

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Tiago Lopes Marques

**Bailando com o SUS, fazendo o usuário dançar:
Estudo de caso do Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS)**

Rio de Janeiro

2022

Tiago Lopes Marques

**Bailando com o SUS, fazendo o usuário dançar:
Estudo de caso do Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS)**

**Monografia apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo
Cruz (EPSJV/Fiocruz) como requisito para
aprovação no Curso Técnico em Gerência em
Saúde.**

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Marcela Alejandra
Pronko

Rio de Janeiro

2022

Dedico esse trabalho a todos que defendem e constroem um SUS universal, integral e equitativo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) pelo apoio institucional, por proporcionar uma educação crítica e por fornecer a oportunidade de um programa de iniciação científica.

Agradeço a minha orientadora, Marcela Pronko, com quem compartilhei ideias e construções, que permitiu que eu andasse pelos caminhos que escolhi, mesmo que discordando, possibilitando e estimulando a construção da minha independência teórica e intelectual. Também pela paciência desde o começo, me mostrando que sou capaz em dar meus primeiros passos como pesquisador.

Agradeço ao professor Antônio Marinho por me presentear com um título muito interessante que contribui para a estética do trabalho.

Agradeço aos professores da disciplina de Projeto Trabalho, Ciência e Cultura por sugerir questões que enriqueceram teórica e metodologicamente a pesquisa.

Agradeço a minha amiga, Luísa Cruzeiro, por me ajudar na construção dessa pesquisa, em especial pelos momentos de troca de ideias sobre o Estado brasileiro e as políticas sociais.

Agradeço as minhas amigas, Bruna Neves, Yasmin Barros e Fernanda Salles, pelo apoio emocional e amizade durante esse período no Poli.

Agradeço a minha amiga, Vitória Rodrigues, para além de ter sido um ombro amigo, é uma fonte de inspiração, uma menina com um futuro brilhante.

Agradeço aos meus amigos, Thyago Minerva e Samuel Rodrigues, pelas discordâncias ideológicas que possibilitaram outras perspectivas na pesquisa.

*"Saúde pode significar que
pessoas tenham algo além de
simplesmente não estar doente.*

*Que tenham direito a casa,
trabalho, salário digno, água,
vestimenta. Que tenham direito
à educação. A ter informações
sobre como se pode dominar
esse mundo e transformá-lo."*

(Sérgio Arouca)

RESUMO

A pesquisa tratou do Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS), uma política pública onerosa ao Estado brasileiro, em que foram orçados cerca de USD\$ 750.000.000,00 financiados por empréstimos com o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento junto a uma contrapartida nacional, mas que apresentou baixa execução orçamentária e um elevado saldo financeiro a desembolsar no decorrer da execução. Este projeto de reforma foi lido através do contexto histórico político em que estava inserido, da redemocratização, da reforma gerencialista do Estado brasileiro, da ascensão do neoliberalismo e da estratégia de contrarreforma sanitária como freio a consolidação do SUS. Também abordou-se o papel dos organismos internacionais, em especial o Grupo Banco Mundial (BM), para a formulação de políticas setoriais e o ideário que as compõem, o neoliberalismo. O referencial teórico-metodológico que fundamenta este estudo de caso é o materialismo histórico dialético que possibilitará uma compreensão das contradições da saúde pública brasileiras através das dinâmicas políticas, econômicas e ideológicas. Ademais, adotou-se como estratégia central a análise e revisão de documentos disponibilizados através das políticas de acesso à informação do Grupo Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Tribunal de Contas da União.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Ajuste setorial no setor de saúde; Neoliberalismo; Banco Mundial.

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1. Organograma do REFORSUS	55
Gráfico 1. Gasto público social por programa em – 1990 – em bilhões de dólares americanos	67

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Documentos selecionados para análise	14
Quadro 2. Organizações que integram o Grupo Banco Mundial em 2022	19
Quadro 3. O Consenso de Washington.	31
Quadro 4. Falhas do SUS	71
Quadro 5. Avaliação do REFORSUS pelo BIRD	77
Quadro 6. Avaliação do REFORSUS pelo BID	78
Tabela 1. Consenso de Washington ampliado	36
Tabela 2. Projetos do setor de saúde financiados pelo BM no Brasil entre 1996 e 2004	42
Tabela 3. Plano de financiamento do REFORSUS	51
Tabela 4. Categoria de destinação dos recursos do BIRD (Grupo Banco Mundial) no REFORSUS	52
Tabela 5. Cronograma de utilização dos recursos em US\$ Milhões por ano e fonte.	52
Tabela 6. Destino de recursos por componente e área programática	57
Tabela 7. Gastos por componente e fonte de financiamento	74
Tabela 8. Gastos por categoria e fonte de financiamento	74
Tabela 9. Alocação dos recursos do REFORSUS por estado	74

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CEME	Central de Medicamentos
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GBM	Grupo Banco Mundial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
RDM	Relatório sobre Desenvolvimento Mundial
REFORSUS	Projeto de Reforma do Setor de Saúde
SES	Conselho Estadual de Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidade de Acompanhamento e Avaliação
UATR	Unidades de Apoio Técnico Regional
UGP	Unidade de Gerenciamento do Projeto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. DESENHO DO ESTUDO	13
2.1. OBJETIVOS	13
2.2. METODOLOGIA	13
3. BANCO MUNDIAL E SUAS POLÍTICAS DE SAÚDE: A FALSA ROTA PARA UMA SOCIEDADE SAUDÁVEL	16
3.1. O GRUPO BANCO MUNDIAL: ORIGEM E ESTRUTURA	16
3.2. OS MARCOS DE REDIRECIONAMENTO DO BANCO	22
3.3. A AGENDA E IDEOLOGIA DO BANCO	28
3.4. O SETOR DE SAÚDE NO INTERIOR DO BANCO	36
3.4.1. O Sistema Único de Saúde através do olhar do Banco	40
4. O PROJETO DE REFORMA DO SETOR DE SAÚDE: DO LUXO AO LIXO	45
4.1. ANTECEDENTES DO REFORSUS	45
4.2. A CARTA DO JATENE, O ARAUTO DO REFORSUS	48
4.3. O QUE FOI O REFORSUS?	50
4.3.1. Estrutura e objetivos do projeto	53
4.3.1.1. Objetivos	53
4.3.1.2. Estrutura	54
4.4. AS BASES DO REFORSUS	58

4.4.1. O relatório de equipe	58
4.4.2. O Contrato N° 4047- BR e o Contrato N° 951/OC-BR	72
4.5. DESFECHO DO REFORSUS – AUDITORIA DE DESEMPENHO E RELATÓRIOS DE CONCLUSÃO DO PROJETO	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	87

1. INTRODUÇÃO

Estudar uma política pública dos anos 1990 calcada no neoliberalismo, no contexto da Reforma do Aparelho do Estado, durante o Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, e apoiada pelo Grupo Banco Mundial (GBM) após 18 anos não é desprovido de intencionalidade. Para além do meu interesse pessoal em entender as dinâmicas do capital e os interesses políticos por trás desse projeto que parte da premissa de reformar o setor de saúde, as indagações permanecem sob as reverberações no presente. É também sobre a necessidade de debater-se uma reforma no SUS pautada nas ideias defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Este estudo não tratou como o Grupo Banco Mundial simplesmente opera seguindo o receituário do Consenso de Washington até porque isto já foi temática de muitos estudos no campo das ciências sociais e relações internacionais, mas de analisar profundamente o Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS) com um olhar diferente. O olhar de um jovem latino-americano de 18 anos, que sonha com a consolidação do Sistema Único de Saúde e que o enxerga como projeto civilizatório de solidariedade, de cuidado integral, de ampliação da cidadania e dos direitos sociais. Para isso, adotou-se como método o estudo de caso avaliativo-interpretativo e como base lógica o materialismo histórico dialético o que possibilitou uma reflexão que tem como referência a totalidade das contradições da política de saúde do Brasil. O estudo também se baseou na análise de fontes primárias através das políticas de acesso à informação das instituições envolvidas no REFORSUS, o que foi central para o desenvolvimento desta pesquisa.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso gratuito a todos os serviços médicos e é uma importante conquista da população brasileira construída e apoiada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade pela redemocratização após 21 anos de ditadura civil-militar. Essa mobilização expressou a indignação da sociedade frente as desigualdades, a mercantilização da saúde (AROUCA, 2003) e configurou-se como ação política em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva e solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania.

A seguinte redação surgiu com a Constituição Cidadã de 88:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Entretanto, o final da década de 1980 no Brasil era um cenário de viés ideológico neoliberal que propugnava a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços, inclusive relativos à saúde, e uma redução no papel do Estado como provedor direto destes serviços, assim pressupostos neoliberais foram assimilados a saúde pública (BAHIA; SCHEFFER, 2018).

Consoante Rizzoto (2008) e Harvey (2008), o neoliberalismo é pautado no entendimento de um mau funcionamento do Estado após respostas ineficazes as crises cíclicas do capitalismo, evidenciando a baixa qualidade dos serviços prestados pela “coisa pública”, no alto custo da manutenção do Estado, no crescente aumento da dívida pública, na intervenção estatal nos setores econômicos e na incapacidade de acompanhar as mudanças propostas pela globalização, sobretudo no questionamento do papel social e econômico do Estado. O projeto neoliberal traz contradições ao setor de saúde, porque, ao mesmo tempo, em que precisa de uma população com renda suficiente para consumir os seus serviços e garantir a expansão contínua dos lucros, faz parte da ótica que condiciona a classe trabalhadora, os consumidores, a redução dos padrões de vida e dos salários.

Segundo Bahia e Scheffer (2018, p. 159), “[...] as políticas sociais estão sendo submetidas a restrições que descaracterizam completamente a acepção original de seguridade social da Constituição de 1988. [...] A acepção de um SUS como coisa concreta, quase sempre uma rede assistencial pública e vigilância sanitária e epidemiológica, tampouco é aquela aprovada em 1988”. Não há homogeneidade no MRSB, sobretudo após a promulgação da Constituição de 88, o SUS torna-se diversos projetos de sistema, haja vista que nunca foi consolidado, entretanto, firma-se em uma rede pública de serviços ainda que sob 3 perspectivas em embate: *SUS necessário*¹, *SUS possível*² e *SUS privatista*³.

