assim, para conseguir o apoio da população os Estados devem ser persuasivos, contando com a ajuda da “diplomacia internacional” para o convencimento da população (Ibidem, p. 166). Acrescenta-se ainda que os países que mesmo precisando de ajuda financeira, não conseguem implementar as contrarreformas, não recebem suporte financeiro das agências externas, já que “ajudá-lo pode fazer mais mal do que bem, por contribuir para manter no poder uma administração anti-reformista.” (Ibidem, p. 166). Em contrapartida, àqueles que conseguem implementar as contrarreformas recebem ajuda externa e financiamento para promovê-las.

Esse movimento de oferecer aporte financeiro àqueles que implementam as contrarreformas e não oferecer aos que não as implementam é mais uma evidência do poder que agências externas exercem sob os demais países. Cabe lembrar que tais agências são comandadas pela parcela que detém grande parte da riqueza mundial, ou seja, pelos representantes da burguesia em conjunto com os líderes dos países imperialistas. Aos países periféricos que necessitam de financiamentos para sobreviverem, cabe implementar as contrarreformas, que embora sejam apenas “recomendações”, tornam-se obrigatórias frente a necessidade financeira.

Nos anos seguintes, o Banco teve que lidar com algumas polêmicas. Conforme Pereira, 2010, primeiro a instituição esteve envolvida em escândalos relacionados ao financiamento de projetos extremamente prejudiciais ao meio ambiente. Segundo, colocou-se em questão o impacto dos projetos financiados pelo Banco nos países receptores e, ainda, questionava-se a gestão e a conduta do Banco na aplicação de recursos. Por fim, o crescimento dos países do leste da Ásia, através de uma política de desenvolvimento baseada na intervenção estatal, ia na contramão da liberalização financeira e das privatizações defendidas enfaticamente pelo Banco.

Frente a tais polêmicas, a liderança do Banco Mundial vê-se pressionada a executar tarefas imprescindíveis, de um lado faz-se necessário continuar garantindo os interesses estadunidenses, de outro coloca-se a importância de repaginar a imagem da instituição. Dessa forma, as publicações dos anos seguintes irão defender o desenvolvimento sustentável e os projetos e financiamentos

voltam-se em maior escala para questões relacionadas ao meio ambiente, apontando para uma aparente preocupação com tal área de atuação<sup>21</sup>. Inicia-se “um novo regime internacional de práticas ambientais marcado pela reestruturação e capitalização das relações natureza-sociedade que, até então, existiam como relações não mercantilizadas.” (PEREIRA, 2010, p. 309). Pautas como a redução da pobreza e a equidade social para o desenvolvimento econômico também serão centrais nos anos seguintes.

No sentido de tais mudanças, o RDM 1995 tem como tema central a análise “das relações entre política, desempenho econômico e bem-estar dos trabalhadores.” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 1). Embora no início o relatório aparentemente seja direcionado para a importância da elevação da renda dos trabalhadores através do desenvolvimento e para a redução da pobreza, o documento na verdade coloca-se absolutamente “contrário aos direitos dos trabalhadores e a favor do capital.” (PEREIRA, 2010, p. 331). Critica-se o salário mínimo, sob a justificativa de que a regulamentação desse direito resulta em menos emprego, assim como a proteção da estabilidade no emprego garantida pela legislação trabalhista. Indica-se a necessidade da contrarreforma da previdência, substituindo a previdência pública, de caráter solidário, por “uma combinação de contas individuais e benefícios mínimos assegurados pelo governo” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 20). Defende-se a contratação de seguros privados para cobrir os acidentes e doenças, bem como o fim da contribuição do empregador à previdência, uma vez que exigir tais contribuições “tendem a distorcer o mercado de trabalho e reduzir o emprego formal” (Ibidem, p. 21). Resumidamente, o relatório

Defendia um programa energético de reformas (...) e a necessidade de se levar adiante um trabalho de persuasão para ganhar o apoio de sindicatos de trabalhadores. Manejando habilmente “a luta contra a pobreza” para estigmatizar os trabalhadores do setor formal como “privilegiados” e, assim, tentar legitimar o rebaixamento da remuneração do conjunto da força de trabalho – em países cujos padrões salariais são historicamente muito baixos -, o relatório propôs uma revisão ampla da legislação trabalhista, a começar pelo fim das leis de salário mínimo. (PEREIRA, 2010, p. 332)

---

<sup>21</sup> De acordo com Pereira (2010) em 1985 o Banco Mundial publicou 57 documentos com o tema meio ambiente, já em 1995 esse número era de 408 em um universo de 1.760 relatórios. Inclusive no ano de 1992 o Banco Mundial publica o Relatório de Desenvolvimento Mundial com o seguinte tema: desenvolvimento e meio ambiente. Em 1996 o Banco acumulava empréstimos para 137 projetos voltados ao meio ambiente.

As recomendações do Banco Mundial têm importantes rebatimentos nos países da América Latina, sobretudo no Brasil. As desconstruções ganham adesão no ideário nacional e conquistam a hegemonia na política brasileira. O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, tendo como ministro o Luiz Carlos Bresser-Pereira<sup>22</sup>, exercerá um importante papel na disseminação das recomendações do Banco Mundial e conseqüentemente, nas contrarreformas dos anos 90. Serão publicados 17 cadernos conhecidos como Cadernos da MARE, os quais irão apontar as contrarreformas necessárias para reconstrução do Estado.

No primeiro caderno publicado em 1997, afirma-se que “a grande tarefa política dos anos 90 é a reforma ou a reconstrução do Estado” (BRASIL, 1997, p. 7). Conforme o documento a “reforma” necessária deve envolver quatro pontos básicos:

- (a) a delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal através de programas de privatização, terceirização e publicização (este último processo implicando na transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta);
- (b) a redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário através de programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país a nível internacional ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional;
- (c) o aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal, que devolve autonomia financeira ao Estado, da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés de burocrática), e a separação, dentro do Estado, ao nível das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação de políticas públicas e a sua execução; e, finalmente,
- (d) o aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo, graças à existência de instituições políticas que garantam uma melhor intermediação de interesses e tornem mais legítimos e democráticos os governos, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social ou democracia direta. (BRASIL, 1997, p. 18-19)

Todos os quatro pontos definidos no documento da MARE estão em consonância com as recomendações do Banco Mundial apontadas em seus documentos. O Banco se posiciona de forma favorável à redução do Estado,

---

<sup>22</sup> Luiz Carlos Bresser-Pereira assumiu o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e ficou à frente da pasta entre os anos 1995 a 1998. Em 1999 ainda sob o governo FHC ele assumiu o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, onde foi ministro por alguns meses. Anteriormente, ele já havia assumido o Ministério da Fazenda durante um curto período em 1987 no governo Sarney.

apontando que “os governos precisam fazer menos naquelas áreas em que os mercados funcionam ou podem funcionar razoavelmente bem.” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 10). Como elucidado anteriormente, o Estado deve, essencialmente, atuar apenas oferecendo as bases para o mercado, garantindo assim o liberalismo econômico. No Caderno da MARE nº. 1, recomenda-se o mesmo, o Estado deve apenas exercer suas funções exclusivas, as quais são, em suma, estabelecer as bases legais, cobrar impostos, garantir a estabilidade econômica e oferecer infraestrutura, ou seja, garantir o funcionamento do mercado e as bases legais para a legitimação do capital. Assim como nas determinações do Banco Mundial, os hospitais, universidades, creches, instrumentos culturais, dentre outros, devem ser publicizados, isto é, transferidos “para o setor público não-estatal.” (BRASIL, 1997, p. 25).

De acordo com Pereira (2010), o termo governança começa a aparecer nos relatórios publicados pelo Banco Mundial a partir de 1989 e nos anos seguintes desponta entre os temas abordados pela instituição. A governança está relacionada à gestão e é utilizada para acelerar os ajustamentos neoliberais, neste sentido, a governança diz respeito a políticas e técnicas necessárias para consolidar “uma mudança social dentro dos Estados, sem exercer o controle político direto.” (PEREIRA, 2010, p. 285). Dessa forma, em 1992 o Banco publica um documento com o título “Governança e Desenvolvimento”, ele é dividido em 04 áreas estratégicas de governança: “administração pública, responsabilização (accountability), estrutura legal e transparência e informação.” (Ibidem, p. 288).

A boa governança vincula-se então a quatro fatores chave:

a) eficiência na gestão dos recursos públicos e na provisão de serviços, b) sistema de responsabilização eficazes, c) disponibilidade de informação adequada e confiável para os agentes privados e d) prioridade de governo “orientadas para o mercado”. Em outras palavras, ajuste fiscal e delimitação de novas prioridades de gasto público, política de recuperação de custos em todo os serviços públicos essenciais e estabelecimento de um marco legal estável e previsível para os atores econômicos de maior gravitação, independentemente dos governos de plantão e dos parlamentos. (PEREIRA, 2010, p. 288)

Na mesma perspectiva, o Caderno da Maré nº. 1 aponta a governança como essencial para a eficiência na gestão do Estado. No documento a governança é definida como a “capacidade de tornar efetivas as decisões do governo”, ou seja, a capacidade de o governo conseguir materializar as contrarreformas necessárias ao

capital, sobretudo a “reforma” administrativa. Sendo assim, a governança é importante para execução de medidas necessárias à nova administração pública proposta por Bresser-Pereira, a administração pública gerencial, a qual tem como principais características:

- a) orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário ou cidadão-cliente;
- b) ênfase no controle dos resultados através dos contratos de gestão (ao invés de controle dos procedimentos);
- c) fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal, organizada em carreiras ou corpos de Estado, e valorização do seu trabalho técnico e político de participar, juntamente com os políticos e a sociedade, da formulação e gestão das políticas públicas;
- d) separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, de caráter centralizado, e as unidades descentralizadas, executoras dessas mesmas políticas;
- e) distinção de dois tipos de unidades descentralizadas: as agências executivas, que realizam atividades exclusivas de Estado, por definição monopolistas, e os serviços sociais e científicos de caráter competitivo, em que o poder de Estado não está envolvido;
- f) transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos competitivos;
- g) adoção cumulativa, para controlar as unidades descentralizadas, dos mecanismos (1) de controle social direto, (2) do contrato de gestão em que os indicadores de desempenho sejam claramente definidos e os resultados medidos, e (3) da formação de quase-mercados em que ocorre a competição administrada;
- h) terceirização das atividades auxiliares ou de apoio, que passam a ser licitadas competitivamente no mercado. (BRASIL, 1997, p. 42)

Observa-se que, assim como nas recomendações do Banco Mundial, a contrarreforma proposta envolve o reducionismo estatal, terceirizações, controle e responsabilização. Embora no Caderno da MARE nº. 1 o autor teça algumas críticas ao Estado neoliberal, as medidas recomendadas são medidas que estão em consonância com o neoliberalismo. Em seu livro *A Reforma do Estado para a Cidadania: a Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional* publicado em 1998, fica ainda mais nítido seu posicionamento em relação às contrarreformas neoliberais:

As reformas indiscriminadamente chamadas de neoliberais - o ajuste fiscal, a privatização, a liberalização comercial, a desregulação, a reforma da administração pública – são na verdade quando bem sucedidas reformas que fortalecem o Estado ao invés de enfraquecê-lo, devolvendo-lhe a governança democrática. (Bresser-Pereira, 1998, p. 33)

Para o autor, a crise dos anos 80 foi uma crise do Estado, visto que o Estado a partir dos anos 50, para promover o Bem Estar Social, precisa ampliar sua capacidade de arrecadação e seus gastos com políticas sociais. Essa ampliação faz

com que o Estado seja capturado por interesses privados e a administração pública incapaz de combater a corrupção e o nepotismo. Ou seja, desconsidera-se os múltiplos fatores, a complexidade das crises e as propostas das instituições internacionais, as quais são acolhidas pelo estado brasileiro, para o desenvolvimento econômico, e a superação das crises são direcionadas, especialmente, à desregulamentação comercial, à liberalização financeira e às privatizações.

Neste contexto, a década de 90 foi marcada pelo desmonte do Estado Nacional que vinha sendo construído desde os anos 30, assim, verifica-se a privatização de diversas empresas estatais e o aumento da dívida pública. A Companhia Vale do Rio Doce, maior exportadora de minérios de ferro do mundo, a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Embraer e a Usiminas foram algumas das maiores empresas estatais brasileiras privatizadas na década de 90, frente a contrarreforma neoliberal. O Estado brasileiro historicamente ocupa uma posição de submissão e dependência dos países centrais, mas a abertura comercial de forma indiscriminada e a destruição do parque produtivo brasileiro enfraquece ainda mais a soberania nacional. As crises internacionais recaem no país com maior intensidade, tendo em vista que há uma acentuação da submissão ao sistema financeiro internacional.

Conforme Pereira (2010), embora tenham seguido disciplinadamente as recomendações do Banco Mundial, na segunda metade da década de 90 uma crise financeira atingia de forma brusca o sudeste asiático a Rússia, Taiwan, Hong-Kong, Estônia, Filipinas Austrália, Nova Zelândia e, por fim, o Brasil. Posto isto, no final da década, os líderes dos órgãos internacionais começam a reconhecer que, embora os países tenham cumprido as determinações do Consenso de Washington e adotado medidas recomendadas em seus relatórios, não houve redução da pobreza ou do desemprego e principalmente não houve retomada do crescimento econômico. A partir de então, inicia-se um movimento para pensar em um “novo Consenso”.

Neste cenário, “a direção do Banco apressou-se em declarar em 1998 que o Consenso de Washington havia acabado. Em seu lugar o Banco afirmou uma “nova” agenda, batizada de Pós-Consenso de Washington assentada no RDM 1997.” (PEREIRA, 2018, p.2193). O Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial publicado em 1997 (RDM 1997) é dedicado à “reforma” estratégica do Estado. Esse documento aparentemente defendia um Estado efetivo, mais próximo do povo, “trazia de volta o Estado ao proscênio do desenvolvimento.” (PEREIRA, 2010, p. 374). Entretanto,

O rechaço à tese do “Estado mínimo” foi uma manobra política inteligente, pois fez crer, para muitos, que estava em julgamento algo que na verdade, nunca existiu. Como mostra a farta literatura, a reestruturação capitalista neoliberal foi menos um desmantelamento e mais um redirecionamento da ação do Estado em favor da fração financeira mais globalizada do capital e da ofensiva capitalista contra direitos sociais e trabalhistas. (PEREIRA, 2010, p. 374-375)

Embora aparentemente defender-se-á a ampliação da intervenção estatal, as recomendações apresentadas no documento não diferem, de forma geral, das recomendações apresentadas pelas organizações internacionais nos anos anteriores. Preserva-se a tese das privatizações, da complementariedade do Estado e do mercado, a promoção de programas sociais focalizados nos mais pobres e da terceirização da provisão dos serviços. Ainda, seguindo a mesma linha das publicações anteriores, estabelecer-se-á que “enquanto “parceiro”, o Estado jamais poderia orientar ou controlar o setor privado.” (PEREIRA, 2010, p. 377).

No relatório, o Banco Mundial é taxativo sobre a necessidade de um “trabalho ideológico mais consistente para conquistar a adesão de um conjunto amplo da população.” (Ibidem, p. 378)

Os líderes políticos e as elites de mentalidade reformista podem acelerar a reforma tomando decisões que ampliem as opções do povo, enunciem claramente os benefícios e assegurem que as políticas sejam mais inclusivas. Nos últimos anos, alguns líderes políticos de visão transformaram as opções abertas ao público mediante a implantação de reformas decisivas. Foram bem-sucedidos porque mostraram a todos os benefícios da reforma e formaram coalizões que deram voz mais forte aos geralmente silenciosos beneficiários. Também foram bem-sucedidos - e isso é crucial - porque ofereceram a sociedade uma visão de mais longo prazo, permitindo aos indivíduos enxergar além da angústia imediata do ajuste. O líder eficiente dá ao público o senso de que a reforma pertence ao povo e não foi imposta de fora para dentro. A reforma do Estado requer a cooperação de todos os grupos da sociedade. A compensação dos grupos por ela afetados (que podem nem sempre ser os mais pobres) pode ajudar a garantir o seu apoio. Embora possa sair caro a curto prazo, a compensação valerá a pena a longo prazo. (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 15)

A contrarreforma do Estado proposta pelas organizações internacionais desconsidera a multiface da natureza das crises e, sobretudo, desconsidera os preceitos fundamentais do capitalismo. Sendo assim, essas contrarreformas se reduzem em mudanças quantitativas, em redução de custos, menosprezando os complexos determinantes que ocasionam as crises no sistema capitalista. Mesmo sendo ineficazes, essas medidas são anunciadas como as únicas possíveis, os cortes são inevitáveis e a redução da qualidade de vida da classe

trabalhadora é apenas um efeito colateral necessário. A adesão a essas recomendações se faz via subordinação econômica de um país sobre o outro no capital imperialista, mas também se faz ideologicamente. Para garantir esse trabalho ideológico o Banco patrocina pesquisas, publica documentos, tudo voltado para mostrar o quão necessárias são as “reformas” para o “desenvolvimento econômico”, para o “aumento da eficiência”, e, sobretudo nos anos 2000, para o “combate à pobreza”.

Com as crises que se instauram nos diversos países, no final dos anos 90, “os governos liberalizadores enfrentavam a conjugação variada de instabilidade monetária e financeira, degradação dos indicadores econômicos e sociais, baixíssima popularidade e protestos sociais crescentes” (PEREIRA, 2010, p. 391). Faz-se necessário repensar estratégias para manter o poder político, financeiro e intelectual do Banco, para desta forma, continuar fazendo com que os países sigam suas recomendações voltadas à doutrina neoliberal. Para isso, considera-se necessário “avançar rapidamente e consistentemente no terreno social, com o propósito de educar e organizar a população de acordo com os preceitos da visão de mundo neoliberal.” (Ibidem, p. 394). Neste sentido, o RDM publicado em 2001 tem como título “Luta contra a pobreza”, as propostas voltadas para o combate à pobreza seguem a mesma linha dos documentos publicados anteriormente. Basicamente, defende-se que a redução da pobreza depende do crescimento econômico e para o crescimento econômico são necessários os ajustamentos e contrarreformas neoliberais já defendidas anteriormente.

Os Relatórios de Desenvolvimento Mundial dos anos seguintes seguem a mesma linha, todos demonstram preocupação com o combate à pobreza, com o meio ambiente, com a juventude, o “empoderamento”, entretanto às soluções apontadas são “reformas” e ajustamentos importantes à acumulação capitalista, ou seja, à doutrina neoliberal.

Os RDMs posteriores deram continuidade ao programa político neoliberal reciclado pelo neoinstitucionalismo. Em todos eles, o foco das prescrições do Banco incidiu diretamente sobre a organização política, econômica, jurídica e social dos países da periferia. O RDM 2003 teve como pauta central a constituição de modalidades de gestão ambiental favoráveis à mercantilização e ao livre comércio dos recursos naturais. O RDM 2004 abordou o tema dos marcos regulatórios necessários à prestação de serviços públicos, na linha das reformas da segunda geração. O RDM 2005 articulou, em um enfoque global único, liberalização econômica, política tributária e flexibilização das leis trabalhistas. O RDM 2006 tratou da relação entre

desigualdade econômicas e desenvolvimento, articulando “empoderamento” e “clima de investimento”. O RDM 2007 abordou o tema “juventude”, inteiramente ancorado na teoria do capital humano, então robustecido com a teoria do capital social. Por fim, o RDM 2008 discutiu, depois de 26 anos, o tema agricultura. Em todos, sem exceção, o tema principal veio embalado pelos pilares do programa neoliberal reciclado: blindagem da política econômica, boa governança, sentido de propriedade (ownership) e políticas compensatórias/empoderamento dos pobres, com o propósito de assegurar um ambiente social e institucional plenamente “amistoso” à acumulação de capital. (PEREIRA, 2010, p. 402-403)

Com as contrarreformas dos anos 90, a política social deixa “de ser pensada como um insumo necessário ao investimento privado, como uma dimensão estrutural da acumulação capitalista, e passa a ser vista estritamente como gasto.” (PEREIRA, 2018, p. 2193). Ou seja, as políticas sociais são compreendidas como instrumento para atender situações pontuais, de forma compensatória e devem focalizar as camadas sociais que vivem na extrema pobreza. Assim, nos anos 2000 os programas de transferência de renda se tornam centrais dentre as recomendações do Banco para as políticas sociais dos países da América Latina, tendo em vista a centralidade da agenda do combate à pobreza.

No Brasil destaca-se o aporte financeiro destinado ao Programa Bolsa Família, um dos principais programas de transferência de renda do país. Conforme informações do site oficial do Banco Mundial, a primeira fase do programa contou com empréstimo do Banco Mundial no valor de US\$ 572 milhões, aprovado em 2004 e em 2010 para a segunda fase, foram aprovados mais US\$ 200 milhões em empréstimos destinados ao programa. Nessa perspectiva o Bolsa Família torna-se o carro chefe do programa político do governo nos anos 2000, a ampliação do valor do benefício e da cobertura do programa faz jus às recomendações do Banco Mundial, entretanto não se deve desconsiderar a importância do programa para a melhora da vida daqueles que se enquadram em seus critérios.

Nos anos 2000, assim como nos anos anteriores, cumpre-se a agenda de contrarreformas estabelecidas pelas organizações financeiras internacionais, há a aprovação da “reforma” da previdência que estava sendo desenhada no governo anterior, a qual prejudicou de forma direta os trabalhadores, sobretudo os funcionários públicos. Manteve-se a política de superávit primário, desvinculando grande parte da receita das políticas sociais para o pagamento da dívida pública internacional e nacional, conforme acordos com o Fundo Monetário Internacional.

Mesmo após identificar que os preceitos do Consenso de Washington não resultaram em crescimento econômico, nem evitaram ou amortizaram crises, o direcionamento dos países imperialistas aos países periféricos continua se direcionando para as contrarreformas, com cortes sistemáticos aos orçamentos destinados às políticas sociais, indo na contramão das normativas estabelecidas na Constituição Federal de 1988.

A agenda de “reformas” recomendadas pelo Banco Mundial e absorvidas pelos países periféricos, também recaem sobre a política de saúde, construída em um longo processo de mobilizações sociais e articulações políticas. Nestes termos, a política de saúde passa por um processo de

colonização da gestão pública do setor pela Economia e por modelos empresariais; crescente matematização da pobreza e focalização das políticas sociais nos mais pobres; formatação da saúde pública como pacote de mínimos sociais; orientação sistêmica ao mercado e difusão da forma mercadoriana em novos domínios da saúde; diversificação dos prestadores de serviço para além do Estado; eliminação de restrições setoriais à plena competição entre atores privados nacionais e estrangeiros; regulação fraca das responsabilidades empresariais e regulação forte dos direitos do capital; e, mais recentemente, privatização por dentro do Estado mediante modalidades diversas de parcerias público-privadas (PPPs). (PEREIRA, 2018, p. 2194)

Desta forma, não diferente das demais políticas, a agenda neoliberal define a política de saúde até os dias atuais. O desmonte e a financeirização da política impossibilita a materialização das diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, focalizando e privatizando o atendimento à saúde, descartando assim, a perspectiva do atendimento à saúde de forma gratuita, integral e universal.