No Brasil, a agenda neoliberal foi associada ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundou nas

¹ SUS necessário - defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) originalmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Assembleia Nacional Constituinte de 1987 (CAVALCANTE, 2010; SOUZA, 2009).

² SUS possível - defendido por algumas lideranças do MRSB, flexibilizando os princípios político-emancipatórios em nome da modernização, como a gestão pelas fundações de direito privado, desvirtuando o SUS da concepção original (CAVALCANTE, 2010).

³ SUS privatista - defendido pelos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina liberal pela manutenção da medicina previdenciária e ampliação da assistência filantrópica (BRAVO, 1996).

décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado através da ampla reforma, consubstanciada no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (RIZZOTO, 2008).

A partir da implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiria a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros) (RIZZOTO, 2008, p. 278).

Assim, as políticas sociais universais para garantir direitos previstos na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), na forma neoliberal, se tornaram focalizadas na população mais pobre, desonerando o Estado. Logo após a promulgação da Constituição, tal perspectiva da focalização dos serviços de saúde e restrição das políticas sociais universais foi defendida pelo BM, em 1989, com a publicação do documento ‘Adult Health in Brazil: adjusting to new challenges’, e esses elementos aparecem no REFORSUS.

De acordo com Bahia e Scheffer (2018), esse documento afirma haver impossibilidade do financiamento com recursos públicos para uma saúde pública universal, e avança propostas para um arranjo público-privado diferente, em que parte do ponto de vista que o SUS deveria ser para pessoas de baixa renda e a melhoria dos serviços prestados aconteceria caso empresas privadas fossem contratadas como prestadoras. Ainda afirmam que “a operação de substituição do sistema pelos serviços e do universal por assistência para os pobres, para quem não pode pagar, amputou o conceito ampliado de saúde e trouxe a perspectiva de focalização das políticas públicas (p. 160)”.

As políticas de focalização introduzem uma precariedade e descontinuidade nos cuidados em saúde, as políticas focalizadas são assistencialistas e abrem espaço à arbitrariedade dos que podem decidir sobre quem irá ser beneficiado pela política e qual o rol de necessidades a serem satisfeitas. Também se estimula o estabelecimento de um duplo padrão de assistência, enquanto as classes de maior renda, e que se beneficiam dos gastos tributários em saúde, possuem planos de saúde, as classes mais pobres acessam um sistema de saúde público subfinanciado e precarizado (RIZZOTO, 2008). Segundo Silveira,

As organizações internacionais a serviço dos países desenvolvidos que as sustentam e dominam, tinham profundo interesse em apontar para os países pobres uma falsa rota do desenvolvimento educacional e tecnológico. Deveríamos, com o apoio e orientação destes extraordinários peritos internacionais, colocados generosamente à nossa disposição, enveredar no

enorme beco sem saída de buscar o nosso desenvolvimento, queimando nossos eficacíssimos recursos na tentativa de implantar um sofisticado sistema de saúde. Tentativa apenas, é claro, pois jamais poderíamos lá chegar, uma vez que como país pobre não teríamos condições de sustentar uma parafernália médica e de saneamento básico sequer assemelhada às existentes nos EUA (SILVEIRA, 2005, p. 23).

Até hoje o país paga muito caro por esta tentativa de implantar aqui padrões assistenciais de países desenvolvidos. Transplantes, pontes de safena, tomógrafos computadorizados, bromógrafos, coexistentes com severos quadros de fome, de simples insuficiência alimentar, falta vacinas, esparadrapo, antibiótico, pinça, gaze, enfermeiro, médico, anestésico e tudo mais elementar na deteriorada rede de saúde do país. Mas se continua acenando para a população com a possibilidade de um atendimento ultrassofisticado (SILVEIRA, 2005, p. 24).

O REFORSUS configura-se como uma política pública no contexto histórico-político de Contrarreforma dos Estados Neoliberais, e a resposta a crise do Estado de Bem-Estar Social. Ademais, como espaço de disseminação e aplicação da Contrarreforma, as agências multilaterais, em especial o BM, assumem posição de oferecer financiamento para a manutenção e reformulação de serviços básicos em países do capitalismo periférico e tardio em troca da assimilação da agenda neoliberal.

No contrato de empréstimo com BM, os objetivos do REFORSUS são listados da seguinte maneira:

Os objetivos do projeto são melhorar a prestação de cuidados de saúde nos territórios do mutuário e auxiliar na introdução de reformas de políticas no setor de saúde do mutuário, com respeito ao SUS, por meio de: (a) assistência na reabilitação, modernização e gestão de hospitais e de ambulatórios do SUS selecionados; e (b) fornecer assistência técnica para melhorar a sustentabilidade financeira e a eficiência do SUS (grifos do autor). (Contrato de Empréstimo N.º 4047 – BR, 1996).

Essa reforma representa a ascensão concreta do BM ao posto de formulador e financiador de políticas públicas de saúde em detrimento da posição da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como o setor de saúde emerge como um nicho promissor para a reprodução de capital. Segue-se a lógica de que menos serviços de saúde sob gestão pública direta, significa mais oportunidades de investimento privado (RIZZOTO, 2000).

É indubitável que o paradigma estabelecido de menos Estado mais mercado serve aos interesses do capital e Mandel (1985) cunha o conceito que representa esse processo, supercapitalização, isso é a incorporação de serviços, nesse caso os serviços de saúde, como espaço de expansão e acumulação do capital. Frisa o ex-Presidente do Banco Mundial, McNamara (1974 apud RIZZOTO, 2000, p. 86): “uma parcela reduzida do empréstimo fica nos países em desenvolvimento. Quase todo ele retorna rapidamente na forma de pagamento pelas mercadorias compradas nos países mais ricos”.

As políticas públicas para o Bem-Estar para além de garantir uma vida digna através de efetivação de direitos sociais e acesso à cidadania, deve ser encarada como caminho para o desenvolvimento e inovação, não como ônus ao Estado e um problema fiscal. O SUS e seus princípios de universalidade, integralidade e equidade são singulares, para além da dimensão territorial e seus mais de 200 milhões de usuários. É um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, e tem a maior iniciativa em atenção básica do mundo. Significa para os brasileiros acesso à atenção integral à saúde, sem discriminação, desde cuidados como imobilização de membros até o tratamento completo para neoplasias.

E para a situação de saúde conceituar a melhorar, é preciso discutir a existência de um sistema universal de saúde em um país de capitalismo periférico após o enfraquecimento das políticas sociais voltadas para a construção de um Estado de Bem-Estar Social, a intrínseca relação do setor privado com o público na melhoria das condições de saúde e as mudanças alicerçadas sob políticas públicas focalizadoras e seus modelos assistenciais recomendadas por órgãos internacionais. Portanto, é preciso aprofundar a Reforma Sanitária de 88, e pensar em uma reforma do setor de saúde que diagnostique os problemas estruturais, almeje a melhoria contínua, rompa com os paradigmas neoliberais e médico-assistenciais biomédico, uma reforma diferente da proposta pelo Grupo Banco Mundial.

Em meio a uma redemocratização, que é o resgate da dívida social do Estado para com o povo brasileiro, em especial a garantia de saúde para todos, discutiu-se e adotou-se um novo conceito de saúde o inserido na construção do SUS, entretanto é uma obra inconclusa e constantemente pressionada pelos interesses político-econômicos do capital. Tal sistema de saúde, apesar da clareza dos delegados da 8ª Conferência Nacional de Saúde nos princípios que seriam adotados – integralidade, equidade e universalidade -, é resultado de inspirações das políticas de saúde mantidas pelo *welfare state* nos países de capitalismo central, que antes mesmo de alcançar o Brasil já estava em crise e ameaçado pelo neoliberalismo propagado pelos organismos financeiros internacionais.

A partir desses elementos gerais, a monografia se estrutura em dois capítulos além dessa introdução. O primeiro capítulo faz um panorama do contexto histórico de fundação do Grupo Banco Mundial (GBM), a sua estrutura operacional e os marcos de redirecionamento da ação do GBM. Ainda se destaca a agenda ideológica neoliberal adotada pela instituição com a ascensão de Margaret Thatcher, Primeira-ministra do Reino Unido de 1979 até 1990, e Ronald Reagan,

Presidente dos Estados Unidos da América de 1981 até 1989, voltando a sua atuação para os programas de ajustamento, as reformas neoliberais dos Estados, e a neoliberalização das políticas sociais, com ênfase no setor de saúde. O objetivo, em linhas gerais, é ressaltar a capilaridade das suas formas de atuação e articulação política, econômica e institucional no setor de saúde, assim como elucidar o olhar do GBM sobre o Sistema Único de Saúde.

E o segundo capítulo trata do Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS), como foi chamado pelo BM, ou Projeto de Fortalecimento da Reorganização do Sistema Único de Saúde, como foi chamado pelo Ministério da Saúde, analisando a partir da “Carta de Política de Saúde” enviada pelo Ministro de Estado da Saúde, Adib Jatene, aos presidentes dos dois bancos, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento, em 7 de maio de 1996, e aprofundando a partir do Relatório de Avaliação da Equipe, Reporte N.º 15522-BR, do Grupo de Desenvolvimento de Capital Social e Humano, Departamento de País I, da Região da América Latina e Caribe, que fundamenta tecnicamente o REFORSUS. O trabalho se encerra com umas breves reflexões finais.

2. DESENHO DO ESTUDO

2.1. OBJETIVOS

O objetivo geral é analisar o Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS) e suas implicações no Sistema Único de Saúde.

Os objetivos específicos são:

- 1) Identificar as propostas de organismos internacionais para setor de saúde brasileiro, com destaque no período de execução do REFORSUS (1996-2004) com enfoque nas recomendações do Grupo Banco Mundial.
- 2) Caracterizar o modelo assistencial proposto pelo REFORSUS em contraponto ao Sistema Único de Saúde.

2.2. METODOLOGIA

Considerando a necessidade de uma compreensão aprofundada do objeto de estudo, sob a perspectiva da análise crítica, em especial, mas não exclusivamente, de dados não numéricos e de aspectos da realidade social e de relações de poder, o referido estudo configura-se como um estudo de caso avaliativo-interpretativo.