## 2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A RELATIVA PRIMAZIA DO ESTADO EM SUA OFERTA

A saúde no Brasil é reconhecida como uma política social que faz parte do tripé da Seguridade Social, é um direito de todos e sua promoção é dever do Estado, mas nem sempre foi assim. Antes do movimento da Reforma Sanitária e da Constituição Federal, a saúde era considerada como ausência de doenças e os atendimentos resumiam-se em médico hospitalares. Até a era Vargas a saúde era promovida pelas Santas Casas de Misericórdia, através da caridade e da benevolência de tais instituições.

Com o governo de Getúlio Vargas garantir-se-á assistência médica aos trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. Os demais brasileiros, trabalhadores rurais, desempregados, trabalhadores autônomos, permanecem à margem do atendimento à saúde, dependendo da caridade das instituições hospitalares vinculadas à igreja.

As primeiras ações que apontam na direção da construção do Sistema Único de Saúde começam a aparecer nos anos 70. Com o processo de migração populacional para as periferias urbanas no período da ditadura militar devido ao empobrecimento da população, em consequência da crise que se estabelece no final dos anos 70 e início dos anos 80 e o aumento da classe operária que está relacionado ao processo de industrialização pesada que passara o Brasil nos anos anteriores, há o acirramento das mobilizações populares e o fortalecimento dos movimentos sociais, inclusive o movimento da Reforma Sanitária, que dava início em seus primeiros grandes marcos no Brasil. Assim, “ao final dos anos de 1970, dezenas de municípios haviam constituído Unidades Básicas em seus territórios e acumulavam experiências de atenção integral, universal e equitativa.” (Santos, 2018, p. 1730).

Neste contexto, em 1976 é criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, o CEBES. Sua criação direciona-se à democratização da saúde brasileira, para isso cria-se a revista Saúde em Questão, na qual são levantadas e denunciadas diversas questões em relação à saúde pública. Em 1979, o CEBES apresenta o documento “A questão democrática na área da saúde”, “identificado, a partir de então, como uma proposta coletiva do Movimento pela Reforma Sanitária.” (CEBES, 2020).

Outras instituições que se direcionavam sob a perspectiva da reforma do sistema de saúde brasileiro foram criadas, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, a Associação Brasileira dos Médicos Sanitaristas, a Associação Paulista de Saúde Pública. O processo de construção do SUS contou com profissionais da saúde, estudantes, pesquisadores, partidos políticos e com os trabalhadores de forma geral.

Durante a década de 80 acontecem eventos, mobilizações, conferências, no sentido de discutir a construção de um modelo de saúde coletiva no Brasil. Com a Constituição Federal de 1988, garante-se o texto legal para a construção do Sistema Único de Saúde, que materializar-se-á com a Lei Orgânica da Saúde (lei nº. 8.080) sancionada em 1990. Embora tenha-se conseguido garantia legal para dar

sustentação ao SUS, desde sua regulamentação a luta segue no sentido da materialização dos preceitos garantido em lei.

A Constituição de 1988 é um importante marco na Saúde Pública brasileira, além de inserir a saúde no tripé da seguridade social, traz em seu texto a garantia de uma saúde pública como direito de todos e dever do Estado. A lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 institui o Sistema Único de Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ela institui princípios para os serviços públicos e privados que integram o SUS:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990)

Observa-se que a primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde não faz parte do rol de princípios garantidos constitucionalmente. Entretanto, a CF/88 aponta e delimita o papel da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, ela deve ocupar um papel complementar, cobrindo insuficiências do SUS em

determinadas áreas. Assim, infere-se do texto legal que a garantia da saúde é dever do Estado, enquanto a iniciativa privada dentro do SUS deve apenas cobrir insuficiências, exercendo um papel complementar. Quando a iniciativa privada avança para além da prestação complementar, ocupando o lugar de “parceira” do Estado, onde este estabelece as bases e a infraestrutura para a prestação da saúde pública e se ocupa daqueles serviços pouco atrativos ao capital, enquanto contrata os serviços com maior potencial de lucro da iniciativa privada, coloca-se em risco a garantia dos princípios do SUS.

Em suma, ao comprar os serviços privados o Estado paga não só pelo serviço em si, mas também pelo lucro da empresa contratada, desta forma, o Estado financia a expansão do capital. A longo prazo seria mais barato e garantiria a universalidade se os investimentos fossem no sentido de fortalecer e ampliar o SUS, assim o valor dos serviços não teria o acréscimo proveniente da taxa de lucro. Além disso, os serviços comprados no âmbito privado geralmente são pontuais, por exemplo, uma consulta ou exame especializado. O acompanhamento desse paciente, a preocupação com os demais determinantes da saúde fica a cargo do Estado, ferindo não só o princípio da universalidade, mas também o princípio da integralidade da assistência.

Essa relação de “parceria” entre o Estado e a iniciativa privada é importante para o capital. Os princípios garantidos constitucionalmente são opostos aos preceitos neoliberais. Enquanto no neoliberalismo preza-se pela redução do Estado e pela focalização de serviços públicos apenas em uma pequena parcela da população geralmente distinta por recortes de renda, a universalidade garante o atendimento a todos, sem nenhum tipo de distinção. Enquanto a agenda neoliberal preza pelo atendimento pontual, a constituição garante a integralidade da assistência. Desta maneira, a parceria entre o público e o privado além de garantir a lucratividade e a expansão do capital, também garante o desmonte dos princípios fundamentais ao SUS e opostos a agenda neoliberal.

Embora o SUS seja resultado de lutas e represente avanços significativos na prestação da saúde, existem brechas legais em sua promulgação que são fundamentais para o capital. A garantia da participação de instituições privadas no Sistema Único de Saúde de forma complementar está entre essas brechas. No artigo 199 da Constituição Federal de 1988 prevê que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo

diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”. Na lei nº. 8.080, em seu artigo 4º, §2, estabelece a possibilidade de participação da iniciativa privada no SUS em caráter complementar. O subfinanciamento do SUS, segundo Santos (2018), gera desvios em sua implementação e isso abre espaço aos serviços privados que deveriam ser complementares, a estratégia de subfinanciamento “não está atrelada não só ao fluxo de recursos públicos e a outras prioridades de Estado, mas também à construção subliminar de outro modelo de atenção à saúde.” (SANTOS, 2018, p. 1733). Frente ao subfinanciamento da saúde, a iniciativa privada expande-se livremente, e, ao invés de ocupar um papel complementar, substitui a responsabilidade do Estado.

Atualmente a assistência à saúde é organizada em níveis de atenção, sendo o primeiro deles a atenção básica ou primária, depois a média complexidade e por fim, a alta complexidade. De acordo com o Ministério da Saúde a atenção básica

se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. (Ministério da Saúde, 2021)

Isto posto, compreende-se que a atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, a atenção básica é o nível mais descentralizado e mais próximo do território da população, para isso conta com o Estratégia Saúde da Família e com as Unidades de Saúde da Família. É na atenção básica que acontecem as campanhas de vacinação, os exames de rotina, o acompanhamento de gestantes de baixo risco, as puericulturas, os atendimentos em grupo de tabagistas, hipertensos, obesos, dentre outros, e os acompanhamentos da população de forma geral. A atenção primária da saúde também é um importante ponto de comunicação entre os demais níveis, tendo em vista que os pacientes que passam pela alta e média complexidade são referenciados para acompanhamento das Unidades Básicas de Saúde. Assim, a proteção básica é fundamental para a proteção, para a prevenção e para a promoção da saúde da população.

Na alta e média complexidade estão os atendimentos especializados, os exames especializados, os procedimentos cirúrgicos, os atendimentos ambulatoriais. De acordo com o Ministério da Saúde (2009) a média complexidade

Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 207)

#### A alta complexidade compreende-se:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 33-34)

Observa-se que enquanto a atenção básica é voltada à promoção e à prevenção da saúde, envolvendo o acompanhamento sistemático dos pacientes, o conhecimento do território e suas principais características, a alta e média complexidade estão voltados a serviços ambulatoriais e médico-hospitalares, muitas vezes de alto custo. É interessante para a iniciativa privada prestar este ou aquele atendimento médico especializado ou realizar um determinado procedimento de alto custo, recebendo pontualmente pelo serviço prestado, enquanto o acompanhamento do paciente e a preocupação com os demais determinantes da saúde ficam sob responsabilidade do Estado, geralmente via atenção primária. Por isso, o foco deste trabalho é na média e alta complexidade, já que é esse segmento o mais atrativo para iniciativa privada e, atualmente, onde ela presta grande parte dos serviços.

Esse cenário é conveniente ao capital e está de acordo com as recomendações do Banco Mundial que preza pela redução do Estado e ampliação da iniciativa privada na prestação dos serviços de saúde. Os valores aplicados pelas instituições financeiras nacionais e internacionais para expansão do setor privado na

Saúde, se aplicados na rede pública poderia garantir a expansão e o fortalecimento dos instrumentos estatais necessários para garantia dos princípios do SUS.

As mesmas modalidades de empréstimos subsidiados do BNDES e do BID para edificação de hospitais privados, se fossem canalizadas para o SUS, proporcionariam estimativamente em oito anos a ampliação da rede pública em 200 hospitais regionais, 500 clínicas de especialidades com apoio diagnóstico e terapêutico e 600 unidades de pronto-atendimento. (SANTOS, 2018, p. 1733)

Nota-se que o Estado, através das instituições financeiras nacionais e internacionais, subsidia e financia o avanço e o desenvolvimento da iniciativa privada na saúde em detrimento do financiamento para expansão e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Os subsídios, financiamentos e renúncias fiscais, bancam a rentabilidade dos planos e seguros privados de saúde. Ou seja, “a grande economia de gastos federais na saúde trabalha a favor da privatização interna do SUS por meio do setor privado contratado como substitutivo; e externa, através dos subsídios públicos ao mercado.” (SANTOS, 2018, p. 1733). As empresas privadas tem permissão legal para considerar as despesas com saúde como benefício trabalhista, isso permite “tanto o abatimento dos gastos com os planos de saúde no imposto de renda bem como o repasse desses custos para os preços finais dos produtos e serviços.” (AZEVEDO, BAHIA e SCHEFFER, 2010, p. 230).

Assim, o que parece ser custeado pelo empregador benevolente, na verdade está sendo custeado por toda sociedade tendo em vista que, além do aumento do preço dos produtos, o valor abatido no imposto de renda poderia ser utilizado para aumentar o montante do recurso federal aplicado em políticas públicas. Os benefícios fiscais que em geral permitem o abatimento dos valores gastos com serviços de saúde no imposto de renda, estimulam os gastos com serviços privados de saúde e, tanto tais benefícios fiscais, quanto as isenções de impostos de entidades filantrópicas fazem com que valores consideráveis deixem de ser arrecadados para o Estado. Além disso, a “isenção de impostos e contribuições federais estaduais e municipais é um dos suportes para o funcionamento das operadoras de planos de saúde, bem como para serviços de saúde filantrópicos e privados.” (AZEVEDO, BAHIA e SCHEFFER, 2010, p. 231).

Existe também uma assimetria no preço de remuneração dos procedimentos assistenciais, para exemplificar, em 2007 o valor médio pago pelas

internações às “empresas de autogestão de planos de saúde associadas à União das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) (...) foi oito vezes maior do que o praticado para remunerar as internações na rede SUS (R\$ 754,53).” (BAHIA, 2010, p. 125)

Entre os prestadores que compõem a rede pública, observa-se que os valores de correção dos valores de remuneração das internações tampouco são homogêneos. Os preços dos procedimentos dos hospitais federais e filantrópicos foram superiores àquelas verificadas para os públicos estatais. (BAHIA, 2010, p. 125)

Além de todos os aspectos citados, o SUS também cobre aqueles procedimentos que não são cobertos pelos planos privados de saúde. Há planos dos mais diferentes tipos, alguns cobrem apenas consultas especializadas e exames básicos, sendo assim todo o restante necessário para garantia da saúde do paciente fica sob a responsabilidade do SUS. Isso ocorre porque os planos privados se interessam em cobrir apenas os serviços rentáveis, deixam uma lacuna na prestação daqueles serviços que não são lucrativos.

Desta forma, as ações de promoção e prevenção da saúde, vigilâncias epidemiológica e sanitária, formação, capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde, produção de insumos e medicamentos, dentre outras, são realizadas apenas pelo setor público, o privado tem pouco interesse na prestação de tais ações. Conforme Azevedo, Bahia e Scheffer (2010) não é uma tarefa fácil quantificar os recursos despendidos pelo SUS para atender tudo aquilo que não é coberto pelos planos de saúde, os casos e situações de exclusões de cobertura, restrições de atendimento e limitações são inúmeros, obrigando assim muitos clientes de planos de saúde buscarem por atendimento via SUS.

Ainda de acordo com Azevedo, Bahia e Scheffer (2010), existe uma situação de filas distintas em Hospitais Universitários, onde há uma fila de pacientes SUS e uma segunda fila de pacientes do plano de saúde. Os pacientes do plano são mais bem atendidos e contam não só com melhor hotelaria, mas também com mais agilidade nos agendamentos e resolutividade. Essa fila dupla “impõe a utilização privada do equipamento público, afasta esses hospitais dos princípios de universalidade e equidade, diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde.” (Ibidem, p. 235).

Frente ao exposto, conforme Azevedo, Bahia e Scheffer (2010), atualmente existem inúmeros pontos de contato entre o público e o privado no cotidiano da atenção à saúde, alguns deles são: serviços públicos estatais, privados e filantrópicos inteiramente custeados por recursos públicos; serviços privados especializados, financiados quase exclusivamente pelo SUS (por exemplo, as clínicas de hemodiálise); serviços públicos estatais, que contam com investimento público em instalações, equipamentos e custeio de pessoal. O principal faturamento é proveniente de recursos públicos, mas muitos atualmente (a exemplo de hospitais universitários) vendem uma parte de seus serviços para empresas de planos e seguros de saúde; serviços filantrópicos com o faturamento custeado por recursos públicos do SUS ou proveniente da venda de uma parte de seus serviços para empresas de planos e seguros de saúde; os filantrópicos que comercializam planos privados de saúde próprios.

Nestes termos, observa-se que a iniciativa privada não ocupa um espaço complementar na prestação de serviços de saúde, conforme previsto pelo arcabouço legal. Pelo contrário, ela tem ocupado um papel central, sobretudo frente a prestação de serviços rentáveis que lhes garantam benefícios financeiros. O Estado não só perde sua primazia, perde seu espaço, como também financia a expansão e o fortalecimento da iniciativa privada. A agenda neoliberal se utiliza de seus instrumentos (dentre eles o Banco Mundial) para disseminar a ineficácia do serviço público e a eficácia da iniciativa privada, por isso é justificável a redução do Estado e a ampliação dos serviços privados, nem que para isso seja necessário o investimento de recursos públicos. Entretanto encobrem um dos aspectos centrais dessa problemática, o quão fortalecidas estariam as instituições públicas que integram o SUS se os recursos destinados de forma direta e indireta à iniciativa privada fossem alocados nos serviços públicos estatais.

Nas próximas páginas buscar-se-á apresentar as recomendações do Banco Mundial para a política de saúde, será possível observar o posicionamento da instituição, que é importante instrumento do sistema econômico vigente sobre a relação do setor público com a iniciativa privada na prestação de serviços de saúde.

### 2.3. AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA OS AJUSTES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde foi construído no Brasil frente a muitos embates e mesmo após a determinação constitucional de um sistema de saúde público, universal e gratuito, ainda existem muitas lutas para que essas determinações sejam garantidas efetivamente. As lutas que permeiam o campo da saúde perpassam pelas lutas de classes, tendo em vista que a efetivação de um Sistema Único de Saúde conforme garantido constitucionalmente vai na contramão dos interesses do capital.

A luta da saúde foi árdua, deparando-se com fortes interesses econômicos do setor privado, a exemplo da Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica, que conseguiram lamentavelmente assegurar sua participação no SUS, com acesso, portanto, aos recursos públicos. (BEHRING e BOSCHETTI, 2011 p. 145)

Atualmente, a política de saúde brasileira ocupa um lugar de destaque na destinação de recursos financeiros federais. Conforme os dados do Portal da Transparência do Governo Federal<sup>23</sup>, dentre as políticas sociais, o orçamento do governo federal destinado à Saúde é menor apenas que o orçamento destinado à Previdência Social.

**Tabela – Total de despesas executadas por área de atuação no ano de 2019**

Política Social	Total de despesas executadas por área de atuação em R\$
Previdência Social	668,96 bilhões
Saúde	114,18 bilhões
Educação	94,47 bilhões
Assistência Social	92,85 bilhões

Fonte: Portal da transparência do Governo Federal (2020).

De acordo com os dados do Portal da Transparência<sup>24</sup>, o valor total destinado a saúde no ano de 2019 corresponde à 9,50% do orçamento geral da União, desse orçamento de 2019, 49.94% foi destinado à assistência hospitalar e ambulatorial, 23.12% à Atenção Básica, 9.61% ao Suporte profilático e terapêutico,

<sup>23</sup> Endereço eletrônico: <https://www.portaltransparencia.gov.br/>.

<sup>24</sup> Dados disponíveis no endereço eletrônico: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes?ano=2019>.

6.97% à administração geral, 5.49% à vigilância epidemiológica e 4.87% à outras subáreas.

Frente a tais valores, a parcela do fundo público destinada à saúde é também permeada pela luta das classes sociais que constituem a sociedade capitalista. De um lado, resistindo as contrarreformas neoliberais, buscando fazer-se concretizar as normativas expressas pelo SUS, estão àqueles que defendem a universalidade e integralidade da Saúde brasileira, considerando a saúde como um conceito mais amplo, tendo em vista os seus diversos determinantes. De outro, identifica-se o grande capital, representado pelas indústrias farmacêuticas, pelos hospitais privados, grandes empresas de planos de saúde e instituições financeiras. Esses têm seus interesses garantidos pelas contrarreformas neoliberais defendidas pelos organismos internacionais que, perante a justificativa de “aumento da eficiência do serviço público”, estabelecem a necessidade de privatizações e parcerias entre público e privado, indo na contramão dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Até o final da década de 60, o Banco Mundial financiava essencialmente programas e projetos direcionados à expansão econômica e a promoção do desenvolvimento capitalista. Entre 1960 e 1969 apenas 16,4% dos empréstimos realizados pelo Banco foram destinados para agricultura e setores “sociais” (PEREIRA, 2010, p. 171). A partir da década de 70, sob a direção de Robert McNamara<sup>25</sup>, são evidenciadas as propostas com enfoque na redução da pobreza, assim passam “a ter mais importância na carteira do Banco os projetos da área “social”.” (PEREIRA, 2010, p. 182). Em meio a tais projetos encontram-se os voltados à saúde, essencialmente à atenção primária.

A inclusão da atenção primária nas propostas do Banco parte da discussão “sobre necessidades humanas básicas lançado pela Organização Internacional do Trabalho.” (PEREIRA, 2018, p. 2191). Neste sentido, a saúde primária foi incorporada como insumo mínimo indispensável “ao aumento da produtividade dos pobres no Terceiro Mundo e à formação de capital humano.”

---

<sup>25</sup> De acordo com o site oficial do Banco Mundial, Robert S. McNamara foi o quinto diretor do Banco Mundial e esteve à frente da instituição entre os anos de 1968-1981. Assim como os demais diretores da instituição, ele é estadunidense e durante sua gestão os empréstimos do Banco saltaram de US\$ 1 bilhão em 1968 para mais de US\$ 13 bilhões no exercício financeiro de 1981. Dados disponíveis em: <<https://www.worldbank.org/en/archive/history/past-presidents/robert-strange-mcnamara>>. Acesso em 20 de setembro de 2021.

(PEREIRA, 2018, p. 2191), ou seja, a importância revelada à saúde primária a partir da década de 70 está intrinsecamente relacionada à reprodução da classe trabalhadora e, conseqüentemente, ao aumento da produção capitalista.

Na década de 70 é publicado o primeiro documento do Banco Mundial traçando algumas propostas para a política de saúde aos países devedores. Entretanto, apenas na década 80, em vistas da ascensão neoliberal, o Banco Mundial assume “a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde”. (Correia, 2005, p. 110). Para tal liderança o organismo começa a adentrar o financiamento da política de saúde, tendo como direcionamento o financiamento de programas na saúde.

O setor de saúde só começa a aparecer como uma área de interesse, para o Banco, no final dos anos sessenta, vinculada a questão do combate à pobreza e à satisfação das necessidades humanas básicas, mesmo assim, restrita aos aspectos do controle demográfico. Só mais tarde, nos anos oitenta, com a crise do Estado Protetor e as possibilidades que este setor apresentava para o investimento do capital, é que a saúde entra como um setor específico na pauta de financiamento do Banco Mundial, e o é por uma determinada razão: ao financiar projetos para a área da saúde, esta instituição tinha clareza de que poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público. (RIZOTTO, 2000, p. 115)

Nestes termos, as regulamentações dos Organismos Internacionais, sobretudo do Banco Mundial, alinham-se com os ajustes neoliberais. Em 1991, de acordo com Rizzotto (2000), as publicações do Banco Mundial direcionam-se no sentido de ressaltar a importância da prestação dos serviços de saúde pelas organizações privadas, tendo em vista que os serviços prestados por essas instituições são superiores aos prestados pela rede pública. Apontar-se-á também a ineficiência do Estado Brasileiro na gestão das políticas públicas e o alto gasto com saúde em relação ao PIB do país. Todos esses questionamentos se repetem nos documentos publicados nos anos seguintes, os relatórios são publicados com base em dados de estudos da esfera nacional, desconsidera-se os dados e as diferentes realidades regionais, as diversas formas de gestão municipal da política pública.

Em 1993, no Relatório Anual do Banco Mundial para o desenvolvimento da saúde, alega-se a necessidade do desenvolvimento econômico. Far-se-á a defesa das privatizações das empresas públicas e a iniciativa privada na promoção de políticas sociais, com a justificativa do desenvolvimento econômico e a ampliação da eficiência dos serviços prestados.

*El Grupo del Banco Mundial apoya activamente la privatización en el contexto de sus metas más amplias de desarrollo económico y reducción de la pobreza. Durante los años civiles de 1991 y 1992 el Banco aprobó 110 operaciones para proyectos de inversión y 59 para fines de ajustes con componentes relativos a la privatización o la reestructuración de las empresas públicas. La CFI que há convertido a las privatizaciones em el elemento central y creciente de su programa de inversiones realizó 18 operaciones para fines de privatización durante los ejercicios de 1992 y 1993. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 61)*

No âmbito da saúde determinar-se-á como essenciais a assistência pré-natal e obstétrica, o planejamento familiar, o tratamento de crianças doentes, tratamento à tuberculose e o tratamento às doenças sexualmente transmissíveis. O financiamento público desses serviços “clínicos essenciais” é justificável “*porque crea externalidades positivas y reduce la pobreza.*” (Banco Mundial, 1993, p. 123). Mesmo o financiamento público sendo justificável, propõe-se a parceria com o terceiro setor e com o setor privado para atender tal demanda.