Essa escolha também se justificou pelo estudo profundo e exaustivo do Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS), único objeto de estudo, que permitiu o seu conhecimento amplo e detalhado, visto que a elaboração, a implementação e a avaliação do REFORSUS estão permeadas de interesses político/ideológicos e econômicos cujas dimensões não estão definidas (GIL, 2008 p. 58).

O método dialético foi adotado como a base lógica, possibilitando uma interpretação dinâmica e totalizante da saúde pública brasileira e o contexto no qual o REFORSUS está inserido, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas e ideológicas (GIL, 2008 p. 14). Também, foi importante para entender as contradições presentes nos projetos para o sistema de saúde brasileiro, a historicidade das políticas públicas para uma compreensão mais ampla.

A pesquisa se baseou na abordagem qualitativa, utilizando como estratégias metodológicas a revisão e análise documental disponibilizados através das políticas de acesso à informação do Grupo Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do

Tribunal de Contas da União (Quadro 1). Adicionalmente, foram coletados dados secundários presentes nos Relatórios de Auditoria de Desempenho do Tribunal de Contas da União, para contextualizar a avaliação feita pelos órgãos nacionais do projeto.

No que diz respeito a fundamentação teórica do projeto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica dos seguintes eixos e categorias de análise: política de saúde, modelos de assistência em saúde, financiamento em saúde, economia da saúde, Grupo Banco Mundial e Sistema Único de Saúde.

As fontes documentais utilizadas aparecem listadas no quadro abaixo.

Quadro 1. Documentos selecionados para análise.

Instituição	Tipo	Título	Data
Grupo Banco Mundial	Relatório de Avaliação da Equipe	Reporte N° 15522-BR	21/05/1996
	Memorando e Recomendação do Presidente	Reporte N° P6987	21/05/1996
	Contrato	Contrato N° 4047-BR	27/09/1996
	Carta de aceitação do contrato	Contrato N° 4047-BR (Carta)	27/09/1996
	Relatório de Conclusão e Resultados da Implementação	Reporte N°: 29325 - Relatório de Conclusão da Implementação (cpl-40470)	30/09/2004
	Revisão do relatório de conclusão da implementação	Reporte N°: ICRR11961	23/12/2004
Banco Interamericano de	Projeto de Reforma do Setor de Saúde - REFORSUS	Contrato n° 951/OC-BR	27/08/1996

Desenvolvimento	Relatório Final do Projeto	Relatório	15/02/2005
Tribunal de Contas da União	Relatório de Auditoria de Desempenho	Projeto REFORSUS – Análise das causas da baixa execução financeira do projeto	2000
	Relatório de Levantamento	Decisão 448/2002 – Plenário – Processo 003.572/2001-9	2002
	Artigo retirado da “Revista do TCU – Ano 35. Número 101. Julho/setembro. 2004.”	TCU realiza auditoria no Projeto REFORSUS	01/06/2004

Fonte: Elaboração própria.

3. BANCO MUNDIAL E SUAS POLÍTICAS DE SAÚDE: A FALSA ROTA PARA UMA SOCIEDADE SAUDÁVEL

3.1. O GRUPO BANCO MUNDIAL: ORIGEM E ESTRUTURA

O setor de saúde só ganhou a atenção do Banco a partir da década de sessenta, entretanto é vital resgatar a história de fundação do GBM, tanto para garantir historicidade, como para garantir a compreensão das disputas no interior da própria instituição nas estratégias e ações que, apesar das mudanças observadas (*ver 3.3. Os marcos de redirecionamento do Banco*), mostram linhas de continuidade. O Banco surge em um esforço para assegurar a hegemonia político-econômica internacional, a estabilidade financeira e a aquisição de novos mercados, por parte dos Estados Unidos da América, ao estabelecer um sistema financeiro e comercial internacional, ao final da 2ª Guerra Mundial (RIZZOTO, 2005).

As negociações para construir uma nova ordem econômica internacional e reconstruir o capitalismo começaram em agosto de 1941⁴, em um esforço que culminou na Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, conhecida como Conferência Bretton Woods, em julho de 1944. Nessa conferência foram criadas diversas instituições e acordos internacionais, entre eles o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), que hodiernamente é uma das várias instituições do Grupo Banco Mundial. O convênio constitutivo do Banco foi assinado em dezembro de 1945 por 28 países, iniciando suas operações em junho de 1946 (RIZZOTO, 2005).

O FMI foi considerado uma prioridade frente ao Banco, assim obteve a atenção de todos durante a maior parte do evento, já que teria como tarefa primordial a promoção e a “[...] estabilização das moedas no plano internacional proporcionando ajuda para financiar os déficits temporais da balança de pagamentos e estimulando a eliminação progressiva das restrições cambiais e a observação de normas internacionais de gestão financeira comumente aceitáveis” (BM, 1974, p.3 apud RIZZOTO, 2005). E, o Banco Mundial assumiria a responsabilidade de conceder empréstimo e ser um instrumento para mobilizar e garantir o capital privado, necessário

⁴ A Carta do Atlântico foi emitida como declaração no dia 14 de agosto de 1941 e negociada na Conferência do Atlântico pelo primeiro-ministro britânico Winston Churchill e pelo presidente dos Estados Unidos da América, Franklin Roosevelt. A carta estabeleceu uma visão Pós-Segunda Guerra Mundial, apesar de os Estados Unidos ainda não estarem na guerra (PEREIRA, 2009).

à reconstrução dos países destroçados pela guerra, apenas sendo tratado na última semana da Conferência de Bretton Woods (RIZZOTO, 2005).

O Acordo de Bretton Woods marca não só a hegemonia estadunidense na reestruturação econômica e política após a Segunda Guerra Mundial, mas também a institucionalização uma nova ordem econômica baseada no dólar, razão pela qual os EUA centralizariam a liquidez global e fortaleceria a internacionalização do capital estadunidense (PEREIRA, 2009). No momento da criação do Banco Mundial, os EUA eram a única nação com reservas suficientes para compor os recursos do Banco, por consequência a definição dos princípios constitutivos e regras de financiamento pleiteados pelos delegados estadunidenses prevaleceu. Ressalta-se que apesar do enterro do Sistema Bretton Woods em 1971⁵, a Conferência foi o marco do abandono do Keynesianismo, ainda predominante na política econômica de diversas nações, em detrimento do monetarismo de caráter liberal (RIZZOTO, 2005). Conforme aponta Pereira (2009, p. 60),

após a conferência, os delegados tiveram de explicar os acordos firmados em Bretton Woods aos seus governos para que os ratificassem. Pairavam dúvidas sérias sobre os estatutos das novas instituições gêmeas e, em muitos casos, nem os delegados, nem os seus governos tinham consciência plena do que haviam acordado. Em sua maioria, os parlamentos tiveram participação escassa ou inexistente nas negociações e a ratificação não passou de mera formalidade.

Foram criadas instituições financeiras internacionais multilaterais que expressaram a desigualdade de poder na ordem capitalista internacional, e a dominação de nações através de empréstimos financeiros supostamente de socorro e de apoio as economias nacionais subdesenvolvidas (PEREIRA, 2009). Na verdade, o objetivo central era garantir a dominação através do sistema financeiro, enquanto os produtos e capitais estadunidenses encontrassem mercados estrangeiros sem restrições para explorá-los à medida que os EUA se tornavam a maior potência do planeta (GEORGE & SABELLI, 1996; SAXE-FERNANDÉZ & DELGADO-RAMOS, 2004 apud PEREIRA, 2009). Nasce uma nova categoria de imperialismo, que do ponto de vista dos direitos humanos defendido pelo Sistema ONU é aceitável, consoante Cooper (2002, p. 2) é “[...] um imperialismo que, como todo imperialismo, procura trazer ordem e organização,

⁵ O choque de Nixon foi uma série de medidas econômicas tomadas pelo presidente dos Estados Unidos da América, Richard Nixon, em 1971, sendo a principal o cancelamento unilateral da conversibilidade internacional direta do dólar dos Estados Unidos em ouro. Embora não tenha abolido formalmente o Sistema Bretton Woods de intercâmbio financeiro internacional, a suspensão de um de seus componentes principais o tornou inoperante (PEREIRA, 2009).

mas que, atualmente, depende de princípios voluntários [...]” sendo possível dividir em duas formas.

A primeira foi batizada de *imperialismo voluntário da economia global*, geralmente operado por instituições financeiras internacionais que:

[...] fornecem ajuda aos Estados que desejam encontrar o seu caminho de volta à economia global e ao círculo virtuoso de investimento e prosperidade. Em troca elas fazem exigências [...]. Se os Estados querem ser beneficiados, eles têm que se abrir para a interferência de organizações internacionais e Estados estrangeiros (COOPER, 2002, p. 3).

A segunda forma pode ser chamada de *imperialismo dos vizinhos*, a instabilidade na nação representa ameaças que nenhum estado pode ignorar. Por consequência, a interferência na nação é eticamente e politicamente aceita pela comunidade internacional (COOPER, 2002).

O Banco Mundial que emergiu do esforço de planejamento consagrou, em seus estatutos e nas suas políticas operacionais, as visões norte-americanas sobre como a economia mundial deveria ser organizada, como os recursos deveriam ser alocados e como decisões de investimento deveriam ser alcançadas (GWIN, 1997 apud PEREIRA, 2009). Ainda segundo o autor “[...] Incluía, também, a supervisão do Banco por representantes nacionais, o que passava pela escolha de um assento permanente na Diretoria Executiva do Banco e pela definição do papel dos diretores executivos”. (PEREIRA, 2009, p. 59).

A conjuntura no pós-guerra não permitiu a recuperação e reconstrução da Europa com recursos do Banco Mundial, mas sim, por meio de recursos oriundos diretamente de acordos bilaterais com o governo estadunidense. Tais acordos consolidaram-se posteriormente o Plano Marshall, um ousado projeto para a reconstrução dos países europeus, mais tarde incluindo também a Alemanha e o Japão, que forneceu 46,8 bilhões de dólares a partir de 1947 e durou até 1955. Os recursos deste plano tinham mais o caráter de concessão do que de empréstimos, e superaram o montante fornecido pelo Banco Mundial (RIZZOTO, 2005).