Os demais atendimentos clínicos, considerados como “discricionais”, devem ser atendidos pelo setor privado, através de planos particulares. Assim, conforme o documento, sobra um valor maior do orçamento para aplicação em outros serviços de saúde.

Indo na contramão do preceito da universalidade, há o questionamento sobre o acesso do “pobre” aos serviços de saúde. Conforme o documento, para que os mais pobres consigam acessar tais serviços é necessário determinar restrições, tendo em vista que garantir a saúde para todos resulta na dificuldade do acesso dos mais pobres ao sistema de saúde. A economia dos países irá determinar o tamanho da restrição, quanto mais pobre for o país mais restritos devem ser os serviços de saúde prestados.

*No obstante, asegurar que los servicios de salud subvencionados beneficien realmente a los pobres puede requerir restricciones que afecten particular al tipo de atención por el que paga el sector público. La oferta de servicios gratuitos de todo tipo para todos suele dar como resultado el racionamiento de los mismos, ya sea geográfico o según la calidad. esos programas de alcance universal tal no lleguen a los pobres ni mejoren su salud, pero sí es posible que atraigan más respaldo político que lá orientación de los servicios a beneficiarios específicos y con ellos se abordan más facilmente los problemas de los mercados de seguros que se examinan mais adelante. la determinacion de quienes deben recibir atención gratuita depende de la prevalencia de la pobreza y de la capacidad del país para financiar los servicios; el aumento del gasto puede traducirse en más atención para los más pobres, o bien en los mismos servicios para más personas, inclusive las menos pobres. En la practica, los países muy pobres tienen que adoptar un enfoque selectivo si quieren poder ofrecer a los sectores pobres de sus*

*problemas de certo grau de atenção de saúde. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 56)*

A perspectiva da privatização e da focalização dos atendimentos de saúde nos setores mais “pobres” da sociedade não são posicionamentos exclusivos ao documento de 1993. O Documento “Brasil: o novo desafio à saúde do adulto” de 1991, aponta que o desafio fundamental da saúde, junto a outros setores é “a edificação de uma sociedade mais equitativa e mais justa” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 92). Neste sentido, sendo os pobres os mais suscetíveis ao adoecimento e à mortalidade, a “redução dos riscos e a melhoria da saúde dos pobres” é um grande desafio para a saúde. Para maior eficiência do sistema de saúde não se faz necessário o aumento do investimento em tal política, tendo em vista que, conforme apresentado, o país investe uma alta porcentagem do seu PIB se considerar a renda per capita nacional. É necessário que os serviços prestados sejam destinados aos mais “pobres”, enquanto os demais devem recorrer ao mercado, via seguro privado de saúde, para o atendimento.

Este posicionamento também está presente no documento publicado em 1995, “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90”, no qual apontar-se-á estratégias-chaves de curto e longo prazo para serem materializadas na política de saúde. Essas estratégias são divididas em cinco grupos: Consolidação de reformas institucionais; Capacidade de formulação de políticas; Custos e contenção de custos; Melhoria da qualidade; Melhoria nas regulamentações. Dentre as estratégias estabelecidas no item “custos e contenção de custos”, indo na contramão da gratuidade, estabelecer-se-á a necessidade de “experimentar mecanismos de copagamento (...), cobrando apenas de pacientes com renda acima de certo valor, para a proteção dos mais pobres.” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 24).

Em tal documento apresenta-se ainda a necessidade fundamental de racionalizar a assistência à saúde, tendo em vista a insuficiência orçamentária para oferecer assistência à saúde plena para todos os cidadãos. Com isso, faz-se necessário definir quais grupos populacionais e quais serviços de saúde receberão subsídios. Para além disso, uma das soluções apresentadas ao problema do orçamento são as parcerias do setor público com o setor privado. Para tal é necessário “substituir a desconfiança e frustração mútua por esquemas mais construtivos e transparentes.” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 2).

Diante da análise do documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, Rizzotto faz uma síntese das propostas e estratégias-chaves apontadas pelo Banco Mundial para a política de saúde brasileira para a década de 90.

Flexibilização do SUS; Redefinição do papel dos estados federados na gestão do Sistema de Saúde; Estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; Limitação do acesso à serviços de atenção terciária; Controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção de formas de co-pagamento; Ênfase no controle de resultados; Favorecimento à iniciativa privada; Incentivo a concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores público e privado e; do papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, como o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades de saúde e, a fiscalização e o controle médico-sanitário. (RIZZOTTO, 2000, p. 163)

Essas propostas são absorvidas pela agenda nacional e orientam as contrarreformas executadas na década de 90. Conforme Correia, 2005, o documento “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, formulado em 1995 pelo Estado brasileiro, trata-se de uma síntese das “reformas” para o setor de saúde, em consonância com as determinações do Banco Mundial. Esse documento “foi inserido no “Caderno do MARE<sup>26</sup>” sob o n.º. 13 com o título “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”.” (Correia, 2005, p. 122).

O documento tem como princípio fundamental a redução dos gastos na saúde, para isso recomenda-se a construção de um “Subsistema de Entrada e Controle” e um “Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar”. Tendo em vista que, segundo o diagnóstico apresentado no documento, o SUS “favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde”, é necessário fortalecer os equipamentos da atenção básica de saúde. (BRASIL, 1998, p. 12-13). Assim, os médicos de saúde da família ou os clínicos gerais que atuam na atenção básica são responsáveis pelo “encaminhamento aos ambulatórios especializados e aos hospitais.” (BRASIL, 1998, p. 17).

Enquanto o “Subsistema de Entrada e Controle” deve ser fortalecido e ofertado pelo Estado, no “Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar”

---

<sup>26</sup> Ministério da Administração e Reforma do Estado

propõe-se que o Estado atue no financiamento e controle, entretanto os serviços devem ser ofertados por instituições não-estatais. Sendo assim, os “hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado (...).” (BRASIL, 1998, p. 19). Com a publicização dos hospitais, ou seja, com a mudança de instituição estatal para não-estatal, o financiamento de tais serviços é executado via celebração de “contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal.” (BRASIL, 1998, p. 19-20).

A velha estratégia de montar centralmente um sistema de oferta jamais funcionou. No fundo representava uma idéia de planejamento integral hoje superada. A nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses serviços ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado. A organização da oferta com apoio do Estado continuará nos hospitais universitários e de maior complexidade. Ocorrerá, ainda, subsidiariamente naqueles locais onde existe deficiência de equipamentos hospitalares e ambulatoriais, através de consórcios municipais. Os hospitais e ambulatórios deverão, em princípio, serem organizações públicas não-estatais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS. O objetivo é sempre montar um sistema hierarquizado e regionalizado, mas a partir da demanda dos serviços controlada pelo Estado através dos municípios. As ações, pelo lado da oferta, serão, portanto, pontuais e complementares. (BRASIL, 1998, p. 23)

Nestes termos entende-se que apenas aquilo que não for resolvido no nível primário deve ser encaminhado ao nível ambulatorial e hospitalar, uma vez que os serviços ofertados pelos hospitais e ambulatórios serão pontuais e complementares. De acordo com Rizzotto (2000), o aspecto fundamental dessa proposta se concentra na “ruptura na forma de gestão e de oferta” no nível de assistência hospitalar. Todos os hospitais fariam parte do “sistema de oferta de serviços” e os gestores públicos, nos três níveis, comporiam o “sistema de demanda”, ou seja, seriam os compradores dos serviços ofertados no mercado.” (RIZZOTTO, 2000, p. 207). Essa “modernização” na relação entre o público e o privado caminham ao lado das propostas estabelecidas pelo Banco Mundial para a estabilização financeira dos países latinos. Entre tais propostas estabelecer-se-á a

“Criação de uma nova estrutura de produção de “bens públicos” (saúde, educação, saneamento, água, etc) por meio de arranjos públicos-privados, substituindo “um sistema em que o próprio Estado produz e distribui os bens públicos por outro em que é o setor privado que os produz e distribui e o Estado desenha as políticas e o marco regulatório, supervisionando seu fornecimento.” (PEREIRA, 2010, p. 369)

As propostas apresentadas no sentido de racionalizar o acesso e moderar a demanda se materializam na Política de Saúde sob diversos aspectos, entre eles: “redução de leitos disponíveis ao SUS na rede conveniada; pela privatização de leitos na rede pública; pelo controle de AIH; pelas filas nos casos eletivos e até mesmo pela cobrança irregular de complementação ou taxas extras.” (RIZZOTTO, 2010, p. 204).

Em 20 de junho de 1996 o BIRD aprovou o financiamento do Projeto de Reforma do Setor de Saúde - REFORSUS. O custo total do projeto foi de 750 milhões de dólares, sendo que 300 milhões foram adquiridos através do BIRD, 350 milhões através do Banco Interamericano de Desenvolvimento e o valor de 100 milhões corresponde a contrapartida nacional<sup>27</sup>. O objetivo fundamental do programa era aprimorar a prestação de cuidados no âmbito do Sistema Único de Saúde e ajudar o governo a introduzir “reformas” de políticas que melhorem a sustentabilidade financeira e a eficiência do SUS<sup>28</sup>.

O projeto foi dividido em duas estratégias centrais: Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS e Promoção de Inovações na Administração do Setor Saúde. O primeiro “engloba tanto os serviços hospitalares quanto ambulatoriais e de apoio em seus diferentes níveis de complexidade, garantindo a execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.” (BRASIL, 1997, p. 5), já o segundo relaciona-se com as reformas na gestão do Sistema Único de Saúde.

A primeira estratégia foi dividida em 05 áreas programáticas:

Área Programática I - Readequação física e tecnológica da rede assistencial, com ênfase nas seguintes áreas:

- Assistência ao parto, puerpério e período perinatal.
- Assistência à urgência e emergência em grandes áreas urbanas.

Área Programática II - Programa Saúde da Família.

Área Programática III - Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica.

Área Programática IV - Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade dos Laboratórios de Saúde Pública. (BRASIL, 1997, p. 5)

---

<sup>27</sup> Informações do site oficial do Banco Mundial. <<https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P006554>> acesso em 07/07/2020.

<sup>28</sup> Informações obtidas no endereço: <<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/355001485900171390/brazil-health-sector-reform-project-reforsus>> acesso em 07/07/2020.

As estratégias para o desenvolvimento das atividades relacionadas são: conclusão de obras inacabadas, recuperação e readequação física, tecnológica e operativa, e modernização gerencial. Em relação a segunda estratégia central estabelecer-se-á quatro áreas de atuação: facilitar a estruturação de uma rede nacional de informação e avaliação em saúde, estimular a capacidade de formulação de políticas de saúde descentralizadas, desenvolver a capacidade gerencial das unidades gestoras e apoiar o desenvolvimento de iniciativas que contribuam para o aprimoramento e garantia de qualidade dos sistemas e serviços de saúde.

O REFORSUS deveria ser encerrado até 31/12/2000, mas devido à dificuldade da execução financeira o projeto foi finalizado em 31/12/2003. Os resultados foram apresentados pelo documento n°. 29325 publicado em 30/09/2004, *“Implementation Completion and Results Report”*. Ao fim do projeto foi possível analisar que todas as regiões do país foram contempladas de alguma forma com as ações do REFORSUS. As alocações financeiras do projeto foram destinadas, prioritariamente, para média e alta complexidade, sobretudo para compra de equipamentos e readequação física das instituições públicas e do terceiro setor. Na atenção básica, ressalta-se os investimentos realizados para implementação e ampliação do Programa Saúde da Família, os investimentos também foram alocados no sentido da modernização gerencial, nesta perspectiva destaca-se as qualificações destinada aos profissionais do PSF e da atenção especializada, e o catão saúde.

O REFORSUS consolidou alguns avanços e melhorias para saúde, tais como a finalização de obras inacabadas, ampliação da rede hematológica, hemoterápica, dos laboratórios de Saúde Pública e a implementação do PSF. Por outro lado, todas os contratos de compras de serviços firmados para o projeto foram através de licitação pública internacional, neste processo “as empresas nacionais tem pouco poder de competição com as multinacionais do setor.” (Rizzotto, 2000, p. 229). Assim, conforme as afirmativas do McNamara “cada dólar que os Estados Unidos pagam ao Banco Mundial, dois dólares são gastos na sua economia”. (Rizzotto, 2000, p. 229). Desta forma os países imperialistas, sobretudo os Estados Unidos que está à frente do Banco Mundial, lucram sob os juros cobrados dos países que contraem os empréstimos e lucram com as compras realizadas em seus países para materialização dos projetos aprovados.

Dentre os projetos destinados à saúde financiados pelo BIRD nos anos 90, o REFORSUS foi o que recebeu maior aporte financeiro. Na tabela 2 seguem os projetos aprovados na década de 90.

Quadro 1: Projetos direcionados à saúde financiados pelo BIRD aprovados na década de 90

Nome do projeto	Valor do aporte financeiro do BIRD (US\$)	Data de aprovação	Data de encerramento
Projeto Inovações no Ensino Básico	252.500.000,00	26 de junho de 1991	30 de dezembro de 1998
Projeto de Controle de Aids e DST	160.000.000,00	9 de novembro de 1993	30 de junho de 1998
Projeto de Reforma do Setor de Saúde - REFORSUS	300.000.000,00	20 de junho de 1996	31 de dezembro de 2003
Gestão de Recursos Naturais e Alívio à Pobreza Rural - Rio Grande do Sul	100.000.000,00	22 de abril de 1997	30 de dezembro de 2005
Projeto de Privatização do Estado de Mato Grosso	45.000.000,00	12 de junho de 1997	30 de setembro de 2001
Projeto de Reforma do Estado - Minas Gerais	170.000.000,00	28 de abril de 1998	31 de dezembro de 1999
BR: AIDS e Controle de DST II	165.000.000,00	15 de setembro de 1998	30 de junho de 2003
Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS)	100.000.000,00	17 de setembro de 1998	30 de junho de 2004
Projeto de Empréstimo para Ajuste Especial do Setor de Proteção Social	252.500.000,00	7 de janeiro de 1999	30 de junho de 1999

Fonte: Site oficial do Banco Mundial, 2020.

O primeiro projeto “Projeto Inovações no Ensino Básico”, embora voltado prioritariamente para educação, encontra-se entre os projetos da saúde no site oficial do Banco Mundial. Entre os objetivos para melhorar a aprendizagem e retenção na escola primária, encontra-se o reforço dos programas de saúde escolar. As intervenções no sentido da saúde escolar foram: A integração da saúde e temas nutricionais no currículo regular; um exame físico para antes e após entrada na escola primária; teste de visão anual; conclusão da infância imunizações; práticas

preventivas de saúde oral; um estudo-piloto para medir a prevalência de deficiência de vitamina A e ferro, bem como um programa de suplementação; encaminhamento da saúde física e mental para o centro de saúde local; ambiente escolar avaliações; e formação do pessoal dos centros de saúde em saúde primária e de professores em educação sanitária (BANCO MUNDIAL, 1999, p. 6).

Embora a maior parte dos projetos apontem de alguma forma para as privatizações, nos projetos de Privatização do Estado de Mato Grosso e de Reforma do Estado - Minas Gerais, o objetivo fundamental é a entrega dos bens públicos à iniciativa privada sob a justificativa de aumento da eficiência estatal e modernização do setor público.

De acordo com o Relatório de Conclusão e Resultados da Implementação do Projeto de Empréstimo para Ajuste Especial do Setor de Proteção Social, o objetivo central do apoio do Banco era minimizar os cortes no orçamento federal para a assistência social, saúde, educação e outros setores, como resultado do ajustamento fiscal de 1998 e proporcionar proteção orçamentária para vinte e dois programas específicos para os pobres. Entre os resultados apresentados aponta-se o fornecimento de um piso de despesas per capita em todos os estados em apoio à saúde básica, educação, assistência social e rendimento aos desempregados.

O Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS), o qual teve sua primeira fase iniciada em 1998, o Projeto de Controle de Aids e DST (1993) e o BR: AIDS e Controle de DST II (1998) são direcionados ao combate e controle de doenças transmissíveis. A preocupação do Banco Mundial com o controle de tais doenças “decorre de pressão exercida pelos países centrais, em face dos perigos que a disseminação incontrolada desta doença poderia acarretar, menos para as populações destes países e mais para o processo de expansão do modelo econômico capitalista.” (RIZZOTTO, 2000, p. 234).

As recomendações apresentadas nos relatórios do Banco e os projetos financiados por ele demonstram claramente a finalidade de adequar a política de saúde dos países periféricos à dinâmica neoliberal, favorecendo os países imperialistas, com base nas diretrizes do Consenso de Washington. Nos anos 2000 a finalidade continua a mesma e a defesa da iniciativa privada em detrimento do Estado, da “reforma” administrativa, da focalização, continuam presentes nas recomendações do banco.

## 2.4 AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA A PARTIR DOS ANOS 2000

No final da década de 90, após o anúncio do fim do Consenso de Washington pelo Banco Mundial, as novas recomendações para os países periféricos serão estruturadas no Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1997. Para um Estado mais eficiente recomenda-se “ajustar o papel do Estado à sua capacidade.” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 167). Sendo assim, o Estado deveria exercer suas funções básicas, tais como “salvaguardar a lei e a ordem, proteger os direitos de propriedade, administrar a macroeconomia, prestar serviços sociais básicos e proteger os desamparados” (Ibidem, p. 167). O aumento das funções do Estado, conforme o documento, pode causar um colapso, fazendo com que o Estado fique impossibilitado de exercer até suas funções mais básicas.

Para a ampliação da capacidade institucional do Estado propõe-se parcerias com o mercado privado e setor voluntário. Há a reafirmação da complementariedade do setor Estado e do mercado, considerando que o primeiro deve estabelecer as bases institucionais para sustentação do segundo, neste ponto ressalta-se no documento os direitos de propriedade: “Os direitos de propriedade são a base do crescimento impelido pelo mercado e da redução da pobreza.” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 48). Além disso, para garantir o crescimento das empresas é necessário que o Estado se responsabilize por políticas de “provisão de estabilidade macroeconômica; evitação das distorções dos preços e liberalização do comércio e dos investimentos.” (Ibidem, p. 49).

Posto isto, considera-se no documento que o papel do Estado é oferecer serviços sociais básicos, o mínimo necessário para garantir a reprodução da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que promove as bases institucionais e legais, para a expansão capitalista. O Estado atua como um “parceiro” do mercado, oferecendo o necessário para sua expansão sem interferir na sua regulamentação. Tais preceitos são consonantes com a orientação neoliberal, tendo em vista as recomendações para a redução ou a retirada do Estado na oferta de serviços e políticas sociais e, ao mesmo tempo, que o Estado seja maximizado para ofertar o necessário ao mercado e ao capital. O Estado deixa “de ser uma fonte direta de serviços” e “deve passar a ser sócio e facilitador, regulando mercados, fazendo cumprir contratos e desempenhando todos os papéis essenciais” (BANCO MUNDIAL,

1997, p. 103). Desta forma a classificação de um Estado como eficiente ou ineficiente consistirá na sua funcionalidade ao mercado.

Neste sentido, considera-se que o Estado deve alocar seus recursos apenas em bens públicos essenciais enquanto as áreas que podem ser atendidas pelo setor privado, tais como “hospitais urbanos, clínicas, universidades e transportes”, não devem ser financiadas pelo Estado. Aponta-se que os gastos públicos com tais áreas “beneficiam desproporcionalmente os ricos, enquanto os pobres recebem apenas uma pequena fração.” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 56). Nesta perspectiva, determina-se que “as intervenções de saúde pública destinadas a melhorar a saúde de grandes setores da população, inclusive os pobres, deveriam ter maior prioridade.” (Ibidem, p. 56).

Os serviços de atenção curativa não devem ser custeados pelo Estado, pois “todos menos os mais pobres, encontrarão algum meio de pagar pelo serviço” (Ibidem, p. 56). Essa agenda privatizadora, focada em atender apenas os mais pobres é uma continuação da agenda proposta nos anos anteriores. Ainda há a proposta de contrarreforma gerencial do funcionalismo público, no sentido de reduzir os salários dos funcionários, implantar sistemas de avaliação, aumentando a competição de acordo com o uso de critério de mérito e a terceirização.

No documento considera-se que as “reformas” propostas são impopulares, sobretudo frente ao grupo daqueles que serão afetados. Por isso, sugere-se que os governos formem consensos através de cooptação de setores estratégicos, os convencendo sobre os benefícios das “reformas”. Assim, “devem os líderes políticos oferecer uma visão convincente, que transcenda as áridas realidades da eficiência econômica, da direção para a qual ruma a sociedade. Essa visão pode motivar e angariar apoio às reformas.” (Ibidem, p. 164). Aqui cabe ressaltar que tais políticas propostas são impopulares uma vez que vão na contramão de políticas sociais universais, prestadas pelo Estado e garantidas como direito.

A proposta do Banco é para flexibilização, “modernização”, focalização, privatização e corte de gastos destinados a políticas sociais, ainda que tais medidas sejam contrárias ao rol de políticas sociais garantidas legalmente neste ou naquele país. Quanto ao objetivo da reforma, o Banco é taxativo “o propósito da reforma é melhorar o bem-estar-econômico”, ou seja, não é objetivo da reforma o bem-estar-social, a ampliação da proteção social, a ampliação de direitos dos trabalhadores, o objetivo é voltado único e exclusivamente para economia. Esse

posicionamento do Banco Mundial mostra a ideologia neoliberal que norteia e dá base às recomendações da instituição. A proposta de consenso, cooptação de setores estratégicos, representa o poder ideológico da instituição, poder esse que é utilizado para materialização das suas recomendações.

Conforme Pereira (2018), o RDM 1997 orientou as ações do Banco Mundial por pelo menos duas décadas e resultou em “ganhos extraordinários para os agentes financeiros mais globalizados, privatização e desnacionalização das economias e expropriação de direitos sociais e trabalhistas em favor do capital.” (PEREIRA, 2018, p. 2193).

No ano de 2007 o Banco Mundial publica o documento “Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos”. No documento, seguindo o mesmo padrão dos relatórios publicados na década de 90, afirma-se que o sistema de saúde brasileiro é ineficiente e de baixa qualidade, sendo assim, o maior desafio é “aumentar a eficiência e eficácia na utilização dos recursos para a área de saúde para conter o aumento dos custos” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 1).

A análise apresentada no documento é dividida entre os seguintes itens: Planejamento e Orçamentação; Execução Orçamentária; Gestão de Materiais e Medicamentos; Gestão de Equipamentos e Instalações; Gestão de Pessoal; Gestão de Produção e Qualidade. Frente às análises apresentadas propõe-se sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamento, execução e informação, e orientá-los para o desempenho(...); consolidar as transferências de recursos em categorias mais abrangentes e vincular qualquer aumento no financiamento à melhoria do desempenho, assim recompensando o bom desempenho e penalizando o desempenho inadequado(...); desenvolver e introduzir arranjos organizacionais que proporcionem às unidades de gestão níveis crescentes de autonomia e autoridade para tomada de decisão sobre a gestão de recursos(...); fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial(...); estabelecer sistemas de monitoração robustos que visem melhorar o desempenho organizacional(...) (BANCO MUNDIAL, 2007).