Essas instituições financeiras internacionais nascem pressionadas a socorrer imediatamente à Europa devastada pela guerra, abrindo linhas de crédito para estabelecimento de divisas, matérias-primas, bens de consumo e alimentos. Por consequência, a missão primordial do BIRD era fornecer garantias e crédito para reconstrução. Assim, o desenvolvimento figurou como objetivo secundário até o pontapé dado pela gestão de George David Woods e, consolidando o Banco como “agência de desenvolvimento”, a partir da gestão de Robert Strange McNamara (KAPUR et al., 1997 apud PEREIRA, 2009).

O Banco emprestou menos de 800 milhões de dólares até 1954 - dos quais US\$ 250 milhões foram primeiro para a França e US\$ 195 milhões posteriormente para a Holanda no ano de 1947. Mas quando o Plano Marshall de 1947 assumiu os esforços de reconstrução pós-guerra na Europa, o Banco rapidamente mudou para financiar projetos de infraestrutura em todo o mundo em setores como energia, irrigação e transporte. O primeiro empréstimo a um país não europeu foi para o Chile, em 1948, por US\$ 13,5 milhões para geração de energia hidrelétrica, com exigências duríssimas que caracterizariam o perfil intervencionista e o tratamento desigual a periferia do capitalismo (RIZZOTO, 2005; PEREIRA, 2009).

Consoante o sumário financeiro do GBM, desde 1947 até 2021, os maiores tomadores do Grupo Banco Mundial, em ordem decrescente, são Índia, Indonésia, China, Brasil e México. Os empréstimos totais do Grupo, apenas ao nível de projeto, no mesmo período, somam um total de USD\$ 1.257.984,51 milhões. Esse aumento gradativo da carteira foi acompanhado da diversificação em suas áreas de atuação, que passaram a abarcar infraestrutura, transporte e comunicação, agricultura, resiliência para mudanças climáticas, energia, política econômica, educação, saúde, habitação, meio ambiente, administração pública, reconstrução nacional pós-conflito. Assim, o BIRD tornou-se parte de um grupo, o Grupo Banco Mundial, crescendo em tamanho e escopo de atuação, superando o tamanho e a complexidade imaginado na Conferência de Bretton Woods, em julho de 1944 (PEREIRA; PRONKO, 2015).

Hodiernamente, o Grupo Banco Mundial (GBM) é constituído por sete organizações com diferentes objetivos e capacidades, são elas: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), Associação Internacional de Desenvolvimento (AID), Corporação Financeira Internacional (CFI), Centro Internacional para Conciliação de Divergências em Investimentos (CICDI), Agência Multilateral de Garantias de Investimentos (AMGI), Instituto do Banco Mundial (IBM) e Painel de Inspeção. Logo abaixo, está a descrição de cada organização e seu ano de fundação.

Quadro 2. Organizações que integram o Grupo Banco Mundial em 2022.

GRUPO BANCO MUNDIAL
Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD)
Estabelecido em 1944, concede empréstimos com prazos de 15 a 20 anos para Estados solventes de renda média e baixa, além de garantias, produtos de gestão do risco e serviços de assessoria técnica. Capta recursos em mercados de capital e

<p>empresta a seus clientes em condições próximas às do mercado financeiro internacional.</p>
<p>Instituto do Banco Mundial (IBM)</p>
<p>Criado em 1955 como Instituto de Desenvolvimento Econômico, com o apoio financeiro e político das fundações Rockefeller e Ford, em 2000 foi renomeado como Instituto do Banco Mundial. Funciona na sede do BM em Washington. Seu objetivo original era formar e treinar quadros políticos e técnicos locais para atuar na elaboração e/ou execução tanto da política econômica doméstica quanto de projetos e programas direcionados ao desenvolvimento. Com o tempo, suas atividades de formação passaram a envolver não apenas quadros técnicos e autoridades de governo, mas também o pessoal de ONGs, jornalistas, acadêmicos em geral, professores de educação secundária, estudantes e grupos de jovens, além do próprio pessoal do Banco Mundial. Parte desse público é contemplada com bolsas de estudo concedidas pelo IBM.</p>
<p>Cooperação Financeira Internacional (CFI)</p>
<p>Estabelecida em 1956, presta recursos de longo prazo e presta serviços de consultoria e redução de riscos a empresas privadas dos países em desenvolvimento de renda baixa e média. Seus produtos são independentes de garantias governamentais.</p>
<p>Associação Internacional de Desenvolvimento (AID)</p>
<p>Estabelecida em 1960, concede créditos de longo prazo com baixas taxas de juros a 82 países pobres com pouca ou nenhuma capacidade de tomar emprestado nas condições de mercado. A AID financia suas operações mediante contribuições voluntárias feitas pelos países doadores a cada três anos, transferências da receita líquida do BIRD, subsídios da Corporação Financeira Internacional (CFI) e pagamentos dos créditos da AID pelos mutuários.</p>
<p>Centro Internacional para Arbitragem de Disputas sobre Investimentos (CICDI)</p>
<p>Estabelecido em 1966, fornece mecanismos para conciliação e arbitragem de controvérsias sobre investimento internacional entre investidores estrangeiros e os países anfitriões. Também realiza pesquisas e publica materiais nas áreas de leis de arbitragem e leis de investimento estrangeiro.</p>

Agência Multilateral de Garantia de Investimentos (AMGI)
Estabelecida em 1988, fornece seguro ou garantias contra riscos políticos no intuito de promover o investimento estrangeiro direto nos países em desenvolvimento. Também atua em controvérsias entre investidores e governos anfitriões. Sua assistência técnica e intelectual aos governos visa à implantação de estratégias voltadas para a atração de investimentos, à criação de oportunidades de negócios e à provisão de seguro contra riscos políticos.
Painel de inspeção
Criado em 1993, tem a missão de investigar denúncias de pessoas ou organizações afetadas, ou que podem ser afetadas negativamente por projetos financiados pelo Banco Mundial. As denúncias devem versar sobre o descumprimento pelo BM de seus próprios procedimentos e regras operacionais. Os membros do painel são designados pelo presidente do BM e aprovados pela diretoria executiva. Uma vez recebida a denúncia, o painel avalia e aponta ou não à diretoria do BM a necessidade de uma investigação. À diretoria cabe decidir se o painel seguirá ou não. Concluída a investigação, o painel remete o relatório final à administração do BM, que tem seis semanas para preparar o seu relatório à diretoria, que indica como responder às conclusões do painel. Cabe à diretoria anunciar se o BM tomará medidas de correção e, nesse caso, quais.

Fonte: Reprodução PEREIRA; PRONKO, 2015, p. 21.

O GBM combina dinheiro, ideias e prescrições políticas através do constrangimento perante outros financiadores e bloqueio de empréstimos, assim como por meio da persuasão ideológica através de assistência técnica e publicação de pesquisas setoriais. Assim, desde as origens, a instituição é um ator político, intelectual e financeiro, por consequência de sua condição de financiador, formulador, veiculador e articulador, sob a tutela do mercado financeiro, da agenda global do desenvolvimento capitalista (PEREIRA, 2009). O seu poder e condição geopolítica suscitou uma condição única perante qualquer organização multilateral internacional criada no pós-guerra, tendo os Estados Unidos da América como “[...] o maior acionista, o membro mais influente e o único com poder de veto na instituição, forjando-a como parte da sua infraestrutura de poder global” (PEREIRA; PRONKO, 2015, p. 20).

Os EUA se beneficiam da ação do GBM tanto economicamente quanto politicamente, visto que as relações com o poder estadunidense definem as formas de atuação do grupo. Assim instrumentalizaram a instituição para utilizá-la como agente da política externa do país através da coerção financeira, gerada pelo funcionamento global do capitalismo, levando os Estados a escassez de recursos para políticas sociais, fazendo com que solicitem empréstimos com diversas condicionalidades, que em boa medida são interferências diretas dos Estados Unidos da América nos credores (PEREIRA; PRONKO, 2015).

Dessa forma, os EUA tinham condições para assumir a liderança política e econômica internacional, barrar o avanço do comunismo que se apresentava como alternativa ao sistema político-econômico vigente e ampliar as fronteiras de comércio. Para expansão do comércio internacional, seria essencial o desenvolvimento dos países de capitalismo periférico e a reconstrução dos países assolados pela destruição da guerra. As cooperações bilaterais constituíram-se com estratégia de política externa central, que através de programas de assistência técnica, de investimento e de estímulos para o capital privado, asseguraria mercado nessas regiões. Tratando-se do Brasil, no contexto dos acordos bilaterais, na área da saúde, a experiência do Serviço Especial de Saúde Pública, criado em julho de 1942, serviu de base para futuras cooperações com caráter mais amplo no setor, aproximando as instituições estadunidenses do setor e do país. Essa cooperação destinou-se a promoção das condições de saúde em regiões de produção de borracha, mica e quartzo para o esforço de guerra (RIZZOTO, 2005).

3.2. OS MARCOS DE REDIRECIONAMENTO DO BANCO

Ao decorrer dos anos o Banco redirecionou e expandiu seu escopo de atuação, mudando as formas e as áreas de empréstimo, mas sempre mantendo o cerne da instituição intacto – a sua utilidade à política externa estadunidense. Apesar de a agenda liberalizante se manter constante, adquire nuances ao longo da atuação do GMB, que em suma variam conforme as crises cíclicas enfrentadas e a fração da elite no comando dos Estados. Assim, consoante Rizzoto (2000), pode-se dividir as mudanças na atuação do Banco em quatro marcos de redirecionamento, salientando que um redirecionamento não implica no total abandono das práticas anteriores. Apesar da Gestão de James David Wolfensohn, que durou de junho de 1995 até maio de 2005, em certa medida aprofundar a reforma de Barber Conable e continuar a gestão de Lewis Preston, é merecedora de um tratamento como o quinto marco de redirecionamento por reposicionar a

imagem da instituição perante a sociedade civil organizada, repaginar a agenda neoliberal, alterar a correlação de forças e, ainda, foi nessa gestão em que o REFORSUS esteve vigente.

Segundo Pereira (2009, p. 78),

até o ano de 1962, exceto os empréstimos para enfrentar crises em balanços de pagamento (program loans), todos os empréstimos do BIRD foram para projetos considerados bancáveis, o que significava, basicamente, a criação de infraestrutura física. O rol de projetos financiados pelo Banco era bastante restrito. O grosso dos empréstimos foi para projetos nas áreas de geração de energia elétrica por meio da construção de grandes represas e usinas termoelétricas, depois vias de transporte (estradas e ferrovias) e, em terceiro lugar, telecomunicações.