O documento ressalta a necessidade de acompanhar a produtividade profissional tendo em vista que “a produtividade é um determinante muito importante da eficiência e dos custos.” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 61). Para tal recomenda-se a análise não só dos números, mas do tempo de consultas e atendimentos profissionais. Ainda se propõe a responsabilização dos profissionais e a formulação

de um sistema de punição e recompensas para aqueles que se enquadrarem ou não, nos padrões estabelecidos para medir a eficiência.

No documento de 2007, o Banco Mundial adota o termo governança ou accountability como sendo um mecanismo capaz de “captar a responsabilidade dos atores e as consequências que serão enfrentadas por eles com base em seu desempenho” (Banco Mundial, 2007, p. 1). Com isso, a instituição prestadora de serviços de saúde, os gerentes e os trabalhadores poderiam ser responsabilizados pelo seu comportamento na gestão, no planejamento, no monitoramento e na administração dos recursos financeiros, “onde um desempenho ruim é sancionado e um bom desempenho é recompensado por promover qualidade e impacto” (Banco Mundial, 2007, p. 1). Para o Banco, a ausência de responsabilização, ou seja, de punição de gerentes e profissionais com baixo desempenho, levaria a um sistema injusto que comprometeria a qualidade e o impacto das ações de saúde. 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 Banco, o problema não está na falta de recursos, mas na sua má gestão. (CAMPOS E RIZZOTTO, 2016, p. 266-267)

As propostas apresentadas pelo documento de 2007 vão ao encontro dos preceitos da “reforma” gerencial necessária ao neoliberalismo. Neste sentido “para o Banco, a solução dos problemas do setor estaria no microespaço e na adoção de procedimentos técnicos, e nunca em decisões de macropolítica.” (CAMPOS E RIZZOTTO, 2016, p. 267). Assim como nos demais documentos publicados, a análise dos problemas da política de saúde é rasa, focalizada em alguns pontos estratégicos para o capital, apresentando limitadas soluções voltadas a contrarreformas e ajustes estruturais relacionados, sobretudo à gestão da política.

No texto “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil Uma análise do Sistema Único de Saúde” publicado em 2013, é feito um breve apanhado histórico do SUS e a partir disso, afirma-se que embora os gastos com saúde tenham crescido consideravelmente desde a década de 80, o governo brasileiro investe apenas 4% do PIB na Saúde, o que é considerado uma porcentagem baixa se comparado com outros países da OCDE. Entretanto, mesmo com tal afirmação, não se propõe um aumento no valor destinado a política de saúde, pelo contrário, considera-se que “o sistema de saúde claramente poderia produzir mais serviços de saúde e melhores resultados com o mesmo nível de recursos.” (COUTTOLENC, GRAGNOLATI, LINDELOW, 2013, p. 13).

Retoma-se a questão da “governança” apontada no texto anterior e aponta-se que a governança está relacionada com o estabelecimento do direito à

saúde e suas consequências; as instâncias de coordenação e financiamento em todos os níveis de governo, as quais estão relacionadas com as transferências de responsabilidade entre os níveis governamentais; à participação e à capacidade de influência da sociedade; e, por fim, com o relacionamento entre compradores e provedores de serviços de saúde.

Nesse documento a governança é definida como “um conjunto de sistemáticas que induz e reproduz melhores práticas, para garantir aos gestores a tomada de decisão mais adequada à gestão e aos princípios constitucionais do SUS.” (COUTTOLENC, GRAGNOLATI, LINDELOW, 2013, p. 4). Ao analisar o texto, compreende-se que ela está relacionada com uma gestão democrática, tendo em vista que envolve “a gestão dos relacionamentos entre os vários atores que figuram no sistema de saúde(...)” (Ibdem, p. 4). Entretanto,

Essa noção de governança, aparentemente democrática, subtrai dos governos e do próprio Estado o poder e o dever para definir e garantir as políticas sociais, e desconsidera os interesses antagônicos em uma sociedade de classes e o poder de pressão que cada grupo exerce sobre os agentes estatais e sobre o uso dos fundos públicos. Parte do princípio de que ao Estado cabe, fundamentalmente, o papel de condutor dos processos de negociação e regulador da oferta de serviços públicos, como a saúde, sem, necessariamente, ser responsável por essa oferta e nem mesmo pelo seu financiamento integral. (CAMPOS E RIZZOTTO, 2016, p. 269)

Neste sentido, a governança é uma forma de reafirmar e fortalecer a ideia da transferência da responsabilidade da prestação dos serviços de saúde do Estado para o mercado, representado muitas vezes pelo terceiro setor. Para tal defesa, utiliza-se como exemplo “o pioneirismo de São Paulo ao contratar organizações privadas sem fins lucrativos (organizações sociais) para a gestão de unidades de saúde.” (COUTTOLENC, GRAGNOLATI, LINDELOW, 2013, p. 6). Acrescenta-se que “face às persistentes preocupações acerca da eficiência e da qualidade, muitos estados e municípios estão experimentando novos modelos de prestação de serviços, incluindo a contratação de organizações sem fins lucrativos(...).” (Ibdem, p. 11). Esse formato de contratação de serviços entre o público e o privado é considerado no texto como “promissor” no sentido de tornar o sistema de saúde mais eficiente.

A parceria entre o setor público e o privado é a principal alternativa apresentada ao desafio de melhorar a eficiência e qualidade dos serviços de cuidados de saúde, principalmente de alta complexidade. Assim sendo, reafirma-se o Estado

no monitoramento, gestão e avaliação dos serviços prestados, enquanto o a rede suplementar ocupa o lugar de prestador dos serviços de alta e média complexidade. Inclusive, para se tornar mais atrativo, propõe-se disponibilizar melhores incentivos aos prestadores de serviços tanto públicos quanto privados.

A adoção de novos modelos de contratação proporciona uma oportunidade para mudar a forma como os prestadores são financiados e as relações entre os vários níveis de governo. Mas, fora estas experiências, um fator importante que contribui para a ineficiência e questões de qualidade é a fragilidade dos atuais mecanismos de pagamento aos prestadores. Mesmo quando foi adotado um desenho originalmente adequado (como a AIH no caso dos métodos de pagamento para internação hospitalar) distorções foram se acumulando e os atuais métodos de pagamento não proporcionam incentivos apropriados para os provedores. A correção das distorções existentes e a adoção em larga escala de métodos de pagamento ao provedor, que concedam incentivos claros à melhoria do desempenho, podem ajudar a tornar mais efetivo o uso dos recursos disponíveis e a aperfeiçoar o desempenho, dentro de um modelo de financiamento praticável. (COUTTOLENC, GRAGNOLATI, LINDELOW, 2013, p. 108)

Percebe-se que as recomendações do Banco Mundial para a década de 2000, pouco se diferem daquelas publicadas na década anterior. Reforça-se a importância da parceria entre o setor público e o privado, reduzindo o investimento do Estado para àquelas áreas essenciais, enquanto nos demais setores deve-se prevalecer a prestação do serviço privado. Além dos altos lucros obtidos pelas empresas prestadoras dos serviços de saúde, para tornar esses investimentos ainda mais atrativos, propõe-se incentivos a tais instituições privadas. Essas recomendações estão intrinsecamente relacionadas com a agenda neoliberal e seu incentivo às privatizações, à terceirização das funções do Estado e à redução de investimentos em políticas públicas.

## 2.5 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS PUBLICADOS NOS ÚLTIMOS ANOS PELO BANCO MUNDIAL PARA CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE

No ano de 2017 o Banco Mundial publicou um documento intitulado “Um Ajuste Justo: Análise da Eficiência e Gasto Público no Brasil”, o qual se inicia com a seguinte afirmação “O Governo Brasileiro gasta mais do que pode e, além disso, gasta mal.” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 7). Frente a tal afirmação, explica-se que nos últimos anos aumentou-se os gastos públicos no país, o que colocou em risco sua sustentabilidade fiscal. Assim, o “teto de gastos” estipulado em 2016 é

considerado uma introdução ao “ajuste gradual para os gastos públicos ao longo dos próximos dez anos” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 7), entretanto, cabe ressaltar que embora o documento considere importante a medida da determinação do teto dos gastos, ela é apenas uma introdução aos ajustes necessários, para além defende-se a aprovação da contrarreforma previdenciária, a redução dos salários do funcionalismo público, as políticas de ajuste fiscal, as contrarreformas na educação e saúde no sentido de aumentar a eficácia e a eficiência de tais políticas.

Além desse documento, o site Carta Capital publicou uma reportagem em 2017 apontando que “o Banco Mundial fechou um acordo com o Ministério da Fazenda no valor de 500 milhões de dólares em uma modalidade conhecida como Empréstimo de Políticas para Desenvolvimento”. Esse valor é liberado conforme o país cumpra os objetivos pré-definidos, entre eles estão o “congelamento do gasto público por 20 anos, a reforma trabalhista e a terceirização, a lei de imigração, o desmonte da política de conteúdo local no setor de petróleo.” (CARTA CAPITAL, 2017). Essa publicação reafirma a influência do Banco Mundial nos ajustes estruturais do país, inclusive àqueles que ocorrem posterior a 2017.

No documento “Um Ajuste Justo: Análise da Eficiência e Gasto Público no Brasil” observa-se que para o cumprimento do teto de gastos, determinado pela Emenda Constitucional n.º. 95 publicada em 2016, é necessário priorizar a alocação de recursos de forma a proteger os mais pobres e vulneráveis. Há uma aparente preocupação com proteção dos pobres, entretanto aponta-se que 70% dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) não pertencem ao grupo mais pobre da população e que o valor do benefício é muito alto, diferente do Bolsa Família. A proposta é unificar o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada, a Aposentadoria Rural e o Salário Família. Além disso, propõe-se a “introdução de regras mais rígidas de elegibilidade e a desvinculação dos benefícios do BPC ao salário mínimo” para redução das despesas (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 98). Utiliza-se como justificativa a comparação dos países da OCDE os quais pagam aproximadamente 45% do salário mínimo aos idosos, enquanto o Brasil para 100% do salário mínimo.

De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social, o Benefício de Prestação Continuada é destinado ao idoso (maior de 65 anos) ou a pessoa com deficiência que “comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.” (Lei n.º. 8.742, art. 20). Para acesso ao benefício a

renda per capita mensal da família deve ser inferior a um quarto do salário mínimo.<sup>29</sup> (idem, *Ibidem*). O recorte de renda para acesso ao BPC é extremamente baixo e o valor recebido é de um salário mínimo, ainda assim, no documento, os beneficiários são considerados privilegiados, que não fazem parte da parcela mais pobre da população e que recebem um valor muito alto. Esse posicionamento demonstra o alinhamento do Banco Mundial com a agenda neoliberal no sentido de focalizar os benefícios, as políticas públicas e os serviços sociais apenas na extrema pobreza e reduzi-los ao máximo, não garantindo nem o mínimo necessário para sobrevivência dos trabalhadores. O documento defende a eficácia do Programa Bolsa Família: “de todos os programas de assistência social, somente o Bolsa Família é bem direcionado e eficaz em termos de custo” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 91). Isso porque o Bolsa Família é um programa que atende um maior número de pessoas por um valor menor que o BPC, entretanto o que o documento não explica é que o valor pago pelo Bolsa Família é ínfimo e não garante a subsistência das famílias que dependem do programa nem em seus aspectos mais básicos, tais como alimentação, água, luz e moradia.

O documento segue com propostas para o Seguro-Desemprego e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), ambos benefícios garantidos pela Constituição Federal de 1988 para a melhoria da condição social dos trabalhadores urbanos e rurais. Sugere-se que seja bloqueado ao funcionário demitido o saque total do FGTS e que seja liberada mensalmente apenas uma parcela desse valor e, após o esgotamento do FGTS, será pago o Seguro-Desemprego. O FGTS foi criado em substituição da estabilidade decenal e tem como objetivo a proteção do trabalhador demitido sem justa causa.

Trata-se de um valor recolhido mensalmente pelo empregador como uma espécie de “poupança” para o empregado. O empregado pode sacar esses valores mediante algumas situações de doença previstas em lei, para aquisição de imóvel e frente a demissão sem justa causa. Já o seguro desemprego tem como finalidade “prover assistência financeira temporária ao trabalhador desempregado em virtude de dispensa sem justa causa, inclusive a indireta, e ao trabalhador comprovadamente resgatado de regime de trabalho forçado ou da condição análoga à de escravo” (Lei n°. 7998, art. 2°). O custeio do programa se dá através do Fundo

---

<sup>29</sup> A lei foi alterada pela Medida Provisória 1.023/2020, até dezembro de 2020 o critério de renda para acesso ao BPC era renda familiar mensal per capita igual ou inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo.

de Amparo ao Trabalhador (FAT), vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego, e trata-se do pagamento temporário de parcelas mensais ao trabalhador demitido sem justa causa. Diferentemente do FGTS, o Seguro-Desemprego garante um valor mensal ao trabalhador por um período determinado ou até ele encontrar outra vaga de emprego. Ambos são direitos importantes garantidos ao trabalhador, eles têm finalidades diferentes e funcionam de maneiras diferentes.

Embora segundo o documento “a coordenação entre o FGTS e o Seguro-Desemprego ofereceria às famílias um conjunto de ferramentas mais resilientes para administrar uma série de riscos ao emprego”<sup>30</sup>, na prática esse sequenciamento desmonta os direitos dos trabalhadores tendo em vista que restringe o acesso do trabalhador ao Fundo de Garantia, importante fator para a proteção desse trabalhador, e àquele que tiver um alto valor de FGTS irá demorar um longo período até conseguir o acesso ao Seguro-Desemprego. Além disso, recomenda-se que “as penalidades impostas aos empregadores por demissões sem justa causa, poderiam ser pagas integralmente ao FAT<sup>31</sup>”, atualmente o valor da multa de 40% do valor do FGTS é paga ao empregado, essa multa tem a função de proteger a relação de emprego contra despedida arbitrária ou sem justa causa e é garantida pelo artigo 7º da Constituição Federal de 1988.

Acrescenta-se recomendações para alterações no abono salarial e no Salário Família. Primeiro propõe-se que o abono salarial deve ser pago em forma de subsídio ao empregador como estímulo a novas contratações. Considera-se que 67% do benefício é pago aos 60% dos trabalhadores mais ricos, ainda que atualmente ele seja destinado aos trabalhadores com remuneração mensal média de até dois salários mínimos durante o ano-base. Acrescenta-se que o salário família se sobrepõe ao abono salarial e também é pago atualmente aos quintis mais ricos, embora atualmente ele seja destinado aos trabalhadores com salário de até R\$ 1.425,56<sup>32</sup>, com filhos menores de 14 anos de idade ou inválidos de qualquer idade, e o valor das cotas pagas por filho é de R\$ 48,62<sup>33</sup>.

o Abono Salarial e o Salário-Família possuem basicamente os mesmos objetivos, pois ambos oferecem subsídios salariais aos trabalhadores formais de baixa renda. Na verdade, há uma grande sobreposição de beneficiários, a

---

<sup>30</sup> Banco Mundial, 2017, p.100.

<sup>31</sup> Banco Mundial, 2017, p. 100.

<sup>32</sup> Valor referente à faixa de valor limite para o recebimento do salário família do ano de 2020.

<sup>33</sup> Valor correspondente ao ano de 2020.

maior parte dos quais entre os 60% mais ricos da população. O Salário-Família é uma resposta antiquada às preocupações com os trabalhadores mais pobres, mas soluções mais modernas de políticas públicas conseguem integrar programas de emprego e de assistência social (Bolsa Família) para facilitar a transição da assistência social à reintegração no mercado de trabalho com distorções mínimas. O Abono Salarial beneficia principalmente os trabalhadores do 2º, 3º e 4º quintis de renda e, portanto, deixa de cumprir, em grande parte, seu objetivo de oferecer ajuda financeira aos trabalhadores mais pobres. (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 95)

Embora o próprio documento afirme que “nenhuma economia fiscal significativa é esperada” das medidas recomendadas para as mudanças do abono salarial, defende-se que elas são necessárias. (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 12), o abono salarial e o salário família “poderiam ser consolidados em um só e reformulados”, com essa consolidação propõe-se como medida mais simples “eliminar completamente o direito ao Abono Salarial (uma vez que ele é mais regressivo) e preservar o Salário-Família, que é mais progressivo.” (Ibidem, p. 101). As exigências para o acesso a esse benefício “unificado”, deverão ser revisadas para focalizar o benefício nos trabalhadores mais pobres da população (Ibidem, p. 101). Atualmente tais benefícios são pagos aos trabalhadores que recebem menos de dois salários mínimos, esses não fazem parte de uma camada “mais rica” como o documento apresenta, percebe-se novamente o empenho do Banco Mundial na focalização dos benefícios apenas nas situações de extrema pobreza e no desmonte dos direitos voltados ao trabalhador, ainda que tais medidas não implique nenhuma economia significativa.

Sobre o funcionalismo público alega-se que, embora o número de servidores não seja tão alto como em outros países da OCDE, o valor dos salários do funcionalismo público está acima da média salarial de outros países e do setor privado. O documento apresenta uma breve análise sobre a diferença entre os valores recebidos pelos servidores públicos federais, estaduais e municipais, e afirma que os servidores federais são aqueles que recebem o maior valor e é onde tem a maior discrepância salarial se comparado ao setor privado. Entretanto, após a análise, apresenta-se a “reforma” a ser executada em todos os níveis de governo, para todo o funcionalismo público, como se todos recebessem altos salários e altos benefícios, o que não é real. Para melhorar a gestão de recursos humanos no funcionalismo público recomenda-se: I) a racionalização da remuneração; II) a priorização do planejamento estratégico da força de trabalho, o que engloba a realocação de funcionários, a terceirização e a reforma das carreiras e categorias funcionais; III) reforma do sistema

de carreiras, que sugere diminuir o número de categorias, aumentando a mobilidade do servidor entre categorias semelhantes; IV) seleção com base em competências, propõe modernizar a forma de seleção para além das habilidades acadêmicas, focando na competência e experiência prévia dos candidatos. Em suma, a contrarreforma no funcionalismo público ataca as remunerações, defende a flexibilização do trabalho, a redução da estabilidade e os incentivos por desempenho, aspecto já defendido em outros documentos.

No documento de 2017 defende-se também a contrarreforma da previdência sob os pretextos de que o Brasil gasta muito com a previdência social e de que “o sistema previdenciário atual é generoso para padrões internacionais.” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 70). Alega-se que no Brasil a idade para acesso à aposentadoria é inferior à idade para o acesso nos demais países da OCDE e por isso os aposentados brasileiros estão em uma situação favorável.

Atualmente, a idade mínima para aposentadoria é de 65/60 anos para homens e mulheres em regiões urbanas; 60/55 para homens e mulheres em regiões rurais; 60/55 para homens e mulheres no funcionalismo público; e 55/50 para homens e mulheres que trabalham como professores ou outros grupos especiais de servidores públicos, dentre os quais a polícia militar. Em comparação aos padrões da OCDE, os aposentados brasileiros estão em uma situação favorável, pois mesmo os países com sistemas previdenciários mais generosos da OCDE exigem uma idade mínima para aposentadoria de 65 e 67 anos para homens e mulheres. (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 70)

Acrescenta-se que as taxas de reposição são muito altas, tendo em vista que maior parte dos trabalhadores ao se aposentar recebe o valor integral de seu último salário “ao passo que as taxas de reposição ficam em torno de 70% na maior parte dos países da OCDE” (Ibidem, p. 70). De acordo com a lei n°. 8.213, artigo 50, a aposentadoria por idade consistirá numa renda mensal de 70% (setenta por cento) do salário-de-benefício, mais 1% (um por cento) deste, por grupo de 12 (doze) contribuições, não podendo ultrapassar 100% (cem por cento) do salário-de-benefício. Já o artigo 53 da mesma lei determina que a aposentadoria por tempo de serviço será calculada da seguinte forma:

- I - para a mulher: 70% (setenta por cento) do salário-de-benefício aos 25 (vinte e cinco) anos de serviço, mais 6% (seis por cento) deste, para cada novo ano completo de atividade, até o máximo de 100% (cem por cento) do salário-de-benefício aos 30 (trinta) anos de serviço;
- II - para o homem: 70% (setenta por cento) do salário-de-benefício aos 30 (trinta) anos de serviço, mais 6% (seis por cento) deste, para cada novo ano

completo de atividade, até o máximo de 100% (cem por cento) do salário-de-benefício aos 35 (trinta e cinco) anos de serviço. (BRASIL, 1993)

O salário benefício sobre o qual são calculadas as aposentarias é o resultado da média aritmética simples dos maiores salários de contribuição correspondentes a oitenta por cento<sup>34</sup> de todo o período contributivo, multiplicada pelo fator previdenciário. O Fator Previdenciário<sup>35</sup> pode aumentar ou reduzir o valor da aposentadoria, vai depender da idade e do tempo de contribuição do trabalhador. Ele é o fator responsável por muitos trabalhadores continuarem trabalhando mesmo após adquirirem o direito à aposentadoria. Nenhuma aposentadoria brasileira é o valor integral do último salário, tudo irá depender dos cálculos previdenciários, frente a tais cálculos muitos trabalhadores recebem um valor inferior ao último salário.

Além do alto valor das aposentadorias no Brasil, de acordo com o documento a previdência beneficia os mais ricos da população. Defende-se o aumento da idade para o acesso a aposentadoria, a eliminação da aposentadoria por tempo de contribuição, o aumento do tempo de carência para aposentadoria por idade, a alteração do cálculo dos benefícios, obrigando o trabalhador a contribuir por mais tempo para conseguir se aposentar com um valor mais alto e a limitação de dois salários mínimos em caso de acúmulo de dois benefícios de longevidade e sobrevivência, tais como aposentadoria e pensão por morte. Acrescenta-se ainda que tais medidas são necessárias, mas são necessárias mais mudanças, é necessário desvincular o benefício previdenciário mínimo do salário mínimo, reduzir as taxas de reposição dos benefícios previdenciários, aumentar as contribuições e tributar as rendas previdenciárias e estabelecer aumentos salariais modestos no serviço público, assim o servidor aposentará com um valor mais baixo.

No ano de 2019, foi aprovada no Brasil a Emenda Constitucional n°. 103, que altera o sistema de previdência social e por isso ficou conhecida como a

---

<sup>34</sup> Condição alterada pelo artigo 26 da Emenda Constitucional n°. 103/2019. No texto da lei 8.213/1991 que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social o salário benefício continua sendo descrito como a média aritmética simples dos maiores salários-de-contribuição correspondentes a oitenta por cento de todo o período contributivo, multiplicada pelo fator previdenciário.