O primeiro marco de redirecionamento das políticas do Banco Mundial ocorreu na gestão de Robert S. McNamara, Presidente do Grupo Banco Mundial a partir de abril de 1968 até junho de 1981, resultado de sugestões contidas no Relatório Pearson⁶. Este relatório orientou para que a instituição ampliasse o escopo de atuação a partir das mudanças na economia e política mundial, e se atentasse aos desequilíbrios sociais existentes e a necessidade de satisfazer as necessidades básicas da população nos países “em desenvolvimento” (RIZZOTO, 2000). Por consequência, a Gestão McNamara “caracterizou-se pela diversificação setorial dos empréstimos, assumindo destaque o início da atuação do Banco no financiamento a projetos de investimento na área social” (Gonzalez, 1990, p. 28 apud RIZZOTO, 2000). Ressalta-se que foi a partir desse período os investimentos no setor de saúde ganham espaço no portfólio do Banco, tendo inovado e expandido “[...] as operações do Banco numa escala inédita, ampliando sua gravitação financeira, política e intelectual e consolidando-o, definitivamente, como uma agência fulcral no âmbito das políticas de desenvolvimento [...]” (PEREIRA, 2009, p. 113).

Considera-se, de acordo com Frigotto (2008), que por trás de toda técnica predomina um arcabouço teórico-ideológico. Dessa forma, vale ressaltar que a produção de conhecimento técnico desempenhada por McNamara também foi desenvolvida à luz de uma ideologia, a do capital. Deve-se atentar, portanto, às tendências políticas que se enquadram por trás da agenda técnica defendida pela teórica. Paralelamente a atuação do Banco, apesar de em grande parte permanecer orientada para questões macroeconômicas e desenvolvimento econômico, a atuação via assistência técnica ganha espaço, mediante capacitações profissionais, produção de relatórios,

⁶ Produzido pela chamada “Comissão Pearson”, em 1969, através de encomenda do Banco Mundial, nome atribuído devido à liderança de Lester B. Pearson, ex-primeiro-ministro canadense e Prêmio Nobel da Paz, elaborou um estudo analisando “a história recente da cooperação internacional para o desenvolvimento, com vistas a formular conclusões e recomendações acerca da cooperação para as próximas décadas” (PEARSON, 1969a, p. 9, apud SALLES, 2015).

aconselhamentos, provimento de conhecimento técnico, para atividades ligas ou não aos projetos financiados pelo banco (PEREIRA, 2009).

Para o banco, o dinheiro serve de alavanca na difusão e institucionalização de ideias econômicas e prescrições políticas sobre o que os governos dos Estados clientes devem fazer, e como, em matéria de desenvolvimento capitalista, nas suas mais diversas dimensões (PEREIRA; PRONKO, 2015, p. 14).

O segundo marco na gestão do GMB foi com o início da gestão de Alden Winship Clausen em julho de 1981, permanecendo no cargo até julho de 1986. Foi marcada pelos fenômenos originados devido aos choques do petróleo⁷, a crise financeira internacional, a guinada conservadora anglo-saxã, tanto no velho quanto no novo continente, e a liberalização chinesa. Os EUA aumentaram sua taxa básica de juros unilateralmente, o que levou a valorização do dólar e aumento das dívidas externas dos países periféricos, nesse contexto o Banco Mundial assumiu o papel de intermediador entre os credores internacionais e os países devedores, “[...] redefinindo a sua política de empréstimos que antes se limitava ao financiamento de projetos, para outras formas de financiamento, que possibilitassem desembolsos mais rápidos, ou seja, os programas de ajuste estrutural e os projetos para setores específicos [...]” (RIZZOTO, 2000, p. 67). Essas ações de “ajustamento estrutural”, que estavam centradas na liquidação do erário para apropriação do capital privado, funcionavam como pré-requisitos para renegociação e melhores condições de pagamentos.

A origem dos empréstimos setoriais e de ajuste estrutural tem sido relacionada à revisão crítica, por parte do Banco Mundial, do padrão de desenvolvimento industrial adotado pelos países latino-americanos. O Banco acredita que uma excessiva proteção foi mantida presente no decorrer do processo de substituição de importações desencadeado nestas economias, implicando ineficiente alocação e emprego dos recursos e perda de competitividade internacional dos produtos industriais. Assim foi idealizada uma política de condicionalidades que atuaria, no curto prazo, amenizando pressões sobre o balanço de pagamentos para atingir, no médio prazo, um reordenamento da estrutura produtiva destes países (Gonzalez, 1990, p. 29, apud RIZZOTO, 2000, p. 68).

Em 1983, criou-se o empréstimo de ajuste setorial, aprofundando os créditos concedidos para ajustes estruturais, modalidade de crédito criada em 1979 pelo Mc Namara, e permitindo que os interesses do Banco penetrem com maior precisão em setores específicos da economia. Constituiu-se como uma excelente modalidade de crédito, por reduzir as exigências aos mutuários ao desagregar os ajustes estruturais. Segundo Pereira, “[...] a estratégia de fatiar o

⁷ A crise do petróleo foi desencadeada num contexto de déficit de oferta devido ao início do processo de nacionalizações e de uma série de conflitos envolvendo os produtores árabes, como a guerra dos Seis Dias (1967), a guerra do Yom Kipur (1973), a revolução islâmica no Irã (1979) e a guerra Irã-Iraque (a partir de 1980), gerando uma desestabilização na economia mundial (SANTANA, 2006).

ajuste setor por setor, [...] tinha a vantagem adicional de responder, de maneira mais direta e imediata, a interesses empresariais e financeiros específicos [...]” (PEREIRA, 2009, p. 171). De certa forma, esse realinhamento do Banco impactará o REFORSUS 14 anos depois, promovendo interesses específicos no setor de saúde brasileiro, quiçá uma forma de frear e gerir os riscos de uma eventual total publicização do setor de saúde, assim como a atuação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

[...] com o início dos empréstimos para ajustamento estrutural e suas inúmeras condicionalidades, o Banco Mundial ampliou e diversificou imensamente as suas áreas de incidência. Para além dos setores tradicionais de infraestrutura, e transporte, a sua atuação passou a abranger também política econômica, educação, saúde, habitação, meio ambiente, administração pública, desenvolvimento urbano e rural, políticas fundiárias e reconstrução nacional pós-conflito. O alargamento do mandato da entidade foi acompanhado por uma crescente politização, evidenciando cada vez mais a natureza política e intelectual da sua atuação (PEREIRA; PRONKO, 2015, p. 14).

A vitória dos conservadores nos Estados Unidos da América, Ronald Reagan, e no Reino Unido, Margaret Thatcher, notadamente críticos a atuação do Banco, o classificavam como uma burocracia inchada que desperdiçava recursos em empréstimos com baixo retorno recheados de interesses escusos das elites governamentais, e como um dos causadores da crise internacional de endividamento (RIZZOTO, 2000). O que também corroborou para a concentração dos esforços do BM nos empréstimos voltados ao ajuste estrutural de países e para reformas setoriais, categoria em que se enquadra o Projeto de Reforma do Setor de Saúde.

Em 1978, Deng Xiaoping deu os primeiros passos fundamentais para a liberalização de uma economia gerida por um governo comunista em um país que abrigava 20% da população mundial. O trajeto que Deng definiu iria transformar a China, em duas décadas, de um remoto país fechado num centro aberto de dinamismo capitalista com taxas de crescimento constantes sem paralelo na história humana. Do outro lado do Pacífico, em circunstâncias completamente diferentes, uma figura relativamente obscura (mas agora renomada) chamada Paul Volcker assumiu o comando do Banco Central dos Estados Unidos (FED) em julho de 1979, e no curso de alguns meses mudou dramaticamente a política monetária. O FED a partir de então assumiu a liderança na luta contra a inflação, independentemente das consequências (em particular no que se refere desemprego). Do outro lado do Atlântico, Margaret Thatcher já fora eleita primeira-ministra da Grã-Bretanha, em maio de 1979, com a tarefa de restringir o poder dos sindicatos e levar ao fim uma destruidora estagnação inflacionária que envolvera o país na década precedente. Então, em 1980, Ronald Reagan foi eleito presidente dos Estados Unidos e, armado com uma genialidade e um carismã pessoal, impeliu seu país a revitalizar a economia, ao apoiar as decisões de Volcker no FED e adicionar sua própria mistura particular de políticas destinadas a restringir o poder do trabalho, desregular a indústria, a agricultura e os setores extrativistas, assim como liberar os poderes das finanças tanto internamente como no cenário mundial. A partir de diversos epicentros, os impulsos revolucionários aparentemente se disseminaram e reverberaram para impor ao mundo que nos cerca uma imagem totalmente diferente (HARVEY, 2008, p. 11).

Ronald Reagan prosseguiu com as críticas ao GBM, e respondendo às pressões e ameaças de suspensão de repasse de recursos do governo estadunidense, a gestão de Barber Conable, que

durou de julho de 1986 até agosto de 1991, promoveu um rígido e profundo ajuste estrutural no Banco, constituindo o terceiro marco de redirecionamento. Para isto criou um comitê de direção, e este comitê designou três grupos especiais: 1) da política, planificação e gastos; 2) das operações e 3) das unidades de apoio. Assim, o “Plano de Reorganização” demitiu “[...] em massa de todos os funcionários do Banco e, em seguida, num sistema de cascata, começando pelos vice-presidentes, escolhiam-se os subordinados e estes aos seus subalternos, sucessivamente, até o último da hierarquia” (RIZZOTO, 2000, p. 69).

O quarto marco teve início com a gestão de Lewis Thompson Preston, assumindo o cargo em setembro de 1991 até maio de 1995, 22 anos após o Relatório Pearson novamente um relatório causa a reestruturação das ações do Banco. O Relatório Wapenhans apresentado à Diretoria Executiva em novembro de 1992, que tem como título “Implantação efetiva: a chave para o impacto do desenvolvimento” (RIZZOTO, 2000), foi produzido pela Força-Tarefa de Gestão de Carteira liderada por Willi Adolf Wapenhans, executivo de carreira do Banco, que elaborou um estudo do processo básico de gestão de carteira e avaliação do Banco para empréstimos e créditos. A força-tarefa apontou que a instituição “[...] não prestou atenção suficiente à implementação e supervisão dos empréstimos e que o impacto do desenvolvimento sustentável é a verdadeira medida do sucesso” (BM, 1992).