<sup>35</sup> O fator previdenciário é um número calculado de acordo com a idade, a expectativa de sobrevida e o tempo de contribuição do segurado ao se aposentar. Para chegar nesse número deve-se utilizar uma fórmula específica, estabelecida pela lei n°. 9876/1999. O fator previdenciário foi um dos instrumentos utilizados na Reforma da Previdência do final da década de 90 para reduzir o valor das aposentadorias e manter o trabalhador contribuindo com a previdência social por mais tempo. Em alguns casos, levando-se em consideração os itens citados, o fator previdenciário pode aumentar o valor da aposentadoria que seria paga ao trabalhador.

Reforma da Previdência. Com a contrarreforma houve o aumento da idade necessária para acesso à aposentadoria por idade, o aumento do tempo de contribuição para acesso às aposentadorias e a extinção da aposentadoria por tempo de contribuição. Também alterou o cálculo dos benefícios do Regime Próprio de Previdência Social da União e do Regime Geral de Previdência Social que passam a ser calculados pela média aritmética simples dos salários de contribuição e das remunerações correspondentes a cem por cento do período contributivo. Essa mudança auxilia na queda do valor dos benefícios, tendo em vista que anterior a contrarreforma a média era calculada em cima dos maiores salários de contribuição correspondentes a oitenta por cento do período contributivo, ou seja, vinte por cento do período contributivo, aqueles correspondentes às menores contribuições eram descartados para fins de cálculo.

Outra mudança importante corresponde à acumulação da pensão por morte com a aposentadoria, até então era comum os aposentados, após o falecimento do seu cônjuge, receberem a pensão por morte em conjunto com a aposentadoria, tendo em vista que se tratam de benefícios diferentes, os quais precederam de contribuições de segurados diferentes e tanto a morte quanto o envelhecimento são riscos sociais cobertos pelo Seguro Social pago durante a vida laboral do trabalhador. A partir da contrarreforma é assegurada a percepção do valor integral do benefício mais vantajoso e de apenas uma parte do outro benefício.

§ 2º Nas hipóteses das acumulações previstas no § 1º, é assegurada a percepção do valor integral do benefício mais vantajoso e de uma parte de cada um dos demais benefícios, apurada cumulativamente de acordo com as seguintes faixas:

- I - 60% (sessenta por cento) do valor que exceder 1 (um) salário-mínimo, até o limite de 2 (dois) salários-mínimos;
  - II - 40% (quarenta por cento) do valor que exceder 2 (dois) salários-mínimos, até o limite de 3 (três) salários-mínimos;
  - III - 20% (vinte por cento) do valor que exceder 3 (três) salários-mínimos, até o limite de 4 (quatro) salários-mínimos; e
  - IV - 10% (dez por cento) do valor que exceder 4 (quatro) salários-mínimos.
- (BRASIL, 2019)

A impossibilidade do recebimento integral da aposentadoria em conjunto com a pensão por morte e vice-versa é mais um dos pontos importantes para a redução dos benefícios pagos ao trabalhador. Outro ponto da contrarreforma com o mesmo objetivo é a alteração do valor pago pela pensão por morte aos dependentes, o qual será de apenas uma cota de 50% do valor da aposentadoria recebida pelo

segurado ou servidor ou daquela a que teria direito se fosse aposentado por incapacidade permanente na data do óbito, com acréscimos de cotas de 10% por dependente, até o máximo de 100%. As mudanças estabelecidas pela contrarreforma da previdência estão exatamente de acordo com as orientações publicadas no documento publicado pelo Banco Mundial em 2017.

Além das mudanças na previdência social, o documento prevê mudanças também para as políticas de saúde e educação. Sobre a educação aponta-se que no ensino fundamental e médio a ineficiência está relacionada ao número excessivo de professores, como solução propõe-se reduzir o número de professores não repondo os profissionais que estão se aposentando, vincular os salários aos índices de desempenho e recomenda-se medidas para aumentar o tempo dos professores em sala de aula, tais como:

mecanismos para registrar ausências e presenças; introdução e aplicação de ameaças de demissão por absenteísmo excessivo; introdução de benefícios vinculados à aposentadoria; e publicação de índices médios de absenteísmo nos relatórios de desempenho das escolas. (Banco Mundial, 2017, p. 130)

Ressalta-se também a necessidade de desvincular o percentual garantido constitucionalmente que deve ser destinado à educação. O documento também questiona os altos salários recebidos pelos professores, a condição de contratação e os planos previdenciários destes profissionais, os quais são apresentados como “relativamente generosos quando comparado a outros países da OCDE” (Ibidem, p. 127). Em suma, os fatores de ineficiência da educação brasileira são relacionados sobretudo, aos “privilégios” dos professores e ao alto valor investido na educação, tendo em vista a obrigatoriedade constitucional. Trata-se de uma análise rasa, simplista, que desconsidera todas as dimensões e as complexidades que atravessam a educação brasileira, além de representarem retrocessos para tal política.

o relatório apresenta uma retórica aparentemente técnica, mas que na realidade faz a defesa – política, sem dúvidas – de uma agenda de austeridade fundamentada por um conjunto de dados que não correspondem às melhores práticas científicas e não avança de maneira responsável na direção de nortear os gastos de forma a promover inclusão e qualidade na educação básica pública. Em suma, estão mais preocupados em estimular mudanças fiscais sob o discurso de revisão da eficiência dos gastos do que considerar adequadamente o problema histórico do subfinanciamento. Por isso, suas propostas representam mais alguns passos atrás para educação básica pública no Brasil. (FERREIRA, 2020, p. 16)

Em relação ao ensino superior aponta-se que as universidades privadas são mais eficientes que as universidades públicas, enquanto as públicas são 79% custo eficientes, as “universidades privadas sem e com fins lucrativos apresentam eficiência média de 88% e 86%, respectivamente” (Ibidem, p. 134). Apresenta-se que os gastos com ensino superior no Brasil são regressivos porque os mais ricos são os que ocupam o maior percentual das vagas das Universidades Públicas, tendo em vista que eles têm a melhor preparação e, por consequência, maiores chances de ingresso. Como solução, ao invés de se pensar em possibilidades de acesso aos mais pobres, propõe-se que cada estudante deve pagar pela sua educação, pois o ensino superior gratuito pode estar perpetuando a desigualdade no país.

Os retornos do ensino superior são altos no Brasil, o que justificaria deixar que os estudantes paguem pela própria educação. Embora os retornos do ensino superior tenham se reduzido um pouco nos últimos anos, eles permanecem altos no Brasil. Estudantes de famílias mais ricas têm acesso a ensino superior gratuito, o que aumentará sua renda futura. Portanto, o ensino superior gratuito pode estar perpetuando a desigualdade no país. (Ibidem, p. 136)

Como solução aos estudantes que não podem pagar pela universidade particular, recomenda-se a ampliação dos programas de empréstimos estudantis e do acesso via programas que ofertam bolsas de estudo. Percebe-se que as propostas do Banco Mundial para a educação caminham no sentido da privatização e da precarização, “em suma, para os economistas do Banco aquilo que é essencial para a educação deve coincidir sempre com o equilíbrio das relações de custo-benefício e com as taxas de retorno, caso contrário, ela é onerosa.” (FERREIRA, 2020, p. 12). Sob a perspectiva da ineficiência defende-se os cortes de gastos, a redução do Estado, o desmonte do ensino superior gratuito, a “modernização” dos sistemas de avaliação dos profissionais, ou seja, defende-se tudo aquilo que vai ao encontro da agenda neoliberal, responsabilizando e culpando os trabalhadores por onerar o Estado.

Em relação à política de saúde, apresenta-se que “o sistema brasileiro de saúde necessita de algumas reformas estratégicas.” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 109). Aponta-se que “nos dez anos até 2014, as despesas públicas com saúde cresceram a uma taxa real média de 7%, o que aumentou os gastos públicos com saúde proporcionais ao PIB em 0,5 ponto percentual.” (Ibidem, p. 109). Esse aumento

de gastos foi maior na esfera subnacional, os gastos do Governo Federal com a saúde aumentaram apenas de “1,6% para 1,7% do PIB entre 2004 e 2014” (Ibidem, p. 109). Aponta-se ainda que esses gastos são altos quando comparados com os demais países da OCDE e que a maior parte desses ocorre fora do setor público.

Conforme Mendes e Carnut (2017), é problemático comparar os gastos do Brasil com os países da OCDE, tendo em vista que no Brasil a maior parte do gasto total corresponde ao setor privado, enquanto nos países da OCDE esse cenário se inverte, cerca de 80% é financiado pelo setor público. Além disso, os autores acrescentam que em 2014, enquanto o SUS gastou 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB), a despesa pública em saúde na média dos países da OCDE com sistemas universais foi de cerca de 8% do PIB.

Na perspectiva de que comparado com os demais países, o Brasil gasta muito com saúde, no documento do Banco Mundial afirma-se que “o SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente.” (BANCO MUNDIAL, p. 118, 2017). Tal afirmação vai ao encontro com os preceitos neoliberais, coloca a responsabilidade da ineficiência do SUS na gestão e suprime a problemática relacionada ao subfinanciamento do SUS. Uma das propostas para o aumento da eficiência do sistema é a redução do número de hospitais de pequeno porte, desconsiderando a importância de tais hospitais para o acesso e a descentralização do SUS.

A ampliação do número de hospitais públicos de pequeno porte é uma consequência do processo de descentralização do SUS, por meio do qual os municípios passaram a assumir responsabilidades na prestação de serviços de saúde, na maioria das vezes na ausência de qualquer estrutura assistencial pública (ou mesmo privada no caso dos pequenos municípios). Esta ampliação buscou facilitar o acesso geográfico, principalmente em áreas rurais. (GIOVANELLA, p. 5, 2017)

Outra proposta para o aumento da eficiência do SUS é incentivar o aumento da produtividade dos profissionais de saúde através de políticas de remuneração por desempenho. Esses pagamentos por desempenho são vinculados a números, à quantidade de atendimentos, à agilidade nos atendimentos e despreza a qualidade dos atendimentos. Exige-se o maior número de atendimentos diários, pelo menor tempo possível, mesmo que isso interfira de forma direta em como esses atendimentos serão realizados. Em suma, é a quantidade em detrimento da qualidade. O pagamento por desempenho “torna o trabalhador rendido ao processo de

intensificação que reforça o controle em função dos pagamentos pela produção de procedimentos e não em função das condições de saúde da população.” (MENDES E CARNUT, 2017, p. 6).

O documento também recomenda a contenção de gastos com prescrição de medicamentos, a reforma dos sistemas de pagamento dos prestadores de serviços de saúde, a melhora da coordenação do sistema por meio da integração de serviços diagnósticos, a redução dos gastos tributários e o aumento de procedimentos realizados por profissionais de “nível mais baixo” que o médico, por exemplo, enfermeiros. Aponta ainda para medidas de desfinanciamento e de privatização da saúde, ao mesmo tempo desconsidera as particularidades regionais e demográficas do Brasil e as determinações do processo saúde/doença. Trata-se de um documento com propostas de austeridade e de responsabilização da gestão e dos profissionais, sem uma análise aprofundada dos problemas reais e históricos do sistema de saúde brasileiro.

Em 2018 o Banco Mundial publicou o documento “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” no qual reafirma-se questões levantadas no documento anterior. Os problemas apontados como fatores da ineficiência do SUS são:

(i) arranjos institucionais que, ao descentralizar ao nível municipal, resultou em fragmentação e deseconomias de escala; (ii) organização da prestação dos serviços destinados a curar patologias agudas, com limitada coordenação entre os provedores e os níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Os serviços hospitalares e de diagnóstico estão distribuídos de forma desigual e muitas vezes são pequenos demais para operar com eficiência e garantir qualidade; (iii) mecanismos ineficientes de pagamento aos provedores dos cuidados de saúde (hospitais, clínicas, etc.). As formas de pagamento atuais não são baseadas nos custos reais da prestação dos serviços, quase não são relacionadas aos diagnósticos clínicos, e tampouco ajustados pela gravidade dos casos. A Autorização de Internação Hospitalar, AIH, mecanismo usado para pagar hospitais que têm contrato com o SUS, consiste do pagamento de um valor pré-estabelecido vinculado aos procedimentos. A AIH contribui apenas modestamente para o controle de custos, porque os montantes pagos são seriamente distorcidos. Frequentemente, os hospitais são pagos através de orçamentos por rúbrica baseados em padrões históricos de gasto, que não remuneram qualidade nem contenção de custos. Na APS, os prestadores são principalmente assalariados; (iv) oferta inadequada e uso sub-ótimo de elementos essenciais dos sistemas de saúde. (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 6)

Observa-se que assim como no documento anterior, aponta-se para a ineficiência dos hospitais de pequeno porte, para a importância da remuneração por desempenho, da descentralização dos atendimentos da atenção primária os quais ainda são focalizados no médico, mesmo os enfermeiros podendo realizar alguns

atendimentos e prescrições, e aponta para a ineficiência do pagamento aos prestadores de serviço. O documento apresenta dez propostas de “reformas”, as quais “têm por objetivo aumentar a eficiência, a efetividade, e a qualidade dos serviços do SUS, de forma a garantir a sua sustentabilidade no médio e longo prazo.” (Ibidem, p. 8). As propostas são divididas conforme quadro abaixo.

Quadro 2: Propostas de reforma ao SUS

Reformas na gestão	Estabelecer redes integradas de atenção à saúde (em áreas geográficas)
	Melhorar a coordenação entre os setores público e privado
Reformas do lado da demanda	Pôr em prática o <i>gatekeeping</i>
	Introduzir itinerários de atenção / diretrizes clínicas baseadas em evidências
	Criar um pacote de benefícios claramente definido
Reformas no financiamento	Financiamento “segue o paciente” (mix de capitação/ transferências baseadas no desempenho)
	Reformar o pagamento a prestadores para premiar qualidade, resultados e produtividade
Reformas do lado da oferta	Racionalizar a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares
	Expandir a cobertura da APS para 100%
	Melhorar a autonomia dos provedores para inovar e melhorar a qualidade (organizações sociais)

Fonte: BANCO MUNDIAL. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. 2018.

Dentre as propostas, é estabelecida a necessidade da integração das Redes de Atenção à Saúde, sendo que a Atenção Primária à Saúde deve ocupar uma posição de “*gatekeeping*”, ou seja, deve ser o primeiro serviço de acesso, devendo filtrar os pacientes e encaminhá-los para os serviços especializados de acordo com a necessidade. Essa integração exigirá novos fluxos de pagamento e sistemas de pagamento que incentivem a qualidade e a coordenação da atenção. Cabe ressaltar que as RAS são compostas não só por instituições públicas, mas também por serviços terceirizados e filantrópicos, os quais também receberiam esses incentivos financeiros. Propõe-se também uma melhor cooperação entre os serviços públicos e privados e a ampliação da APS.

A ampliação da APS vem acompanhada da proposta de racionalizar os serviços ambulatoriais e hospitalares. Segundo o documento, há uma concorrência entre as Unidades de Pronto Atendimento, as unidades da atenção primária e a

atenção hospitalar e grande parte das internações são devido a patologias que poderiam ser tratadas na APS ou ambulatórios. Sendo assim, recomenda-se o fechamento de hospitais ou sua conversão em APS. O documento não explica como chegou à conclusão de que os serviços concorrem entre si, na realidade são serviços diferentes, os quais se integram, mas não concorrem porque não prestam o mesmo serviço. Nas unidades da APS, por exemplo, dificilmente são encontrados equipamentos e instrumentos para o atendimento emergencial e de média e alta complexidade. Já nas Unidades de Pronto Atendimento e nos Hospitais, o trabalho de prevenção, o trabalho territorial tal qual é realizado pelas equipes do Estratégia Saúde da família, não acontecem. Todos são serviços importantes e que se complementam, entretanto atendem demandas e tem objetivos diferentes, sendo assim não existe concorrência entre eles, mas sim complementariedade.

Recomenda-se também a aperfeiçoar os arranjos de governança e gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos provedores. Esse ponto relaciona-se com a “gestão flexível dos recursos humanos”, ou seja, propõe-se que os hospitais tenham maior autonomia para demitir funcionários, para realocá-los e para remunerá-los por desempenho. Trata-se da flexibilização das relações de trabalho, possibilitando a cobrança por números, por quantidade de atendimentos e viabilizando as demissões por descumprimento de metas. Nessa perspectiva das métricas para remuneração, propõe-se reformar o pagamento aos prestadores para premiar qualidade, resultados e produtividade.

Na contramão da universalidade, recomenda-se definir um pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS. De acordo com o documento, embora legalmente exista a garantia da universalidade, na prática muitos serviços são racionalizados por longas filas e dificuldade no acesso, frente a isso, ao invés de propor a ampliação e a viabilização dos atendimentos, a proposta é definir um pacote de serviços que serão atendidos de acordo com uma “avaliação de segurança, eficácia, efetividade e custo-eficácia de forma que todos os medicamentos e procedimentos atendam a padrões de qualidade e ofereçam o melhor valor por seu custo.” (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 13).

A análise documental desenvolvida nesse capítulo nos permitiu identificar que o Banco Mundial é um importante instrumento ao capitalismo imperialista. Suas recomendações são estritamente relacionadas aos interesses dos países centrais, sobretudo, dos Estados Unidos. Embora não sejam obrigatórias, tais

recomendações vão ocupar um importante papel no desenvolvimento das políticas sociais dos países periféricos. Ressalta-se que os Estados nacionais são distintos e, o poder econômico e a dependência de empréstimos irão determinar o seu poder de negociação e de adesão às orientações do Banco Mundial. A aparente neutralidade da instituição, que respalda suas explicações em teses economicistas, descartando qualquer outro aspecto de tal ou qual Estado, também lhe é funcional, uma vez que os Estados utilizam de suas teses para apresentar números à população e justificar os desmontes dos direitos e das políticas sociais.

Assim, o Banco Mundial tem um papel intelectual na disseminação de teses que justificam os interesses dos países centrais, a partir dos anos 90 essas teses vão ao encontro da agenda neoliberal. Executa um papel econômico importante, uma vez que os países centrais vinculam os países periféricos em uma rede de dependência financeira através de empréstimos e ainda lucram com o pagamento de altas taxas de juros desses países receptores. Além disso, ressalta-se que, conforme Rizzotto (2000) a cada um dólar que os Estados Unidos empresta, via Banco Mundial, dois dólares são gastos em sua economia, uma vez que as aquisições feitas com os valores dos empréstimos são via Concorrência Pública Internacional e nesse modelo as empresas nacionais geralmente não conseguem ganhar a disputa frente grandes multinacionais. Em suma, financeiramente o Banco é extremamente rentável aos países centrais, principalmente aos Estados Unidos, que ganham no pagamento dos juros, tem os valores dos empréstimos devolvidos rapidamente a sua economia em forma de aquisições e ainda vincula os países periféricos em uma relação de dependência.

O Brasil ocupa lugar entre os países periféricos que recebem empréstimos e seguem as recomendações do Banco Mundial. Esse aspecto fica evidente a partir da década de 90, ao analisar os Cadernos da MARE fica explícito as influências dos relatórios publicados pelo Banco Mundial para a “reforma” do Estado brasileiro. A redução do Estado, a centralidade da “governança”, as privatizações e principalmente as semelhanças nos textos, são alguns dos aspectos que evidenciam a relação de materialização das influências do BM na economia brasileira.

Assim como nas demais políticas, as influências do Banco Mundial também se materializam na política de saúde. Seguindo as determinações dos relatórios publicados pelo BM, o caderno da MARE n°. 13 aponta para necessidade do acirramento das relações entre os setores públicos e privados na saúde. O Estado

deve reduzir a prestação dos serviços de saúde e comprar no âmbito privado àqueles serviços não prestados. Além da redução do Estado, defende-se a flexibilização, os pagamentos por métricas, em suma, o desmonte da política de saúde garantida constitucionalmente. A “modernização” proposta pelo Banco é, então, aderida pelo Estado brasileiro e disseminada no ideário nacional. Os financiamentos adquiridos pelo Estado brasileiro para financiar as políticas de saúde demonstram e comprovam a situação de país cliente que o Brasil ocupa. Além disso, ao explicar o programa REFORSUS, financiado pelo BM, reforça-se a teoria explicada anteriormente de que além dos juros pagos à instituição, o dinheiro emprestado retorna aos países imperialistas através das licitações públicas internacionais. Também se verifica que o Banco financia aqueles projetos que lhes são favoráveis, o VIGISUS, por exemplo, decorre da preocupação da disseminação de doenças sexualmente transmissíveis aos países centrais.

Nos últimos anos, encontramos a materialização das influências do Banco Mundial no ideário nacional uma vez que o Estado se utiliza de suas teses para justificar as contrarreformas propostas e aprovadas. A contrarreforma da previdência, por exemplo, seguiu minimamente as propostas do documento “Um Ajuste Justo: Análise da Eficiência e Gasto Público no Brasil”. O aumento da idade para acesso aos benefícios previdenciários, a redução dos valores pagos, os impedimentos dos recebimentos de benefícios em conjunto, tais como pensão por morte e aposentadorias, são alguns dos pontos em consonância entre a publicação do BM e as alterações legais do último ano. As justificativas para essas mudanças prejudiciais aos trabalhadores também são as mesmas, aumento da eficiência dos gastos públicos, necessidade de economia frente a “crise” e um sistema previdenciário muito benéfico se comparado a outros países.

Por fim, as propostas para contrarreformas do SUS apresentadas no documento de 2018 estão de acordo e reafirmam as propostas publicadas nos documentos anteriores. São recomendações no sentido do desmonte dos direitos dos trabalhadores, da privatização e do esvaziamento dos recursos das políticas públicas, sob a justificativa da ineficiência e da necessidade de corte de gastos. Tais recomendações rebatem no direcionamento político nos três níveis de governo, assim, no próximo capítulo será feita uma breve análise desses rebatimentos no Estado do Paraná e depois uma análise no município de Maringá. A análise será voltada para como essas recomendações se materializam na política de saúde no âmbito municipal, reconfigurando a responsabilidade e gestão da saúde que deveria ser realizada prioritariamente pelo Estado.

### CAPÍTULO 3

#### A MATERIALIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DE MARINGÁ – PR

Neste capítulo serão analisados os aspectos que evidenciam a materialização das recomendações do Banco Mundial na política de saúde do município de Maringá – PR. Os eixos para a análise serão: o número e a natureza dos leitos do município; os valores repassados pelo município às instituições filantrópicas e privadas via programas apoiados pelo Banco Mundial; e o número de procedimentos da alta e média complexidade realizados pela iniciativa privada com recurso do Sistema Único de Saúde.

O foco do estudo será a média e a alta complexidade, para tanto utilizar-se-á os seguintes documentos municipais:

- Plano Municipal De Saúde de Maringá-PR (2014 /2017);
- Plano Municipal De Saúde de Maringá-PR (2018 /2021);
- Relatório Anual de Gestão (2014 a 2019);
- Programação Anual de Saúde (2014 a 2019).

O recorte da análise será na primazia do Estado em relação a prestação dos serviços de saúde no município, uma vez que as legislações que instituem e desenham o SUS apontam que a iniciativa privada pode participar do SUS, entretanto em caráter complementar, ao mesmo tempo em que é obrigação do Estado prover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde.

#### 3.1 ALGUNS ASPECTOS SOBRE O MUNICÍPIO DE MARINGÁ

Maringá é um município localizado na região noroeste do estado do Paraná. Segundo dados do IBGE, a população estimada para o ano de 2020 é de 430.157 pessoas, assim é a terceira cidade mais populosa do Paraná, ficando atrás apenas da capital Curitiba e do município de Londrina. O distrito de Maringá foi criado em 1947, subordinado ao município de Mandaguari, apenas em 1951 foi elevado à categoria de município. Atualmente o município de Maringá é constituído por três distritos administrativos: Maringá, Floriano e Iguatemi.

De acordo com os dados do site oficial do município<sup>36</sup>, a Companhia de Terras Norte do Paraná foi a empresa responsável pela colonização do estado do Paraná, Maringá teve seu primeiro lote vendido em meados de 1938 ao padre alemão Emílio Clemente Scherer, que chegou ao Brasil fugindo da Alemanha. Em 1942, surgiu um pequeno povoado como ponto de apoio aos pioneiros desbravadores, esse povoado não cresceu de forma desordenada, pelo contrário, cresceu obedecendo a um planejamento criado pelo diretor da Companhia de Terras Norte do Paraná. O município de Maringá foi fundado oficialmente quando a Companhia de Terras Norte do Paraná abriu um escritório na cidade em 1947. Em 1948 foi fundada A Casa de Saúde e Maternidade Maringá, o primeiro estabelecimento de saúde do município, fundada pelo médico José Gerardo Braga. De acordo com registros do Maringá Histórica, em 1959 foi fundado no município o Hospital Santa Rita pelo casal de médicos Francisco Capone de Melo e Iorfinda Moura Castilho, em 2002 a Santa Rita se transformou, também, em uma operadora de planos de saúde.

Um dos primeiros atendimentos de saúde gratuito do município de Maringá foi prestado pelo consultório do Dr. Helénton Borba Cortez na década de 50. O atendimento era prestado de forma caritativa “aos necessitados”.



Fonte: O Jornal de Maringá (1954, apud ACERVO MARINGÁ HISTÓRICA, *online*).

<sup>36</sup> <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/>.

Segundo os registros do Maringá Histórica, na mesma época a Loja Maçônica da Justiça se transformava em Hospital Público alguns dias do mês para o atendimento da população. Na Revista Maringá Alicerces do Futuro, publicada em 1968, aponta-se que entre os anos de 1965 a 1967 no âmbito da assistência social foram identificadas melhorias no ambulatório médico da prefeitura e no fornecimento de medicamentos aos necessitados. O grande problema colocado em questão na época, é que o número de necessitados era muito alto e se agravava se acrescidos os necessitados de outros municípios que procuravam atendimento médico em Maringá. Assim a prefeitura atendia apenas o que era possível e os demais eram encaminhados para São Paulo ou Curitiba para buscarem atendimento médico.

Apenas em 1988 foi construído o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá para atender a população via SUS, segundo registros do Maringá Histórica, houve articulação de diversas entidades de classe local para dar suporte ao embrião do Hospital Universitário. Atualmente o município de Maringá conta com 33 Unidades Básicas de Saúde, 04 Unidades de Apoio a Saúde da Família, 02 Unidades de Pronto Atendimento, 02 Policlínicas, 01 Hospital Municipal, 01 Ambulatório Municipal de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, 04 CAPS, sendo um deles infantil e o outro para álcool e drogas, 01 Laboratório Municipal de Análises Clínicas e um serviço exclusivo para atendimentos odontológicos, o Pró Saúde Odontologia<sup>37</sup>. Além dessas unidades, o município conta com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que compõe o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o qual se caracteriza como continuidade à internação hospitalar.

O SAD trabalha de forma complementar à atenção primária e aos serviços de emergência, e tem como objetivo a otimização de leitos hospitalares, reduzindo a demanda e o período de permanência de usuários internados e a humanização da atenção à saúde. No ano de 2020 foi inaugurada em Maringá a Clínica de Apoio ao Transtorno do Espectro Autista, esse é mais um dos serviços municipais que faz parte do rol de estabelecimentos que vinculados à política de saúde municipal. O município “é referência para os 29 municípios da 15ª Regional de Saúde e também para a Macrorregião Noroeste que abrange 5 Regionais de Saúde (11ª, 12ª, 13ª, 14ª e 15ª RS), 115 municípios totalizando 1.857.433 habitantes.” (MARINGÁ, 2017, p. 9).

---

<sup>37</sup> Informações retiradas do site oficial do município de Maringá-PR.

Além dos serviços municipais, conforme os dados do IBGE de 2010, existe em Maringá 03 estabelecimentos de saúde do âmbito estadual, nenhum do âmbito federal e 194 estabelecimentos privados, dentre eles 182 com fins lucrativos e 12 sem fins lucrativos. Esses números refletem o interesse mercadológico na prestação de serviços de saúde, tendo em vista a alta lucratividade do setor.

Maringá é um município conhecido na região por ser uma “cidade planejada”, esse “apelido” foi concedido tendo em vista que a cidade foi construída a partir de um plano urbanístico.

O projeto da cidade de Maringá é datado de 1943 e assinado pelo urbanista paulista Jorge de Macedo Vieira, adepto do conceito de “Cidade Jardim” elaborado pelo britânico Ebenezer Howard e responsável pelo projeto de inúmeros bairros de São Paulo. O traçado de Maringá foi desenhado com largas avenidas, canteiros que valorizavam o paisagismo e ruas que seguiam a inclinação natural do relevo o mais fielmente possível. Um fato interessante é que Jorge de Macedo Vieira nunca esteve em Maringá. O historiador do Patrimônio Histórico de Maringá, João Laércio Lopes Leal, conta que o urbanista recebeu a ajuda de Cássio Vidigal, diretor da Companhia de Terras Norte do Paraná e amigo de Jorge de Macedo Vieira dos tempos em que eles frequentaram a Escola Politécnica da USP (Universidade de São Paulo). E foi a partir de um planejamento desenhado por Cássio Vidigal e tendo como referência algumas fotos aéreas da cidade que Jorge de Macedo Vieira finalizou o projeto de Maringá. (MARINGÁ, 2021)

Em 2021 a empresa de consultoria Macroplam, publicou um ranking do Índice dos Desafios da Gestão Municipal (IDGM) entre os 100 maiores municípios do Brasil. Foram considerados aspectos relacionados a educação, saúde, segurança e saneamento. Maringá ficou em primeiro lugar do ranking com um IDGM de 0,756. Em relação a saúde foram considerados os seguintes aspectos: taxa de mortalidade infantil, proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natal, cobertura das equipes de atenção básica e taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Na área da saúde o município ficou em quinto lugar no ranking dentre as cidades que fizeram parte da pesquisa. Os dados dessa pesquisa foram publicados em todas as mídias sociais e veículos de imprensa vinculados à prefeitura municipal para mostrar o quão desenvolvido é o município de Maringá. Entretanto, em relação ao item saúde os pontos estudados não são capazes de representar fielmente a realidade da política de saúde do município.

O desenvolvimento apresentado pela pesquisa está vinculado a cobertura de atendimentos de um pacote de serviços selecionados pela empresa privada que desenvolveu a pesquisa como essencial, assim, tal desenvolvimento não

garante a que a política de saúde do município esteja caminhando para a materialização da universalidade, da primazia do Estado, da equidade, da integralidade, da equidade ou de qualquer outro princípio garantido em lei. O desenvolvimento apontado pela pesquisa e tão enaltecido pelo município, representa apenas que, em relação à restrita parte dos serviços de saúde estudados, o município está se sobressaindo em relação aos demais.

Não diferente de qualquer outro município que faz parte da dinâmica capitalista, em Maringá os interesses do capital se materializam na política de saúde, o que distancia o município da concretização dos princípios e diretrizes do SUS. No próximo item realizar-se-á um recorte para análise da primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde de Maringá e, frente a esse recorte, como as determinações do Banco Mundial tem se materializado influenciando o desenvolvimento da política de saúde municipal.

### 3.2 AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL E A PRIMAZIA DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE DE MARINGÁ

O estudo proposto neste trabalho é analisar como as recomendações do Banco Mundial se materializam no contexto do município de Maringá – PR em relação a primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde. Antes de iniciar tal análise é importante ressaltar três pontos importantes, já citados nos capítulos anteriores, para estudo do tema em questão. Em primeiro lugar a saúde é um espaço de disputa das classes, tendo em vista que, se por um lado a garantia da saúde pública, de qualidade e gratuita protege a vida dos trabalhadores, por outro, no âmbito privado ela representa um enorme potencial de lucro. O segundo ponto a ser considerado é que o Banco Mundial é mais do que uma agência financeira, além dos empréstimos a agência atua também ideologicamente, publicando documentos orientadores que auxiliam na materialização da agenda neoliberal. E por fim, é importante ressaltar que historicamente, como mostrado nos capítulos anteriores, o Brasil é um país que lê as cartilhas do Banco Mundial e absorve grande parte das propostas da instituição.

Para iniciar a análise, é importante apontar alguns dos rebatimentos das recomendações do Banco Mundial no estado do Paraná, para depois afunilar a pesquisa no município de Maringá. Entre os anos de 2000 a 2015, conforme Campos

e Rizzotto, 23 estados brasileiros firmaram acordos de empréstimos com o Banco Mundial, dentre eles está o Estado do Paraná. Um dos projetos financiados parcialmente pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) voltado às “reformas” em diferentes áreas do Estado foi o “SWAp para Projeto de Desenvolvimento Multissetorial do Paraná”. De acordo com o site oficial do Banco Mundial, para o financiamento desse projeto o aporte financeiro do BIRD e da AID foi de US\$350.000.000,00. O projeto teve início em 2012 e foi encerrado em 2020 e tinha quatro objetivos: (i) aumentar a taxa de sobrevivência no ciclo final do ensino fundamental; (ii) melhorar os serviços de saúde materna e emergencial; (iii) promover iniciativas empresariais e melhorar a gestão dos recursos naturais nas áreas rurais; e (iv) contribuir para a capacitação em administração pública e gestão ambiental e de risco de desastres.

De acordo com o Manual Operativo do Projeto, o objetivo no geral é “tornar mais justo e ambientalmente sustentável o acesso a oportunidades de desenvolvimento econômico e humano, por meio da modernização da gestão do setor público e da gestão da receita no Estado do Paraná” (PARANÁ, 2014, p. 11). Propõe-se a construção de um “novo jeito de governar”, a partir de “um governo aberto à cooperação e pactuação de objetivos de desenvolvimento com o mercado e terceiro setor” (Idem, Ibidem). Observa-se que a mesma parceria entre o setor público e o setor privado, que é registrada em grande parte dos documentos do Banco Mundial, ocupa papel fundamental neste projeto.

Em relação à saúde o projeto tem o objetivo principal de reduzir a mortalidade materna e infantil, e a mortalidade por causas externas. Para isso prevê a implementação dos programas Mãe Paranaense e Redes de Urgência e de Emergência. O projeto tem como intenção a promoção das seguintes ações:

- a) apoiar um grupo de hospitais públicos, privados e filantrópicos, capazes de operar eficientemente e fornecer saúde de qualidade constituindo uma rede de Saúde Materno-Infantil e Urgência e Emergência priorizada pelo governo;
- e b) a prestação de cuidados no pré-natal qualificados para todas as gestantes no Paraná (gravidez habitual e de alto risco), que cobre consultas e exames de laboratório. Para este fim, o Programa pretende desenvolver um sistema de financiamento baseado em resultados para estimular o desempenho dos municípios participantes e fornecedores por meio de contratos de gestão formais que especificam indicadores de desempenho e planos de implementação. (PARANÁ, 2014, p. 21 e 22)

Observa-se que além do apoio à prestação de serviços de saúde por empresas privadas ou filantrópicas, terceirizando assim as responsabilidades do Estado, pretende-se criar um sistema de financiamento baseado em resultados, esses pontos vão ao encontro da “governança”, um dos aspectos centrais das recomendações do Banco Mundial após os anos 2000. Como retaguarda para os programas Rede Mãe Paranaense e a Rede Estadual de Urgência e Emergência criou-se o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde (HOSPSUS). Esse projeto apoia e amplia o aporte financeiro de hospitais públicos e filantrópicos, com objetivo de melhorar o atendimento hospitalar. Na primeira fase do projeto foram 51 hospitais inscritos, sendo que o maior número dos beneficiados são hospitais filantrópicos<sup>38</sup>. No Relatório de Monitoramento do segundo semestre de 2018 aponta-se que houve a ampliação do incentivo financeiro para atender 320 hospitais.

O discurso da precariedade do SUS, da ausência de eficácia e eficiência na prestação do atendimento à saúde, são alguns dos argumentos que constroem base para a ampliação de incentivos financeiros à hospitais privados/filantrópicos. Ao invés de ampliar os investimentos na saúde pública e, assim, seguir a proposta original do SUS de universalização, compra-se leitos, serviços, exames e tudo que for possível do âmbito privado. Essa estratégia de convênios e ampliação dos incentivos financeiros à hospitais do âmbito privado, é reflexo da disputa entre classes da sociedade capitalista.

Apoiados pelos organismos internacionais e pelos setores do mercado, os hospitais privados/filantrópicos, representantes do capital, lucram com os incentivos financeiros recebidos pelo Estado e utilizam todos os instrumentos midiáticos para mostrar todos os limites e problemas do SUS, esses causados não pela falta de investimentos, pela falta de insumos, mas sim pela “corrupção” e “ineficácia”. Sendo assim, se o Estado é corrupto para gerir seus recursos ele é incapaz de resolver os problemas da saúde pública. A solução é, então, a privatização e terceirização dos serviços ao setor privado, esses apresentados como incorruptíveis e eficientes. O trabalhador é ideologicamente levado a defender os interesses do capital, não se opondo às privatizações e às terceirizações na saúde, “pode-se afirmar que a saúde tem se transformado em um espaço de luta política e ideológica.”

---

<sup>38</sup> As informações foram retiradas dos dados do Modelo Operativo do Projeto – MOP, 2017, volume 5.

(CAMPOS E RIZZOTTO, 2016, p. 265). Cabe ressaltar que, se todo dinheiro investido para comprar os serviços de saúde no âmbito privado fosse investido no âmbito público, o Sistema Único de Saúde estaria muito mais próximo da universalização garantida pela Constituição Federal de 1988.

Campos e Rizzotto também apontam a criação da Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná – FUNEAS, como parte de um acordo entre o governo do Paraná e o Banco Mundial. Frente a tal acordo houve a transferência da gestão da Secretaria Estadual de Saúde para uma Fundação Estatal de direito privado. Conforme dados do site oficial da FUNEAS, a mudança “tem por finalidade dar melhores condições para que os objetivos do SUS sejam implementados com mais profissionalismo gerencial e, sobretudo, com instrumentos administrativos mais ágeis”. Entretanto, a criação de uma fundação pública viabiliza a flexibilização das relações de trabalho, tendo em vista que “as entidades públicas como a FUNDAÇÃO ESTATAL deve adotar sempre o regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) na contratação de seus empregados públicos.” (FUNEAS). Além disso, na prática, a fundação pública “introduz os contratos de gestão, a gestão por metas de desempenho, o sistema de governança profissional e, em última instância, a desresponsabilização do estado para com a saúde da população” (CAMPOS e RIZZOTTO, 2016, p. 272).

Nos próximos itens far-se-á a análise dos eixos propostos neste estudo para corroborar com o conteúdo exposto até aqui, apontando para os aspectos que demonstram a materialização das propostas do Banco Mundial no município de Maringá – PR, no sentido da expansão e fortalecimento da iniciativa privada em detrimento de um sistema de saúde universal, público e de qualidade.

### 3.2.1 Número e Natureza dos Leitos do Município

O primeiro passo para a análise no município de Maringá, faz-se necessário mostrar um panorama do mesmo em relação as parcerias entre o público e o privado, para isso usar-se-á o número total de leitos no município, o número de leitos sus ofertados por hospitais públicos e o número de leitos SUS ofertados por hospitais privados.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão do município de Maringá, no ano de 2019 contava com 1613 leitos hospitalares, desses 867 eram destinados

ao SUS, e 746 na rede privada. Segue abaixo a relação dos hospitais que disponibilizam esses leitos SUS e a natureza dessas instituições.

Quadro 3: Natureza e número de leitos do município de Maringá – PR.

Instituição	Natureza Jurídica	Número de leitos existentes	Número de leitos SUS
Hospital Universitário	Pública - Estadual	123	122
Hospital Municipal	Pública - Municipal	135	119
Hospital Santa Casa	Associação Privada <sup>39</sup>	266	160
Hospital Santa Rita	Associação Privada	124	111
Hospital do Câncer	Sociedade Limitada Simples	100	71
Hospital Memorial	Sociedade Empresária Limitada	51	31
Hospital Psiquiátrico	Associação Privada	272	240
Hospital Maringá	Sociedade Anônima Fechada	79	1
Hospital Paraná	Sociedade Anônima Fechada	155	1
Hospital São Marcos	Associação Privada	72	1
Hoftalmar	Sociedade Simples Limitada	14	1
Hospital da Visão	Sociedade Empresária Limitada	8	4
Provisão	Sociedade Empresária Limitada <sup>40</sup>	4	2
VER – Hospital do Vitreo e Retina	Sociedade Simples Pura	5	3

Fonte: MARINGÁ. Relatório Anual de Gestão.2020.

RECEITA FEDERAL. Emissão de Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral. <[https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cnpjreva/cnpjreva\\_solicitacao.asp](https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cnpjreva/cnpjreva_solicitacao.asp)>.

Frente ao exposto, observa-se que apenas duas instituições públicas oferecem leitos hospitalares em Maringá, os demais leitos são disponibilizados ao SUS por hospitais privados e filantrópicos. Em números, apenas 27,79% (valor aproximado) dos leitos SUS são ofertados diretamente pelo Estado através de hospitais públicos. Aproximadamente 59,09% dos leitos são comprados de hospitais filantrópicos e 13,14% são comprados de hospitais privados com fins lucrativos.

Além disso, no ano de 2019 foram repassados às instituições privadas que prestam serviços ao SUS o valor de R\$ 161.647.666,32<sup>41</sup>, esse valor engloba exames realizados por laboratórios privados, contratação de clínicas e institutos para procedimentos médicos e ambulatoriais diversos e procedimentos hospitalares. Neste cenário é possível observar a centralidade dos serviços privados na prestação de

<sup>39</sup> De acordo com as informações do SEBRAE as associações são organizações sem fins lucrativos e entidades de direito privado que reúnem pessoas em favor de um bem comum em prol do bem estar, do social, da cultura, política, filantropia ou realização de processos produtivos de bens e/ou serviços coletivos.

<sup>40</sup> A Sociedade Limitada Simples, Sociedade Empresária Limitada, Sociedade Simples Pura trata-se de algumas nomenclaturas que classificam empresas privadas.

<sup>41</sup> Valor retirado do documento Prestação de Contas – 2019 do município de Maringá.

serviços de responsabilidade do SUS, ao invés da complementariedade garantida legalmente.

Esses dados refletem o interesse da iniciativa privada em participar do SUS. Além do Estado transferir o recurso para o âmbito privado, pagando não só pela prestação de serviço em si, mas também pelo lucro da instituição, essas instituições muitas vezes também ficam responsáveis pela liberação e regulação dos próximos atendimentos/exames. Assim, o município fica responsável por pagar pelos serviços e fornece todo o suporte e itens necessário ao paciente após alta médica.

Nos documentos municipais, quando se fala em aumento de leitos, na verdade o município aponta para o aumento de número de leitos comprados em instituições privadas e filantrópicas. Os documentos municipais não apresentam críticas a esse sistema, nem apontam para a necessidade de ampliar o Hospital Municipal ou construir novos hospitais públicos para aumentar o número de leitos. Assim, como já apontado anteriormente, a curto prazo o município tem uma solução rápida e uma resposta quantitativa para a população, porém, a longo prazo, o município fortalece e garante a expansão do capital na saúde e permanece na dependência da iniciativa privada para prestar os serviços que deveriam ser de responsabilidade estatal. Em suma, a análise do número de leitos no município de Maringá nos permite identificar a contradição entre a previsão legal, que garante a primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde, e o que se apresenta na realidade do municipal, a iniciativa privada sendo a principal fornecedora de leitos para a saúde pública municipal.

### 3.2.2 Valores Repassados pelo Município às Instituições Filantrópicas e Privadas via Programas Apoiados pelo Banco Mundial

As políticas sociais são executadas no âmbito do município, inclusive a política de saúde. Os projetos financiados e apoiados pelo Banco Mundial nas esferas federal e estadual, alteram a configuração e direcionam a execução das políticas nos municípios, incluindo a destinação de recursos. A título de exemplo pode-se citar o VIGISUS<sup>42</sup>, Projeto de Vigilância e Controle de Doenças, que teve grande interesse do financiamento do Banco Mundial devido a possibilidade de disseminação de doenças sexualmente transmissíveis para os países centrais. O VIGISUS fomentou

---

<sup>42</sup> Explicação do VIGISUS no segundo capítulo.

a estruturação e consolidação da vigilância em saúde e forneceu bases para o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS.

Em 2013, no mesmo ano em que o Ministério da Saúde cria o PQA-VS, o Paraná implementa o Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná (VigiaSUS) para atender às normativas federais. De acordo com site da Secretaria de Saúde do Paraná, o VigiaSUS visa fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde, assim o programa norteia as ações de vigilância em saúde dos municípios do Paraná, dentre eles o município de Maringá. Neste cenário observa-se o movimento que representa a materialização das recomendações do Banco Mundial nos municípios. Em um primeiro momento há o incentivo financeiro e ideológico do Banco à implantação do VIGISUS. Esse programa fomenta a vigilância em saúde no Brasil e, a longo prazo, fornece as bases para a construção futura de um segundo projeto federal e um projeto estadual para adesão às normativas federais. A vigilância em saúde a nível municipal é executada com base em tais programas.

Nos últimos 20 anos a saúde pública brasileira em nível nacional tem se organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com o documento de Eugênio Vilaça Mendes, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde explica que as RAS são "uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira." (MENDES, 2011, p. 19).

Segundo Mendes, a construção da RAS no Brasil foi inspirada por modelos integrados de saúde implantados em países desenvolvidos, sobretudo nos Estados Unidos e Canadá. Os primeiros passos das RAS no Brasil se deram a partir de 1998, com um “projeto de sistema integrado de atenção à saúde na Microrregião do Alto Rio Grande, em Minas Gerais, (...) que foi desenvolvido, pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, com apoio técnico e financeiro da Fundação W. K. Kellogg<sup>43</sup>”. (MENDES, 2011, p. 22). Em 2002 foi implantado em Curitiba o Sistema Integrado de Serviços de Saúde, o qual foi analisado e bem avaliado pelo Banco Mundial.