Ainda no mesmo relatório, fez-se uma avaliação de eficácia de todos os projetos financiados. Os resultados implicaram na mudança da diretriz central do Banco, o qual deveria transitar de uma “cultura de aprovação de projetos”, iniciada na gestão McNamara, para outra “inspirada no desejo de que os projetos funcionem realmente” (RIZZOTO, 2000). Os problemas administrativos/operacionais apontados revelam que:

[...] cerca de 20% dos projetos da carteira do Banco apresentavam problemas significativos; 37,5% tinham questões conflitivas; mais de 40% dos projetos de água, saneamento e agricultura fracassaram, e somente 22% dos prestatários respeitavam integralmente os acordos (RIZZOTO, 2000, p. 70).

Em paralelo, essa nova cultura impactará o REFORSUS, em decorrência da maior destinação de recursos para o acompanhamento e a avaliação dos projetos. Como exemplo, o valor carimbado para consultorias e despesas administrativas no contrato de empréstimo do BM realizado com o Brasil de um total de 300 milhões de dólares americanos, 42 milhões de dólares americanos foram previstos para assessores, consultores e avaliadores (RIZZOTO, 2000).

James David Wolfensohn, indicado pelo 42º Presidente dos Estados Unidos da América, Bill Clinton, assumiu a presidência do GBM em junho de 1995 e a deixou em maio de 2005,

sendo um período de dois mandatos. Wolfensohn promoveu uma reciclagem do programa neoliberal e dos ajustes estruturais, de modo a reposicionar a instituição na globalização financeira e reestruturação do capitalismo. Também lidou com a liberalização econômica no leste europeu, reconstrução de países nos Balcãs e na Faixa de Gaza, e se preocupou em manter uma boa imagem do Banco e fazer uma autorreforma (PEREIRA, 2009).

Visando retomar a credibilidade pública após a crise de imagem em decorrência do amplo custo social dos programas de ajustamento estrutural e dos impactos socioambientais dos projetos, Wolfensohn investiu pesadamente no departamento de relações públicas. Portanto, prontamente no 2º semestre de 1995 os principais jornais dos EUA continham anúncios enfatizando os benefícios econômicos gerados pelo Banco (PEREIRA, 2009).

A mensagem principal era de que os empréstimos da instituição resultavam em contratos extremamente lucrativos para inúmeras empresas norte-americanas, contribuindo para a criação de milhares de empregos nos EUA e o aumento das exportações. Além disso, os anúncios também afirmavam que os programas do Banco ajudavam os empresários indiretamente, ao impulsionar a liberalização comercial e financeira na periferia por meio da combinação de empréstimos e aconselhamento político. Por fim, o Banco pôs um anúncio no jornal do Congresso, no qual elencava todas as corporações beneficiadas por contratos com o Banco, bem como o número de empregos gerados, conforme os distritos eleitorais dos congressistas (PEREIRA, 2009, p. 239)

Em outubro de 1995, Wolfensohn discursou para o Conselho de Governadores do Banco orientado pelo Relatório sobre Desenvolvimento Mundial (RDM) de 1995, cujo título foi “O Trabalhador e o Processo de Integração Mundial”. Este RDM tratou do tema do trabalho na globalização e apontou para a desregulação do mercado de trabalho, em clara posição contrária a classe operária e a favor do capital. Utilizou como arma a agenda do Banco de “luta contra a pobreza” para rotular os trabalhadores formais e os direitos trabalhistas como privilégios e danosos ao desenvolvimento, assim poderia se legitimar a remuneração geral da força de trabalho (PEREIRA, 2009).

No mesmo discurso, consoante Pereira (2011, p. 181), Wolfensohn delimitou cinco grandes linhas de atuação do mandato:

- 1) a promoção de um clima hospitaleiro ao fluxo transnacional de capitais e à acumulação capitalista, para cuja obtenção o Banco deveria priorizar, na relação com os governos, questões como a remodelagem do aparato público e de suas relações com o setor privado, a redefinição dos sistemas legais e o fortalecimento dos direitos de propriedade; 2) a articulação – nos âmbitos global, nacional e subnacional – de novas “associações” (partnerships) com o setor privado, instituições bilaterais e multilaterais, bancos regionais de desenvolvimento, governos, ONGs e outros atores sociais, e o aprofundamento daquelas já existentes; 3) a organização de programas de “reconstrução” econômica e institucional pós-conflitos em países do Sul e do Leste, em parceria com outros organismos multilaterais, bilaterais, ONGs e empresas privadas; 4) a negociação com o FMI e outros credores para a elaboração de um plano de redução

parcial da dívida multilateral dos países mais endividados, em troca da realização de “políticas sólidas e implementação efetiva e transparente”; 5) a realização de uma reforma administrativa comprometida com a eficácia dos resultados dos projetos financiados, em vez da tradicional “cultura da aprovação” de projetos para mover o máximo possível de dinheiro (PEREIRA, 2011, p. 181).

A gestão Wolfensohn deu início a uma reforma administrativa em 1996, as medidas pautavam-se na:

a) a melhoria da qualidade técnica dos projetos financiados, mediante um novo sistema interno de controle e avaliação; b) a criação de uma nova estrutura de incentivos para o staff que substituiu a “cultura da aprovação” por uma “cultura de resultados”, orientada para a satisfação das necessidades dos clientes; c) a descentralização da estrutura operacional do Banco, com o propósito de aprofundar o diálogo político com os países e fomentar a associação entre as partes envolvidas pela atuação do Banco (governos, empresários, ONGs, fundações, mídia, academia) em prol de uma agenda comum de políticas, programas e projetos cujo sentido de propriedade (ownership) fosse assumido pelos próprios atores locais, públicos e privados; d) a melhora da prestação de contas e da responsabilização ante acionistas e clientes, mediante uma política de abertura gradual e seletiva de informações e a criação de centros de informação ao público; e) a criação de meios políticos e técnicos que assegurassem a liderança intelectual do Banco em todas as áreas relativas ao desenvolvimento, de modo a torná-lo um “banco de conhecimento” (knowledge bank) por excelência, capaz de criar, estimular, disseminar, promover e aplicar ideias que orientassem todo o arco de políticas públicas nos países clientes e guiassem o estabelecimento de ligações entre governos, empresários, ONGs e demais atores sociais (Wolfensohn, 1996 apud PEREIRA, 2009, p. 240).

Outra mudança importante foi a aproximação com organizações não governamentais (ONG) para garantir credibilidade na atuação do Banco perante ativistas, em especial na área social e ambiental. Para cooptar e cultivar as ONG’s o Banco dispôs de amplos recursos financeiros por meio de contratos de consultoria e implementação de projetos (PEREIRA, 2011).

Após reformas estruturais no Banco e reposicionamentos estratégicos, o Banco seguiu o que foi pensando em julho de 1944, na Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, no bairro de Bretton Woods, na cidade de Carroll, no estado de New Hampshire. E, ainda expandiu seu escopo de atuação e sua influência no sistema político-econômico capitalista, absorvendo demandas externas dos mais diversos agentes políticos e “[...] adequando-as à sua agenda estratégica, precisamente porque é, e sempre foi, um ator político, financeiro e intelectual. As contradições desse processo não são disfuncionais a ele, mas sim dimensões constitutivas dele” (PEREIRA, 2009, p. 259).

3.3. A AGENDA E IDEOLOGIA DO BANCO

O capitalismo no final dos anos 1960 começou a dar sinais de esgotamento, em destaque a América Latina e o Leste Europeu, sendo esfacelado por uma crise que perdurou até a década de 90, e reverbera hodiernamente. Nessas décadas, as características do padrão de acumulação

fordista-taylorista começaram a ruir por diversas razões: encarecimento da produção, estoques cheios e padronizados, desenvolvimento tecnológico rígido e pouco adaptável, durabilidade dos produtos, entre outras – o que, somando-se as crises do petróleo decorrente dos conflitos envolvendo os produtores árabes - Guerra dos Seis Dias (1967), Guerra do Yom Kipur (1973), a Revolução islâmica no Irã (1979) e a Guerra Irã-Iraque (a partir de 1980) -, levaram a uma crise financeira internacional⁸. Por consequência a política econômica de cunho Keynesiana e o chamado Estado de Bem-Estar Social foi reconfigurado sob a ótica do Neoliberalismo como resposta à crise produtiva: começa a se apregoar a ideia do Estado Mínimo, o aparelho estatal reduz as políticas e gastos sociais e a intervenção econômica, mas aumenta os subsídios para os detentores dos meios de produção (ANTUNES, 2002).

Os países da periferia do capitalismo adotaram como estratégia de desenvolvimento o endividamento, sobretudo com o capital estrangeiro, para a construção de projetos de infraestrutura e energia. A dívida dos países em desenvolvimento, importadores de petróleo, que em 1973 estava em patamares inferiores a US\$100 bilhões, em 1981, elevou-se para US\$ 450 bilhões e em 1982 para US\$500 bilhões, logo se viram obrigados a recorrer ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional (CERQUEIRA, 2003).

O primeiro Relatório sobre Desenvolvimento Mundial alertando para o grande endividamento externo dos clientes do Banco saiu em 1978. Esse relatório enfatizou o modelo de crescimento econômico financiado através do endividamento externo, recomendando prazos maiores de vencimento nos acordos de empréstimo e mudanças na estrutura da dívida através de acesso a títulos de longo prazo e o maior equilíbrio entre financiamento de fontes privadas e públicas (PEREIRA, 2009). Assim como, “[...] já prefigurava uma virada político-intelectual de fundo na agenda do Banco, consubstanciada no ataque neoclássico às estratégias econômicas de estilo nacional desenvolvimentista [...]” (PEREIRA, 2009, p. 156). Os créditos assinados no exterior tornam-se dívidas impagáveis, os governos nacionais enfrentaram déficits fiscais, inflação e câmbios incontroláveis.

⁸ Para além da instabilidade no Oriente médio e a crise do fordismo-taylorismo, também se atribui como causas da crise “[...] a insolvência da Polônia, as dificuldades de grandes empresas alemãs, canadenses e americanas, a guerra das Malvinas no Atlântico Sul, a moratória do México, em agosto de 1982, e finalmente o insucesso da reunião do FMI, em setembro do mesmo ano, em Toronto, em que se esperava a criação de um fundo de emergência de US\$25 bilhões e que não se concretizou” (CERQUEIRA, 2003, p. 20).

Assumirá como Presidente da Reserva Federal - o Banco Central dos Estados Unidos da América – em agosto de 1979, Paul Adolph Volcker. Ele aumentou bruscamente a taxa básica de juros: em março de 1980, a taxa alcançou 19,71%, com a finalidade de frear a inflação e impulsionar o dólar no sistema monetário internacional. A política monetária de Volcker forçou a sobrevalorização do dólar, provocando um redirecionamento global de liquidez para os EUA. Assim, a política econômica dos demais países capitalistas foi submetida a um ajuste com a política estadunidense, e os títulos da dívida pública dos EUA tornou-se o ativo de maior liquidez disponível (PEREIRA, 2009).

Paralelamente, o GBM começou a modificar a carteira de ativos para conceder mais empréstimos que permitissem desembolsos rápidos e elevados, que “[...] apoiassem diretamente o balanço de pagamentos e servissem à obtenção de divisas que possibilitassem a rolagem dos débitos e a manutenção da espiral de endividamento” (PEREIRA, 2009, p. 151).

É importante lembrar que, em maio de 1979, a gestão McNamara já havia anunciado a criação do empréstimo de ajustamento estrutural, que era “de desembolso rápido e orientado para políticas, e não para projetos, tinha o objetivo de financiar o déficit no balanço de pagamentos, sobretudo de países importadores de petróleo” (PEREIRA, 2009, p. 158). E em 1983, a gestão Clausen criou o empréstimo de ajuste setorial de modo a garantir uma penetração da agenda do Banco mais concisa em setores da economia, como o Projeto de Reforma do Setor de Saúde. Essas modalidades de crédito estavam atreladas às condicionalidades ao gosto do Banco, sobretudo à instauração de mudanças na política macroeconômica com o pretexto de estabilizar a economia e adequá-la ao ambiente externo (PEREIRA, 2009).

No âmbito das políticas macroeconômicas, as medidas de ajustamento do Banco consistiam em: liberalizar o comércio, alinhar os preços ao mercado internacional e baixar tarifas de proteção; desvalorizar a moeda; fomentar a atração de investimento externo e a livre circulação de capitais; promover a especialização produtiva e expandir as exportações, sobretudo agrícolas. No âmbito das políticas sociais e da administração estatal, o ajuste tinha como meta central a redução do déficit público, especialmente por meio de medidas como: a) o corte de gastos com pessoal e custeio da máquina administrativa; b) a redução drástica ou mesmo a eliminação de subsídios ao consumo; c) a redução do custo per capita dos programas, a fim de ampliar o grau de cobertura; d) a reorientação da política social para a saúde e educação primárias, mediante a focalização do gasto na parcela da população em condições de “pobreza absoluta”. Todo esse conjunto de medidas figurou, de um modo ou de outro, nos RDMs de 1978 a 1982 como recomendações de políticas econômicas e setoriais consideradas responsáveis (PEREIRA, 2009, p. 159).

McNamara em seu último discurso ao Conselho de Governadores do Banco Mundial, em setembro de 1980, apontará que o caminho a ser seguido pelo Banco é a concentração da sua

atuação em políticas econômicas. Ainda indicou que as mudanças decorrentes da crise seriam permanentes, assim as políticas de ajustamento deveriam perdurar, ou seja, os gastos sociais e o Estado deveriam ser reduzidos. De esta forma o Banco colocará no topo da agenda e do debate internacional as discussões do tamanho e papel do Estado (PEREIRA, 2009).

Desde a criação do empréstimo de ajuste estrutural até abril de 1993, 17 países espalhados pela periferia de todo o globo contrataram essa modalidade – Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Costa do Marfim, Equador, Jamaica, México, Marrocos, Nigéria, Peru, Filipinas, Uruguai, Venezuela e Iugoslávia. Em 1989, as instituições que impulsionavam globalmente a reestruturação capitalista neoliberal realizaram uma conferência para a avaliação dos resultados e pactuação dos próximos passos, gerando um receituário⁹ com 10 premissas (PEREIRA, 2009).

O pensamento neoliberal foi singularizado no denominado receituário do Consenso de Washington, expressão que emergiu a partir do encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, quando se reuniram funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais, com o objetivo de realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, nas décadas anteriores, nos países da América Latina. Neste encontro foram definidas as linhas de política macroeconômica, que iriam inspirar as reformas, denominadas neoliberais, as quais foram implementadas em grande número de países periféricos, como o Brasil, nas décadas de 1980 e 1990. As linhas básicas formuladas, no referido encontro, consistiam na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista (RIZZOTO, 2008b, p. 276).

Quadro 3. O Consenso de Washington.

Tópico	Prescrição
Disciplina fiscal	Para que o manejo da política fiscal sirva à manutenção da estabilidade macroeconômica (entendida, basicamente, como controle inflacionário), deve haver um elevado e persistente superávit primário, aceitando-se um déficit operacional de, no máximo, dois por cento do PIB.
Reorientação dos	Ligado à política fiscal rígida está o redirecionamento do gasto

⁹ “O receituário, publicado em 1990, foi compilado por John Williamson — consultor econômico do Tesouro do Reino Unido (1968-70), conselheiro do FMI (1972-74), professor de economia na PUC-RJ e em diversas universidades anglo-americanas e, posteriormente, economista chefe do Banco Mundial na Ásia Meridional entre 1996-99. O decálogo logo ficou conhecido como Consenso de Washington” (PEREIRA, 2009, p. 191).

gastos públicos	público para áreas de alto retorno econômico e formação/melhoria de “capital humano” (saúde, educação e infraestrutura), com algum potencial para distribuição de renda.
Reforma tributária	Aumento da base tributária e corte de impostos marginais.
Taxa de juros	O ideal é que seja determinada pelo mercado. Porém, deve ser fixada num patamar moderado, a fim de estimular a poupança e desestimular a fuga de capitais.
Taxa de câmbio	Unificada e fixada num patamar suficientemente competitivo para induzir o aumento rápido das exportações, especialmente de produtos não-tradicionais.
Liberalização comercial	Redução acentuada das tarifas de importação, a fim de acelerar a integração à economia mundial e facilitar a entrada dos insumos necessários ao fortalecimento do setor produtivo doméstico.
Abertura para o capital estrangeiro	Abolição imediata das barreiras ao investimento externo direto, de modo que empresas estrangeiras e nacionais compitam em pé de igualdade.
Privatização	Privatização em massa das empresas estatais, a fim de gerar recursos a curto prazo, reduzir o gasto público e elevar a eficiência global da economia.
Desregulamentação da economia	Desregulamentação ampla da economia, a fim de estimular a entrada de novas empresas e elevar a concorrência. Controle de preços, tarifas de importação e legislação trabalhista, dentre outros, oneram o capital privado, razão pela qual devem ser suprimidos ou radicalmente revistos.
Direitos de Propriedade	Devem ser assegurados, sem custos excessivos, e estendidos ao setor “informal” da economia, a fim de ampliar a formalização da iniciativa privada.

Fonte: Reprodução PEREIRA, 2009, p. 191.

Seguindo o raciocínio de Behring (2003), a adoção da agenda neoliberal resultou em uma contrarreforma regressiva e conservadora, alicerçada na justificativa de que o Estado era

demasiadamente responsável pela atividade econômica e garantia de direitos e que isso provocava ineficiência e ineficácia na máquina pública. Por consequência, as políticas sociais assumiam um caráter compensatório, focalizador e transitório, ao invés de “[...] incorporar os estratos mais pauperizados da população em condições satisfatórias de emprego e renda, a nova política social visava impedir uma deterioração ainda maior de suas condições de vida” (PEREIRA, 2009, p. 195). Dessa forma, segundo Silva (2017, pág. 8), a

[...] política social deixou de ser universal para se tornar focalizada na indigência tendo o desmonte dos direitos sociais como consequência a quebra do protagonismo do Estado na provisão e na garantia da política social, ficando essa provisão por conta do mercado e das organizações da sociedade civil, que não têm poderes para garantir direitos.

Nesse contexto, podemos pensar na esteira do Mandel (1982) o processo de supercapitalização das políticas sociais, isto é a transformação do setor de serviços, como saúde, educação, lazer, entre outros, em espaço de reprodução do capital. Isso só foi possível devido “a mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social” (MANDEL, 1982, p. 271). Assim, a medicalização e mercantilização da vida foi mandatória a sociedade, a fim de corroborar com os interesses do capital na saúde pública. As características capitalistas são adotadas para tornar a saúde para além de uma necessidade humana, um produto que possa ser comprado e gerar lucro (BRAVO, 2006). Como afirmam Rizzoto e Campos (2016, p. 264),

O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco. Para esse pensamento, a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo; a intervenção do Estado deveria ocorrer apenas para regular a oferta e garantir “mínimos essenciais”, organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado.

Consoante, Wacquant (2003), no cenário do neoliberalismo observa-se um processo de intensificação da desresponsabilização do Estado na garantia e acesso aos direitos e ampliação das políticas sociais e da desregulação do mercado de trabalho, tendo como pano de fundo a miséria e o desemprego. Por fim, entende-se que a desigualdade aprofundada pelo Neoliberalismo não é uma ameaça ao sistema capitalista, mas, sim, um aspecto indivisível a ele, tanto quanto a exploração do proletariado, o consumismo e acumulação de capital pelas elites. Como sintetiza Harvey (2008, p. 41),

Tudo se vinculava à forte expansão da atividade e do poder no mundo financeiro. Cada vez mais liberta das restrições e barreiras regulatórias que até então limitavam seu campo de ação, a atividade financeira pode florescer como nunca, chegando a ocupar

todos os espaços. [...] Em suma, a neoliberalização significou a “financeirização” de tudo. Isso aprofundou o domínio das finanças sobre todas as outras áreas da economia, assim como sobre o aparato de Estado, e [...] a vida cotidiana.