---

<sup>43</sup> A Fundação W. K. Kellogg é vinculada a multinacional norte-americana Kellogg Company, ou Kellogg's, famosa pela produção de cereais matinais.

O suporte financeiro de uma fundação criada por uma multinacional e as boas avaliações apresentadas pelo Banco Mundial não são isentas de interesses. A RAS, embora seja um avanço no sentido da garantia da integralidade dos serviços, é um modelo de gestão que implica parcerias entre entes estatais e organizações sociais e empresariais. Além disso, as redes como alternativa ao planejamento e gestão de política, “alterou os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações.” (SILVA, 2011, p. 2754). Um dos instrumentos gerenciais da RAS apresentado por Mendes (2011), é o sistema de contratualização. Segundo ele, a contratualização é necessária não para o fazer, mas para garantir que as coisas sejam feitas, neste sentido o Estado ocupa uma posição de regulador e não mais prestador de serviços. Assim, os diversos atores envolvidos no sistema de atenção à saúde “devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada” (MENDES, 2011, p. 186). Essas mudanças na administração pública segundo Mendes (2011), vão para além da separação das funções do Estado, os principais elementos de tal mudança.

podem ser agrupados em três grandes blocos: a propositividade que visa a assegurar uma clareza de visão e objetivos; a responsabilização (*accountability*) que pretende aumentar a responsabilidade e a prestação de contas aos cidadãos; e o desempenho que implica criar incentivos para melhorar a performance institucional. (MENDES, 2011, p. 186)

Em 2007 o Banco Mundial publicou um relatório que indicava ações para corrigir defeitos do SUS, dentre eles apontava-se a necessidade de aplicar mecanismos para fortalecer a *accountability*, vincular incrementos em fundos a melhorias de desempenho, recompensando assim o bom desempenho e penalizando o baixo desempenho, sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamento e gestão de informação. Segundo o documento “a efetividade do planejamento e da gestão no nível local depende de sistemas de informação capazes de fornecer informações pertinentes tempestivamente.” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 81). Os três pontos apontados pelo Banco Mundial são incluídos nas mudanças resultantes da implantação da RAS para a administração pública, segundo Mendes (2011).

No documento publicado pelo Banco Mundial em 2013 ele aponta que a criação de legislações para apoiar a criação de redes na saúde representa um progresso, essas redes podem possibilitar a adoção de iniciativas destinadas a

melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços especializados e hospitalares. As iniciativas sobre as quais o Banco se refere são aquelas já adotadas em outras regiões do Brasil que aumentaram as experiências com parcerias público-privadas, tanto na construção como no gerenciamento de unidades públicas. No documento publicado em 2018, o Banco Mundial propõe pontos para reforma do SUS e o pilar principal da reforma “consiste na reorganização dos serviços e finanças do SUS em torno de redes integradas de saúde (Rede de Atenção à Saúde - RAS).” (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 8). A instituição defende integração e ampliação dos serviços vinculados a RAS, entretanto preza pela gestão privada desses serviços e pelos pagamentos por desempenho e métricas.

Seguindo as normativas federais, a RAS é tema central nos documentos relacionados a Saúde no município de Maringá. A estratégia prioritária do Plano Municipal de Saúde de Maringá – PR de 2014/2017 é organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) faz parte do Plano Municipal de Saúde de Maringá – PR de 2018/2021. A RAS é dividida nacionalmente em redes prioritárias: Rede Cegonha<sup>44</sup>, Rede de Atenção às Urgências e Emergências<sup>45</sup>, Rede de Atenção Psicossocial<sup>46</sup> (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas), Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas<sup>47</sup> e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência<sup>48</sup>. Essa divisão dá base às diretrizes dos Planos Municipais do município de Maringá de 2014/2017 e 2018/2021.

---

<sup>44</sup> De acordo com o site oficial do Governo Federal, a Rede Cegonha é uma estratégia lançada pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Os componentes da Rede Cegonha são: I) Pré-natal II) Parto e nascimento III) Puerpério e atenção integral à saúde da criança IV) Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

<sup>45</sup> De acordo com o site oficial do Ministério da Saúde, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

<sup>46</sup> A finalidade da Rede de Atenção Psicossocial, é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (CONASS, 2015, p. 81).

<sup>47</sup> Os objetivos gerais dessa rede é realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Os componentes dessa rede são: APS, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Regulação e Governança (CONASS, 2015, p. 96).

<sup>48</sup> A Rede de Cuidado à pessoa com deficiência tem o objetivo de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS (CONASS, 2015, p. 89).

Para atender as diretrizes da Rede Cegonha, o município compactuou com o Hospital Universitário de Maringá e com a Santa Casa o atendimento das gestantes de alto risco, o recurso executado para Santa Casa para tal finalidade no ano de 2014 (até o mês de setembro) foi de R\$ 798.700,33<sup>49</sup>. Nos Relatórios Anual de Gestão de 2014 a 2017 o município esclarece que a organização das RAS será a estratégia utilizada para favorecer o acesso da população aos serviços de saúde. Para redução das filas de espera buscar-se-á ampliar a cobertura da atenção básica no município, bem como ampliar e otimizar os serviços de média e alta complexidade.

Para atingir tal objetivo entende-se que é necessário regulação adequada, novas pactuações, reestruturação das referências e principalmente o fortalecimento da atenção básica como principal porta de entrada. No Plano Municipal de 2018/2021 o município faz uma análise das metas estabelecidas nos anos anteriores e apresenta que na atenção especializada, as contratualizações com os hospitais contratualização com Memorial, Santa Rita, Santa Casa, Hospital Universitário de Maringá e Metropolitano de Sarandi foram fundamentais para acabar com as filas para cirurgias de alta e média complexidade.

Na atenção hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências estavam sendo pleiteadas a contratualização dos Hospitais Santa Casa de Maringá e Santa Rita para o atendimento das seguintes linhas de cuidado:

- Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) – de acordo com os critérios da Portaria nº 2994, GM/MS de 13/12/11, somente para o hospital Santa Rita que já possui habilitação na Alta Complexidade Cardiovascular, pleiteando habilitação de 02 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO);
- Centro de Atendimento aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Portaria nº 665 GM/MS de 12/04/12, que preconiza a disponibilização e utilização de trombolíticos aos pacientes com AVC. Os dois hospitais estão solicitando habilitação, pois são referência no atendimento da Alta Complexidade de Neurologia/Neurocirurgia;
- Centro de Trauma Tipo III – Portaria n.º 1366 GM/MS de 08/07/13 que estabelece a organização dos Centros de Trauma em estabelecimentos hospitalares integrantes da RUE que desempenham papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas do trauma. Ambos hospitais estão pleiteando a habilitação. (MARINGÁ, p. 32)

No Relatório Anual de Gestão de 2018, o município apresenta o Hospital Santa Rita e Santa Casa foram habilitados aos atendimentos que pleiteavam. Para implantação da Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas no Relatório

---

<sup>49</sup> Valor retirado do Relatório Anual de Gestão de 2014 do município de Maringá-PR.

Anual aponta-se que houve a Reabilitação dos Hospitais Santa Rita e Hospital do Câncer de Maringá como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), a habilitação dos Hospitais Santa Casa e Santa Rita como Centro de Atendimento de urgência aos pacientes com AVC e a habilitação de 7 leitos de UTI II Adulto na Santa Casa de Maringá. Estavam aguardando a habilitação das instituições Instituto do Rim, Clínica do Rim e Santa Casa de Maringá para Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica e aguardando análise do processo de habilitação do Hospital Santa Rita como Centro de Trauma (RUE). No documento de 2018 para atendimento da linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica em 2018 continuavam em processo de reabilitação o Instituto do Rim, Clínica do Rim e Santa Casa de Maringá. Para atendimento da linha de Cuidado da Oncologia foram mantidas as habilitações dos hospitais Santa Rita e Hospital do Câncer de Maringá.

Percebe-se que a implantação da RAS conta com a manutenção e ampliação dos esquemas entre os setores público e privado na saúde. O Estado se retira da função de prestador de serviços e passa a comprar esses serviços via instituições privadas e filantrópicas. Esse é um dos motivos pelos quais o Banco Mundial tem apontado o quão positiva é a implantação das RAS para gestão da saúde no Brasil. Nos últimos documentos publicados pela instituição defendem-se que as Redes Integradas de Atenção à Saúde “é a melhor maneira de assegurar a coordenação da atenção à saúde” (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 9). Essas redes

seriam compostas por prestadores autônomos (ou semiautônomos) de serviços de saúde (equipes ou grupos de APS, e redes de ambulatórios, hospitais e serviços de diagnóstico), financiadas pelos três níveis de governo e pagas por capitação com incentivos associados a melhores resultados (em vez de volume de serviços). (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 8)

Neste contexto, uma das alternativas apontada pelo Banco para reforma da política de saúde via implementação das RAS é melhorar a cooperação entre os setores público e privado. Outra alternativa é a reforma dos sistemas de pagamento para incentivar a qualidade e a coordenação da atenção à saúde. Também se aponta para a importância da centralização das RAS na APS, da ampliação da APS, ao mesmo tempo em que se reduz os hospitais e ambulatórios, serviços esses que devem ser geridos por instituições do terceiro setor, tendo em vista que hospitais públicos apresentam pior desempenho. Em nenhum momento a instituição coloca em questão o quão eficaz seria os serviços prestados pelo Estado caso todo

valor destinado ao setor privado fosse utilizado para fortalecer e ampliar os serviços públicos de saúde.

Nessa mesma perspectiva, o que se observa nos documentos publicados pelo município de Maringá é que a maior parcela dos serviços prestados dentro das RAS não é prestada por instituições públicas. Pelo contrário, as contratualizações privadas são centrais no fornecimento dos serviços das redes de atenção à saúde. Assim como o Banco Mundial, em consonância com a agenda neoliberal, não há nos documentos do município nenhuma contestação sobre a importância dos aumentos dos investimentos em serviços públicos em detrimento dos serviços privados.

No relatório n°. 67388-BR que trata sobre o Projeto de Desenvolvimento Multissetorial do Paraná, o qual é financiado parcialmente pelo Banco Mundial, explicado no capítulo anterior, afirma-se que além da preocupação com qualidade dos serviços de saúde, outra preocupação está relacionada

a baixa capacidade dos hospitais e a incapacidade de as unidades de saúde de fornecer os serviços necessários. Apesar de haver hospitais de referência nas 22 regiões administrativas da saúde, a maioria deles é pequena e não pode absorver a demanda de procedimentos de saúde mais complexos. Além da preocupação de aprimorar a qualidade do acesso aos serviços de qualidade, o setor de saúde no Paraná enfrenta desafios-chave relacionados com o fornecimento inadequado, mecanismos fracos de gestão e informações insuficientes para as tomadas de decisão e organização de fornecimento de saúde. Excesso de estoque, subutilização, extravio e concentração desigual de equipamento médico reforçam as questões de acessibilidade, ao mesmo tempo afetando a qualidade e contribuindo para o aumento do custo do fornecimento de serviços. Esses desafios minaram a eficiência do sistema de saúde do Estado e conduziram ao fornecimento limitado de serviços, apesar da cobertura em geral adequada. (BANCO MUNDIAL, 2012, p. 4)

Assim, para atender as demandas apresentadas no projeto, são desenhados dois programas a Rede Mãe Paranaense e a Rede Estadual de Urgência e Emergência, na retaguarda cria-se HOSPSUS. Dois hospitais de Maringá são contemplados com recursos do HOSPSUS, o Hospital Universitário de Maringá e a Santa Casa de Maringá, hospital filantrópico que realiza atendimentos voltados ao SUS e atendimentos privados, oferecendo, inclusive, planos de saúde que oferecem pacotes de atendimentos particular, familiar e empresarial.

De acordo com o portal da transparência do município, em 2014 foi empenhado para Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Maringá o valor aproximado de R\$ 24.523.122,12 com o objetivo de integrar este hospital no Sistema

Único de Saúde (SUS) e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando à garantia da atenção integral aos municípios da região onde ele está inserido.

Já em 2015, o valor para o mesmo objetivo aumentou para R\$26.105.619,24. Em 2016 aumentou para R\$27.941.275,32, entretanto em 2016 começa a aparecer os recebimentos destinados à produção HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais e Filantrópicos do SUS), através da Rede de Atenção às Urgências do Paraná e na Rede Materno-Infantil do Estado no Programa Mãe Paranaense, para essa finalidade no ano de 2016 foi empenhado o valor de R\$2.560.000,00.

No ano de 2017 foi empenhado o valor de R\$32.893.235,64 para integração do hospital ao SUS e R\$3.200.000,00 destinados ao HOSPSUS. Foi empenhado também o valor de R\$2.327.702,40 destinados à Atenção à Saúde da população para Procedimento de Média e Alta Complexidade – Rede de Atenção às Urgências e Emergências conforme Portaria do Ministério da Saúde.

Em 2018 a Santa Casa recebeu R\$ 2.280.000,00 destinados a produção HOSPSUS, através da Rede de Atenção às Urgências do Paraná e na Rede Materno-Infantil do Estado no Programa Mãe Paranaense, recebeu R\$3.491.553,60 destinados a Atenção à Saúde da população para Procedimento de Média e Alta Complexidade – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. O valor total anual a ser repassado em 2018 para fins de credenciamento de serviços de média/alta complexidade ambulatorial/hospitalar de natureza filantrópica, a atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, foi de R\$40.077.539,40.

Em 2019 foi empenhado R\$ 42.144.331,80 para integração do hospital ao SUS, R\$ 3.512.027,65 à produção HOSPSUS através da Rede de Atenção às Urgências do Paraná e da Rede Materno-Infantil do Estado no Programa Mãe Paranaense.

Quadro 4: Repasses do município de Maringá à Santa Casa

Ano	Valor para integração do Hospital ao SUS	Valor HOSPSUS
2014	R\$ 24.523.122,12	Não há dados
2015	R\$26.105.619,24	Não há dados
2016	R\$27.941.275,32	R\$2.560.000,00
2017	R\$32.893.235,64	R\$3.200.000,00
2018	R\$40.077.539,40	R\$ 2.280.000,00
2019	R\$ 42.144.331,80	R\$ 3.512.027,65

Fonte: Portal da transparência do município de Maringá-PR.

Observa-se que há um aumento significativo dos valores aplicados na Santa Casa de Maringá. As recomendações do Banco Mundial estão presentes em todo o desenho da política de saúde municipal. Os programas vinculados à instituição que conseguimos identificar no município são voltados à ampliação dos investimentos em hospitais particulares e filantrópicos. Além disso, as RAS são uma forma de organizar a saúde com base nas contratualizações, reforçando novamente a relação de parceria entre o setor público e o privado. Assim como o primeiro indicador de análise, neste indicador identifica-se a incompatibilidade entre a garantia legal da primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde e da materialização da política de saúde municipal, uma vez que ocorre a ampliação dos investimentos em Hospitais Filantrópicos, além da organização do sistema de saúde em redes que preconizam as contratualizações. Também se observa que esse movimento é fortalecido pelas recomendações, apoio ideológico e aporte financeiro do Banco Mundial.

### 3.2.3 Número de Procedimentos da Alta e Média Complexidade Realizados pela Iniciativa Privada com Recursos do Sistema Único de Saúde

Desde os primeiros anos da materialização do SUS identifica-se a presença da iniciativa privada na prestação de serviços públicos de saúde. Não foi o Banco Mundial e as demais organizações internacionais, representantes do capital, que determinaram a entrada da iniciativa privada na prestação de saúde brasileira, entretanto tais instituições apoiam de forma evidente essa parceria “público-privada”, onde o Estado presta apenas poucos serviços essenciais de base e o privado fica com a maior parcela, prestando os demais serviços, os quais são mais lucrativos, bem

como fazem a gestão e a regulação da política de saúde. Grande parte dos procedimentos especializados atualmente são de responsabilidade apenas do setor privado, o município apenas realiza a compra de tais procedimentos. No quadro abaixo estão informações sobre alguns dos procedimentos realizados apenas por prestadores do âmbito privado e o número de liberações no ano de 2018.

Quadro 5: Procedimentos liberados, local do procedimento e número de liberações

Procedimento	Local de realização do procedimento	Número de liberações 2018
Cintilografia	Maringá Medicina Nuclear e Densomar	793
Tomografia Computadorizada	Maringá Medicina Nuclear, Radius Clínica, Hospital Santa Casa e Hospital do Câncer	3.062
Densitometria Óssea	Maringá Medicina Nuclear, Radius Clínica e Marimed	1.892
Ressonância Magnética	Maringá Medicina Nuclear, Hospital Santa Casa e Radius Clínica	3.622
Holter	Serviço terceirizado pelo Hospital Santa Rita	1.290
USG Doppler (ultrassonografia doppler)	Serviço terceirizado pelo Hospital Santa Rita	2.158
Eletroencefalograma	Santa Casa de Maringá e Hospital Santa Rita	949
Endoscopia	IGECAD <sup>50</sup> , Clínica Endogástrica	Sem dados

Fonte: MARINGÁ. Protocolo de Regulação do Acesso e Ordenação do Fluxo de Atendimento do Usuário do SUS, 2018.

MARINGÁ. Relatório Comparativo Anual, 2019.

No quadro estão apenas alguns dos procedimentos especializados com maior número de liberações que são realizados exclusivamente pelo âmbito privado. Além daqueles que são liberados em menor número, temos alguns que são liberados para serem feitos tanto em instituições públicas como no âmbito privado, a escolha vai ser de acordo com a decisão da central de regulação municipal<sup>51</sup>. Dentre esses, para exemplificar, pode-se citar a mamografia, realizada pelo Hospital

<sup>50</sup> Instituto de Gastroenterologia, Endoscopia e Cirurgia Do Aparelho Digestivo De Maringá.

<sup>51</sup> Os critérios definidos pela Central de Regulação de Maringá para encaminhar os pacientes para essa ou aquela instituição são dois: endereço de residência e data de nascimento.

Municipal de Maringá, Santa Casa, Radius Clínica, Maringá Medicina Nuclear, Hospital do Câncer e o ecocardiograma, realizado via CISAMUSEP<sup>52</sup> e Ingá Imagens.

Além dos exames e procedimentos, as cirurgias eletivas liberadas via SUS em sua grande maioria são realizadas pelos hospitais privados e filantrópicos de Maringá. As cirurgias eletivas de ortopedia são encaminhadas para Hospital Memorial, Hospital Santa Casa, Hospital Santa Rita, Hospital Metropolitano e Hospital do Câncer; as de varizes são encaminhadas para Hospital Memorial, Hospital Municipal e Hospital Metropolitano; as cirurgias de otorrino são realizadas no Hospital Memorial e Hospital Metropolitano; as cirurgias gerais são realizadas no Hospital Memorial, Hospital Municipal, Hospital Santa Casa e Hospital Universitário; as cirurgias ginecológicas no Hospital Memorial, Hospital Municipal, Hospital Santa Casa e Hospital Universitário; e as cirurgias infantil são realizadas no Hospital Memorial, Hospital Municipal, Hospital Santa Casa e Hospital Universitário.

O Hospital Santa Rita é credenciado como unidade de assistência de alta complexidade em cardiologia, sendo assim, as cirurgias vasculares são realizadas apenas no Ambulatório da alta complexidade Cardiovascular do Hospital Santa Rita. As referências para atendimento especializado em traumato-ortopedia são os ambulatórios da alta complexidade em traumato-ortopedia dos Hospitais Santa Rita e Santa Casa. Para a alta complexidade em neurologia/neurocirurgia os hospitais de referência são os Santa Rita e Santa Casa e para a alta complexidade em oncologia as referências são o Hospital do Câncer e o Santa Rita.

Em suma, nas especialidades com maior demanda para alta complexidade, todos os atendimentos são feitos por hospitais privados ou filantrópicos. Quando o paciente passa por um procedimento em algum dos hospitais contratualizados via SUS, a regulação das próximas consultas, retornos e exames especializados fica por conta deste hospital, ou seja, o tempo de atendimento, a disponibilidade deste ou daquele exame é de responsabilidade do hospital, ao município cabe realizar apenas o pagamento.

Neste cenário observa-se que na prestação de serviços de alta e média complexidade, a iniciativa privada ocupa um espaço que vai para além da complementariedade garantida legalmente. A iniciativa privada não só presta a grande maioria dos serviços, como também faz a regulação da saúde, enquanto o município

---

<sup>52</sup> Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense.

faz as contratualizações e os pagamentos. As recomendações do Banco Mundial se materializam no fortalecimento e na expansão do âmbito privado na saúde. Os programas e projetos apoiados pelo Banco, financiados ou não por ele, são aqueles que incentivam a iniciativa privada na saúde.

Essas recomendações perpassam a política nacional de saúde, a política Estadual de Saúde e se materializam no município. Nos documentos municipais a grande preocupação é com os números de atendimentos, não há nenhuma análise sobre como esses atendimentos estão sendo prestados, também não há análise voltada para o montante de dinheiro que está sendo repassado para as instituições e o quanto esses valores poderiam ampliar, fortalecer e garantir qualidade às instituições públicas. A principal ideia neoliberal que perpassa pelos documentos do Banco Mundial e se materializa na política de saúde municipal é que a ampliação do SUS pode e, em alguns atendimentos específicos de saúde devem ocorrer, desde que acompanhados do fortalecimento da iniciativa privada e, assim, da ampliação do capital.

Por fim, neste último indicador, constata-se a distância entre a primazia do Estado na prestação dos serviços de saúde de alta e média complexidade, garantida legalmente e a realidade material da política de saúde municipal, a qual atualmente tem optado por repassar montantes financeiros a instituições privadas para realização de grande parcela dos procedimentos, sem demonstrar preocupação em cumprir o preceito legal que determina que o SUS pode recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada apenas quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas sociais no capitalismo têm um potencial mercadológico sem precedentes, a essência de tais políticas está na proteção social garantida por serviços que devem ser prestados prioritariamente pelo Estado. Entretanto, o Estado e a burguesia no capitalismo utilizam-se dessas políticas, sobretudo, como um dos instrumentos para garantir a coesão social e para legitimar a ordem social vigente. Considerando seu potencial mercadológico, a iniciativa privada faz todos os movimentos possíveis para prestar, gerir e regular essas políticas, garantindo assim ampliação direta de seus lucros e o controle do fundo público. Assim, o Estado capitalista fica responsável pela prestação daqueles serviços onerosos, com baixa rentabilidade, enquanto os serviços privados ficam com aqueles com maior potencial de lucro.

Na fase imperialista do capitalismo, com a fusão do monopólio industrial e do monopólio bancário, dando origem ao capital financeiro, e com a concentração e centralização do capital, os mais diferentes setores produtivos são divididos entre algumas poucas empresas que alcançam patamares assombrosos de acumulação. Os responsáveis por tais monopólios (empresários, executivos, diretores) detêm enorme poder econômico e político, sendo responsáveis por decisões que implicam em consequências sob o mundo todo. O Estado burguês garante todas as condições necessárias para produção e acumulação capitalista. Nos Estados onde há maior concentração de capital, com a instalação da matriz dessas grandes empresas, é necessário que o capital excedente seja exportado para sua valorização. A exportação de capitais tem um importante papel na dinâmica capitalista mundial, uma vez que aquele que os países rentistas têm um maior poder econômico e político sob aqueles que recebem os capitais. Nessa dinâmica mundial, as instituições financeiras internacionais, dentre elas o Banco Mundial, são instrumentalizados pela burguesia e os Estados imperialistas para implementar as estratégias que lhes são adequadas.

Neste contexto, o Brasil faz parte dessa dinâmica capitalista mundial. Sendo assim, neste trabalho foi possível analisar alguns dos documentos e autores que estudam sobre o tema para mostrar que existe interferências diretas do Banco Mundial no desenvolvimento das políticas sociais brasileiras. Os ajustes, a privatização, a terceirização, a redução do Estado sob a justificativa de modernizar a

gestão pública, de garantir maior eficácia das políticas sociais, são em suma, as recomendações gerais do Banco Mundial, as quais são absorvidas pelo Estado brasileiro. As “reformas” mais recentes aprovadas no Brasil foram condição para liberação de um empréstimo no valor de 500 milhões de dólares, conforme explicado no segundo capítulo. Frente ao exposto o que se identifica é que o Brasil cumpre em grande escala com as recomendações do Banco Mundial e, por consequência, as premissas da agenda neoliberal. Além do condicionamento dos financiamentos à materialização dos ajustes, é importante ressaltar que na década de 90 o Ministério da Administração e Reforma do Estado absorveu grande parte das recomendações do Banco Mundial em seus cadernos que apontavam as reformas necessária para o Estado brasileiro.

O problema de pesquisa delimitado no início deste trabalho foi “como se materializam as recomendações do Banco Mundial no município de Maringá – PR frente a primazia do estado na prestação dos serviços de saúde de alta e média complexidade?”. Embora os dados sobre tal assunto não sejam aparentes, desvelando os documentos municipais em contraposição com os do Banco Mundial foi possível identificar que sim, as recomendações do Banco Mundial se materializam na política de saúde do Município de Maringá no sentido de fortalecer e financiar a saúde privada na prestação dos serviços vinculados ao SUS em detrimento de garantir o fortalecimento e a ampliação do Estado na saúde. Aqui cabe ressaltar que, embora os aportes financeiros tenham um papel fundamental no trabalho do Banco Mundial, o apoio da instituição a tal qual programa ou projeto não se dá apenas por esse instrumento, os documentos publicados com certa frequência pela instituição também são utilizados para direcionar as políticas sociais.

Sobre a organização da saúde no município de Maringá, primeiramente cabe ressaltar que mais de 70% dos leitos SUS do município de Maringá são comprados no âmbito privado, dados que refletem o demasiado interesse do capital na política de saúde. A privatização dos leitos públicos faz parte das orientações no sentido da contrarreforma para “modernização” da política de saúde proposta nos documentos publicados pelo Banco Mundial nos anos 90. Essas propostas foram absorvidas pelo Estado brasileiro, a título de exemplo dessa afirmação observa-se que no Caderno da MARÉ nº. 13 foi publicada uma síntese das propostas do Banco Mundial para saúde.

Em relação aos hospitais, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado é taxativo ao determinar que os hospitais públicos devem ser “em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado (...).” (BRASIL, 1998, p. 19). Neste contexto, cabe aos municípios credenciar os hospitais e pagar pelos serviços prestados por tais instituições privadas. Nos documentos “Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil” (2017) e “Propostas de Reformas do Sistema Único Brasileiro” (2018), a perspectiva de que hospitais públicos oneram desnecessariamente o Estado que encontramos nos documentos da década de 90 permanecem. Essa onerosidade é resolvida com o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, a redução do número de leitos hospitalares públicos e o fechamento de hospitais de pequeno porte, melhorar a forma de pagamento dos prestados da rede privada, para que os serviços sejam prestados por ele. Assim, observa-se que a compra de leitos no âmbito privado faz parte da gama de recomendações do Banco Mundial que, em nenhum documento, aponta para o caminho inverso, para a ampliação dos serviços públicos estatais em detrimento da prestação de serviços de saúde por instituições privadas.

Além do exposto, conforme os documentos municipais, as Redes de Atenção à Saúde ocupam papel central na organização da saúde do município, bem como tem ocupado importante papel nos documentos publicados pelo Banco Mundial. Nos documentos de 2017 e 2018 do Banco Mundial, a implementação e a organização das RAS é aspecto central para a “reforma” proposta para o Sistema Único de Saúde, isso porque o Banco faz a defesa dos atendimentos apenas de alguns pacotes de serviços que devem ser cobertos pelo SUS. Nesse mesmo sentido as RAS são divididas em redes prioritárias, ou seja, algumas doenças ou vulnerabilidades que recebem maior atenção e prioridade no atendimento dentro da política de saúde. Além disso, as RAS são desenhadas no sentido de fortalecer a relação entre o público e o privado, nessa perspectiva o Estado apenas compra os serviços que são prestados por uma instituição privada ou filantrópica, aspecto fundamental que aparece nos documentos publicados pelo Banco Mundial desde a década de 90 dentre as recomendações para a política de saúde.

Analisando os documentos do município de Maringá de 2018 observa-se a materialização da perspectiva do fortalecimento da relação entre a iniciativa pública e privada, uma vez que grande parcela dos serviços da alta e média

complexidade são prestados por organização privadas, quase todos os procedimentos são realizados em instituições públicas e privadas, uma parcela desses procedimentos são realizados apenas em instituições privadas e apenas uma pequena parcela é realizada apenas em instituições públicas. A regulação fica sob a responsabilidade municipal, tendo em vista que se o paciente passou por um primeiro atendimento nesta ou naquela instituição é esse mesmo serviço que irá regular a liberação dos próximos procedimentos, nesse caso cabendo ao Estado apenas o pagamento do que foi realizado. Além disso, cabe ressaltar a ampliação de recursos a Santa Casa de Maringá devido a adesão ao HOSPSUS, programa financiado parcialmente pelo Banco Mundial.

Assim percebe-se que, no município de Maringá a iniciativa privada não ocupa um papel complementar na prestação de serviços de saúde, pelo contrário, a iniciativa privada é responsável pela prestação de grande parte dos serviços de alta e média complexidade, além de ser responsável pela regulação da saúde. A gestão da política de saúde municipal se alinha com as recomendações do Banco Mundial, garantindo assim o fortalecimento da iniciativa privada e a expansão do capital sobre a garantia da saúde da população. A ampliação do SUS, tanto nos documentos municipais, quanto nos documentos do Banco Mundial é discutida como sinônimo de aumento de contratualizações privadas para oferta dos serviços de saúde. Observa-se que existe uma naturalização em relação a ampliação do SUS condicionada a ampliação de contratos com a iniciativa privada, o que importa é o aumento quantitativo de atendimentos, independentemente do quão mais caro o Estado paga por tais procedimentos, uma vez que o lucro está embutido nesses valores. Nos documentos estudados, tanto municipais quanto os do BM não existe crítica a esse sistema de ampliação do capital com investimentos públicos, menos ainda esses documentos apresentam o quanto o SUS poderia ser fortalecido caso esses valores fossem investidos em serviços públicos, sem agregar o valor do lucro.

Frente ao exposto, compreende-se que o Banco Mundial é um importante instrumento de poder para o capital, ele é um agente que interfere, de forma mais ou menos acentuada, na condução política e econômica de diferentes países “credores”, dentre eles o Brasil. Essa interferência se materializa nas diferentes esferas de governo, inclusive na esfera municipal, que passa a conduzir suas políticas de acordo com os interesses do capital de forma naturalizada, como se não houvessem outras possibilidades para a condução das políticas sociais. Entretanto, a

mobilização de trabalhadores organizados via movimentos sociais já demonstrou historicamente que é possível impor limites ao capital, ainda que esses limites não representem, necessariamente, a superação da sociedade capitalista.

Para materialização das normativas legais que garantem que a saúde é direito de todos e dever do Estado, onde a iniciativa privada ocupa apenas um papel complementar, é necessário construir estratégias de resistência e movimentos voltados ao fortalecimento e ampliação do SUS via instituições públicas, gratuitas e de qualidade.

É necessário que esse ideário de “naturalidade” seja desmitificado, que a disputa presente na política de saúde seja acirrada e que os trabalhadores tenham a consciência crítica de que a qualidade da política de saúde não está apenas em aumento quantitativo de alguns pacotes de serviços, mas sim na garantia da saúde pública, de qualidade, para todos, considerando todas as suas determinações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Pâmela Karoline Lins; SANTOS, Viviane Medeiros Dos. Expropriações contemporâneas: o apoio estatal à saúde suplementar no Brasil. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, p. 253-269, maio/ago. 2020.

ANDRÉ, Marli E. D. A.; LÜDKE, Menga. **Pesquisa em Educação**: Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **A Corrupção e a Dívida Pública no Período Militar (1964-1985)**. 18 nov. 2016. Disponível em: <<https://auditoriacidada.org.br/conteudo/corruptao-e-divida-publica-no-periodo-militar-1964-1985/>>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

AZEVEDO, Graciara; BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde. In: NELSON RODRIGUES DOS, Santos; PAULO DUARTE DE CARVALHO, Amarante (org.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. cap.13, p. 220-242.

BAHIA, Ligia. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: NELSON RODRIGUES DOS, Santos; PAULO DUARTE DE CARVALHO, Amarante (org.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. cap.07, p. 115-128.

BANCO MUNDIAL. **Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial**: Indicadores do Desenvolvimento Mundial. Washington D.C., 1990. Disponível em: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/188701468322757498/pdf/PUB85070SPANIS1o0A1994100101PUBLIC1.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2020.

BANCO MUNDIAL. *Brasil: O Novo Desafio à Saúde do Adulto*. Washington D.C., 1991. Disponível em: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/133951468016254783/pdf/78070SR0SPANIS0ult0health000Spanish.pdf>> Acesso em: 03 de jul. de 2020.

BANCO MUNDIAL. **Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial**: O Desafio do Desenvolvimento. Washington, 1991. Disponível em: <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/263791468340850534/pdf/96960WDR0PORTUGESE0Box65260B01PUBLIC1.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2020.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el Desarrollo Mundial**: invertir en salud. 1. ed. Washington D.C.: 1993.

BANCO MUNDIAL (Washington D.C.). *Perspectivas Regionais do Relatório sobre Desenvolvimento Mundial 1995: REFORMAS ECONÔMICAS E TRABALHISTAS NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE*. Estados Unidos, out. 1995. Disponível em: <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/467091468239371753/pdf/14922010portuguese.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2020.

BANCO MUNDIAL. *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Relatório nº 12655-BR. Washington, D.C. 1995.

BANCO MUNDIAL. Jim Yong Kim: Ancien président du Groupe de la Banque mondiale. *In: Jim Yong Kim: Ancien président du Groupe de la Banque mondiale*. 2020. Disponível em: <<https://live.banquemondiale.org/experts/jim-yong-kim>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

BANCO MUNDIAL. **Conselho Executivo**. Disponível em: <<https://www.bancomundial.org/es/about/leadership/directors>> Acesso em 20 de out. 2020

BANCO MUNDIAL. **Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial: O Estado num mundo em transformação**. Washington, 1997. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/634101468162557539/pdf/341310PORTUGUE18213137771701PUBLIC1.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

BANCO MUNDIAL. *Implementation Completion Report Brazil Innovations In Basic Education Projec*. Relatório nº. 3375-BR. 28 jun. 1999. Disponível em: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/568311468228251377/pdf/multi-page.pdf>> Acesso em: 20 de fev. de 2020

BANCO MUNDIAL. **Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial 2000/2001: Luta Contra a Pobreza**. Washington D.C., 2001. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/634101468162557539/pdf/341310PORTUGUE18213137771701PUBLIC1.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

BANCO MUNDIAL. **Implementation Completion and Results Report**. Washington, D.C. 2004 (Relatório N.º 29325).

BANCO MUNDIAL. **Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**. 15 de fevereiro de 2007 (Relatório N.º 36601-BR). Disponível em: <<http://repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/1302/1/Brasil%20Governan%c3%a7a%20no%20sistema%20%c3%banico%20de%20sa%c3%bade%28SUS%29%20do%20Brasil.pdf>>. Acesso em 09 de fev. de 2021

BANCO MUNDIAL. Documento de avaliação do projeto do empréstimo proposto no valor de US\$350 milhões de dólares para o estado do Paraná com a garantia da República Federativa do Brasil. **Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná**. (Relatório N.º 67388-BR).

BANCO MUNDIAL. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil. Grupo Banco Mundial, 2017.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Grupo Banco Mundial, 2018.

BANCO MUNDIAL. **Projetos**, 2020. Disponível em: <[https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode\\_exact=BR&os=0](https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=BR&os=0)>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BANCO MUNDIAL. **International Development Association Voting Power Of Executive Directors**. Secretaria Corporativa, 31 dez. 2020. Disponível em: <<http://pubdocs.worldbank.org/en/158691541106479537/IDAEDsVotingTable.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

BATISTA, Paulo Nogueira. O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. 1994. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/sitedocente/admin/arquivosUpload/17973/material/Consenso%20de%20Washington.pdf>> Acesso em: 23 de set. de 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 9ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. R. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. Caderno MARE**. c.13. Brasília: MARE, 1998.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Caderno MARE.** c.1. Brasília: MARE, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL/BID. Contrato de Empréstimo N° 951/OC-BR: Projeto de Reforma do Setor Saúde. Brasília, mar. 1997.

BRASIL, Lei n°. 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 07 de dezembro de 1993.

BRASIL. Lei n° 8662. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: DF, 07 junho de 1993.

BRASIL. Lei n°. 7.998. Regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial, institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), e dá outras providências. Brasília: DF, 11 janeiro de 1990.

BRASIL. Lei n° 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

BRAZ, Marcelo; NETTO, José Paulo. **Economia Política:** uma introdução crítica. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011. v. 1.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma do Estado para a Cidadania: A reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 1998.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A CRISE DA AMÉRICA LATINA: CONSENSO DE WASHINGTON OU CRISE FISCAL?. Revista Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 3-23, abr. 1991. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1991/91-acriseamericalatina.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo. V.25. n.2. p.263-276. 2016.

CARTA CAPITAL. A (má) influência do Banco Mundial na política econômica brasileira. In: Site Carta Capital - economia, 24 nov. 2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/economia/a-ma-influencia-do-banco-mundial-na-politica-economica-brasileira/>. Acesso em: 3 ago. 2021.

CEBES. Linha do Tempo. In: Linha do Tempo. [S. l.], 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/o-cebes/linha-do-tempo/>. Acesso em: 8 ago. 2020.

CFESS. Regulamentação da profissão de Assistente Social. Lei nº 8662. Jun, 1993.

CIGNOLLI, Alberto. Estado e Força de Trabalho: Introdução a Política Social no Brasil. [S. l.]: Brasiliense, 1985.

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. Orientador: Profª Drª Ana Cristina de Souza Vieira. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A., 1984.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o Capital Imperialismo**: teoria e história. 2ª Ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

FERREIRA, Eduardo Carvalho. Um ajuste justo ou mais alguns passos atrás para a educação básica pública no Brasil? *Revista Educação e Pesquisa*. São Paulo. v.46. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022020000100561&script=sci\\_arttext#B7](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022020000100561&script=sci_arttext#B7)>. Acesso em: 29 de janeiro de 2021.

FUNEAS. **Perguntas Frequentes**. Paraná. Disponível em: <http://www.funeas.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=27>. Acesso em: 14 jan. 2021.

GIOVANELLA, Ligia. Ajuste fiscal e injustiças em saúde: breve comentário ao relatório do Banco Mundial 2017 'Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto

público no Brasil' – Capítulo Saúde. 2017. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/699>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

COUTTOLENC, B.; GRAGNOLATI, M. G.; LINDELOW, M.. 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde. The World Bank. Washington, D.C. 2013. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/818684/id705538.pdf> >. Acesso em: 12 de janeiro de 2021.

GRUPPI, Luciano. Tudo começou com Maquiavel: A concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. 16. ed. Porto Alegre: L&PM, 2001.

JUNIOR, Caio Prado. História Econômica do Brasil. 32. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. *In*: LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 155-178.

LENIN, V. I. Imperialismo, estágio superior do capitalismo: ensaio popular. Campinas: UNICAMP, 2011.

LIMA, Joseane Barbosa de. **As orientações dos Organismos Financeiros internacionais à Política de Saúde brasileira no contexto de financeirização do capital**. Orientador: Maria Valéria Costa Correia. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.

MACIEL, David. Ditadura Militar e capital monopolista: estruturação, dinâmica e legado. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 32, p. 64-78, jan/jun 2014. Disponível em: <[http://www4.pucsp.br/neils/revista/vol.32/david\\_maciel.pdf](http://www4.pucsp.br/neils/revista/vol.32/david_maciel.pdf)> Acesso em: 7 março 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Comparativo Anual. 2019.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Regulação do Acesso e Ordenação do Fluxo de Atendimento do Usuário do SUS. 2018.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Maringá-PR - 2018 /2021. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 08 de agosto de 2017.

Disponível em:  
<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921155115\\_pms\\_\\_20182021\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921155115_pms__20182021_pdf.pdf)>. Acesso em 10 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Maringá-PR - 2014 /2017. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 17 de setembro de 2013. Disponível em:  
<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921155115\\_pms\\_2014\\_2017\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921155115_pms_2014_2017_pdf.pdf)>. Acesso em 09 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. 2014. Disponível em:  
<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921162530\\_rag\\_2014\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921162530_rag_2014_pdf.pdf)>. Acesso em 17 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. 2015. Disponível em:  
<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921162530\\_rag\\_2015\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921162530_rag_2015_pdf.pdf)>. Acesso em 17 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. 2016. Disponível em:  
<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921164225\\_rag\\_2016\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921164225_rag_2016_pdf.pdf)>. Acesso em 17 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. 2017. Disponível em:  
<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921164255\\_rag\\_\\_2017\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921164255_rag__2017_pdf.pdf)>. Acesso em 17 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. 2018. Disponível em:  
<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921164255\\_rag\\_2018\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921164255_rag_2018_pdf.pdf)>. Acesso em 17 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. 2019. Disponível em:  
<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921164319\\_rag\\_2019\\_finalizado\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921164319_rag_2019_finalizado_pdf.pdf)>. Acesso em 17 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Programação Anual de Saúde. 2014. Disponível em:

<[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303\\_pas\\_2014\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303_pas_2014_pdf.pdf)>. Acesso em 02 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Programação Anual de Saúde. 2015. Disponível em: <[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303\\_pas\\_2015\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303_pas_2015_pdf.pdf)>. Acesso em 02 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Programação Anual de Saúde. 2016. Disponível em: <[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303\\_pas\\_2016\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303_pas_2016_pdf.pdf)>. Acesso em 02 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Programação Anual de Saúde. 2017. Disponível em: <[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303\\_pas\\_2017\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303_pas_2017_pdf.pdf)>. Acesso em 02 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Programação Anual de Saúde. 2018. Disponível em: <[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303\\_pas\\_2018\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303_pas_2018_pdf.pdf)>. Acesso em 02 de agosto de 2021.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Programação Anual de Saúde. 2019. Disponível em: <[http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303\\_pas\\_2019\\_pdf.pdf](http://www2.maringa.pr.gov.br/construtor/arquivos/140921161303_pas_2019_pdf.pdf)>. Acesso em 02 de agosto de 2021.

MARX Karl; ENGELS, Friedrich. A Ideologia Alemã. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007. Disponível em: <<http://abdet.com.br/site/wp-content/uploads/2014/12/A-Ideologia-Alem%C3%A3.pdf>>. Acesso em 02 de março de 2021.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. A saúde pública continua na mira do austero Banco Mundial. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/saude-publica-continua-na-mira-do-austero-banco-mundial-por-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/32393/>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2.ed. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. O SUS de A a Z: Garantido saúde nos municípios. 3.ed. Brasília-DF: Editora MS, 2009. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)>. Acesso em 21 set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é Atenção Primária?** Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>> Acesso em 21 set. de 2021.

MORAES, João Quartim de. Contra a canonização da democracia. *Crítica Marxista*, n. 12, p. 9-40. São Paulo: Boitempo, 2001.

NAÇÕES UNIDAS. **Banco Mundial**, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/bancomundial/>. Acesso em: 21 jun. 2020.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOVELO, Frederico. Estado keynesiano e Estado neoliberal. *In*: LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 53-69.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1927-1953, 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/11/a-constituicao-federal-e-os-25-anos-do-SUS-Jairnilson.pdf>>. Acesso em 25 ago. 2021.

PARANÁ, Secretaria do Estado do Planejamento e Coordenação Geral. Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná- Manual Operativo do Projeto. 2014. Disponível em: <[http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos\\_restritos/files/documento/2019-09/multissetorial\\_document.pdf.pdf](http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-09/multissetorial_document.pdf.pdf)>. Acesso em: 21 de janeiro de 2021.

PARANÁ, Secretaria do Estado do Planejamento e Coordenação Geral. Projeto Multissetorial para o Desenvolvimento do Paraná- Manual Operativo do Projeto. 2017. Disponível em: <[planejamento.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/ManualVolume5SaudeVersao2017.pdf](http://planejamento.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/migrados/File/ManualVolume5SaudeVersao2017.pdf)>. Acesso em: 21 de janeiro de 2021.

PEREIRA, João Marcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro**: 1944-2008. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PEREIRA, João Marcio Mendes. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 2018, v. 23, n. 7, p. 2187-2196, jul.2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2187.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2021.

POULANTZAS, Nicos. **Poder Político e Classes Sociais do Estado Capitalista**. Porto: Portucalense Editora, 1971. v. 1.

POULANTZAS. **O Estado, O Poder, O Socialismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

RIZZOTTI, Maria Luiza Amaral. Aspectos econômicos e políticos determinantes da política social brasileira. *Argumentum*, Vitória, ES, ano 2013, v. 5, n. 1, p. 165-179, 2013.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O BANCO MUNDIAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NOS ANOS 90**: um projeto de desmonte do SUS. Orientador: Gastão Wagner de Souza Campos. 2000. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas., Campinas, 2000.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012. V.6.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. DOI 10.1590/1413-81232018236.06092018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. 1. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2010.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público no Brasil**: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000-2007). Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivanete Boschetti. 395 p. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília - Departamento de Serviço Social, Brasília-DF, 2008.

SILVA, Silvio Fernandes. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde**: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, ano 2011, v. 16, n. 6, p. 2753-2762. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/Nr8zSpfMvdVMzZdb7DFXNSv/?lang=pt&format=pdf>>.  
Acesso em 10 ago. 2021.

TETELBOIN, Carolina. Chile: Políticas neoliberais e saúde. *In*: LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 179-200.