O Estado Neoliberal é controlado pela burguesia financeira que ascende após a crise do modelo produtivo fordista e do Estado de Bem-Estar Social, através da financeirização econômica, sendo a mudança no padrão de acumulação em que a obtenção de lucros ocorre cada vez mais por meio de canais financeiros, e não por meio do comércio, dos serviços, da produção de bens de consumo e commodities (ANTUNES, 2002). Nesse contexto, se produz a reconstrução da autoridade estatal em torno dos princípios neoliberais como livre-mercado, estado mínimo, desregulamentação do mercado de trabalho, terceirização de serviços públicos, abertura econômica para multinacionais, entre outros, assim como, a sujeição de toda a economia ao capital financeiro. Por consequência, dá-se espaço a acumulação privada, gerando aumento das taxas de lucro e intensificando a desregulação social (WACQUANT, 2003). Dessa forma,

[...] a rede de seguridade social montada no pós-segunda guerra, durante a vigência do sistema fordista do Estado de Bem-Estar social, dá lugar não só ao fortalecimento do aparelho prisional estatal, mas também ao social panoptismo, que é a forte vigilância sob as populações marginalizadas por meio da utilização do aparato de proteção social do governo que, desse modo, torna-se menos focalizado na proteção da pobreza e mais voltado ao controle [...] (JINKINGS, 2009, p. 2).

Com o crescimento do subemprego e desemprego causados pela elevação da produtividade empresarial com o uso de menos força de trabalho, assim como pela desregulamentação do mercado de trabalho, cresce a geração de uma massa de marginalizados, “sujeitos-dinheiro sem dinheiro” (Kurz, 1993), e aumento exponencial da desigualdade social, representando um risco a manutenção da ordem social. Consoante Jinkings (2009), a característica básica do novo padrão de acumulação é a crescente insegurança e a degradação das condições de trabalho da população. É possível notar que o Estado se reconfigura para manter a ordem social através da expansão do aparato de repressão e segurança pública, assim como reduz dos impostos sob corporações, renda e patrimônio para ampliar a acumulação de capital das elites (WACQUANT, 2003).

De acordo com Pereira (2009, p. 136), McNamara constituiu a “[...] ideia de que vivia em condições de pobreza apenas quem não estivesse inserido em atividades consideradas produtivas [...]”, por consequência a superação da pobreza dar-se-ia, fundamentalmente, pelo aumento da “produtividade dos pobres”.

Tal proposição operava um triplo movimento: primeiro, apagava o caráter desigual e combinado das formas de exploração e, portanto, a “funcionalidade dos pobres” (desempregados, subempregados, pequenos agricultores, etc.) para a acumulação

capitalista; segundo, isolava a pobreza do conjunto das relações sociais, como se fosse um fenômeno em si mesmo; terceiro, reificava as modalidades mais predatórias de desenvolvimento capitalista, na medida em que explicava a pobreza como exclusão do progresso, e não como um dos seus resultados (PEREIRA, 2009, p. 136).

O Banco trouxe a perspectiva que a pobreza é autoexplicativa e legítima por si própria, e o mais importante, sem responsabilizar o sistema político-econômico capitalista. Permitindo “[...] eludir a questão dos baixos salários e da necessidade de criação de empregos, na medida em que deslocava o foco de análise para a qualidade da inserção atomizada dos indivíduos no mercado [...]” (PEREIRA, 2009, p. 136). Trazendo Kurz (1993) para dialogar com a ideia de “produtividade dos pobres”, chama-se atenção para o fato que o sofrimento do Terceiro Mundo não mais deriva da exploração capitalista da força de trabalho, mas da ausência desta exploração produzida pelo Neoliberalismo e sentida pelos mais miseráveis:

[...] ninguém precisa da grande maioria dessas massas desarraigadas, levando esta parte uma vida miserável e improdutiva fora de qualquer estrutura de reprodução coerente [...] a maioria da população mundial consiste hoje em sujeitos-dinheiro sem dinheiro, em pessoas que não se encaixam em nenhuma forma de organização social, nem na pré-capitalista, nem na capitalista, e muito menos na pós-capitalista, sendo forçadas a viver num leprosário social que já compreende a maior parte do planeta (KURZ, 1993, p. 194).

Segundo o Relatório sobre Desenvolvimento Mundial de 1991, seguindo a linha do Consenso de Washington, o Estado deveria cumprir sete funções fundamentais:

[...] garantir a estabilidade macroeconômica e o ambiente propício à competitividade capitalista, manter a ordem pública, investir em “capital humano” (educação primária e saúde básica), fornecer infraestrutura produtiva, proteger o meio ambiente, controlar a natalidade e gerir a previdência social. Como ator econômico (industrial), o Estado estaria irremediavelmente condenado ao fracasso (Banco Mundial apud PEREIRA, 2009, p. 197).

No mesmo relatório, após apontar quais são as funções do Estado, mesmo que em linhas gerais, constrói-se uma agenda para a contrarreforma neoliberal do Estado:

[...] a) racionalização da burocracia estatal, entendida como modernização técnica, redução de pessoal, aumento de salários e novas formas de controle da força de trabalho; b) ajuste fiscal e redirecionamento do gasto público; c) aperfeiçoamento da estrutura administrativa e legal necessária à privatização das empresas do setor produtivo estatal; d) transferência da prestação de funções e serviços públicos diversos para organizações não-governamentais (ONGs), vistas como veículos mais eficazes na promoção da participação popular e do alívio da pobreza; e) reforma do poder judiciário, com o propósito de baratear custos judiciais, facilitar o acesso à Justiça, acelerar o atendimento das demandas e otimizar as relações de mercado (falências, transferências de propriedade, etc.); f) supervisão da banca privada e legislação favorável à circulação de capital financeiro; g) garantia dos direitos de propriedade. Defendeu-se uma abertura econômica radical, ao estilo “terapia de choque” (dois anos de duração), para que a concorrência interna e internacional ocorresse “sem travas” (PEREIRA, 2009, p. 197).

Em linhas gerais, o conjunto de prescrições do Banco Mundial desde o Consenso de Washington em 1989 até o lançamento do Marco Integral de Desenvolvimento (MID) em 1999

não apresentará grandes alterações. O objetivo do MID, para além de um impulsionamento à neoliberalização, era “[...] formalizar a provisão de um marco de políticas que abarcasse os aspectos macroeconômicos, financeiros, estruturais, sociais e ambientais do desenvolvimento que fosse compartilhado por toda a comunidade internacional [...]” (PEREIRA, 2009, p. 284), o que culminará em uma ampliação do receituário do Banco.

Tabela 1. Consenso de Washington ampliado

Consenso de Washington ampliado
Governança corporativa e reforma institucional
Combate à corrupção
Mercado de trabalho flexíveis
Acordos da Organização Mundial de Comércio
Estandarização dos códigos financeiros nacionais com os padrões e regras internacionais
Fortalecimento do sistema financeiro nacional e abertura “prudente” da conta de capitais
Regime e taxas cambiais sem intermediação
Bancos centrais independentes e controle da inflação
Políticas compensatórias focalizadas
Metas de redução da pobreza

Fonte: Reprodução com base em PEREIRA, 2009, p. 292.

A atuação do Grupo Banco Mundial, após a inovação do capitalismo em se reestruturar através da neoliberalização, constituirá em reciclagens e exploração de novas perspectivas do programa neoliberal com a finalidade de ampliá-lo e aprofundá-lo. O Banco servirá de sustentáculo ao capitalismo global e como um agente de resposta às crises cíclicas do capital, o apoiando em suas reestruturações.

3.4. O SETOR DE SAÚDE NO INTERIOR DO BANCO

A perda de protagonismo e liderança mundial da Organização Mundial de Saúde no setor de saúde para o Grupo Banco Mundial, ocorreu a partir de um conjunto de eventos que se iniciam com a crise do Estado de Bem-Estar Social e do padrão de acumulação fordista-taylorista. O BM,

como agente propagador do neoliberalismo, encontrará o ambiente institucional favorável à implementação das diretrizes neoliberais nas políticas sociais, por consequência no setor de saúde (TRAVAGIN; GAVA, 2019).

Em 1973, McNamara discursará em Nairóbi, capital da República do Quênia, ao Conselho de Governadores na Assembleia Geral Anual do Banco sobre projetos de desenvolvimento rural. A estratégia estava centrada na identificação de focos de pobreza no meio rural, assim o Banco se articulava para alcançar metas setoriais, provocando o desenvolvimento do território mediante o aumento da produtividade da terra com a utilização de técnicas proporcionadas pela revolução verde (PEREIRA, 2009). Tais metas setoriais implicaram em projetos com

um conjunto de atividades que extrapolavam um setor específico e tinham o objetivo de aumentar a produtividade agrícola, as oportunidades de emprego e o nível de renda da população-alvo (em condições de pobreza absoluta), e também melhorar alimentação, moradia, saúde e educação básicas até padrões considerados minimamente aceitáveis (Banco Mundial, 1975a, apud PEREIRA, 2009, p. 139).

O Banco chamará esses projetos de desenvolvimento de área rural como “desenvolvimento rural integrado”. Ao também se envolver com o debate sobre o enfoque das necessidades básicas junto à Organização Internacional do Trabalho (OIT), o BM se engajará na procura de um projeto análogo ao meio urbano, utilizando-se dessa experiência anterior na zona rural (PEREIRA, 2009). O Banco almejava para as cidades um projeto “[...] que pudesse ser replicado de forma rápida e em larga escala, que tivesse uma população-alvo mais ou menos bem definida e que servisse de veículo para investimentos considerados produtivos, e não apenas para transferências sociais” (PEREIRA, 2009, p. 143).

Em 1976, a OIT destacará a conferência “Emprego, crescimento e necessidades básicas” no debate internacional, orientando como questões-chave para a luta contra a pobreza, a geração de empregos, o desenvolvimento econômico, e o suprimento de necessidades básicas. Essa discussão em torno do que é essencial a vida humana, consagrará a saúde e educação como setores abertos a intervenção do Banco¹⁰, ao “[...] subordiná-las aos imperativos políticos do alívio da pobreza absoluta e da reformulação e redução dos gastos com políticas sociais [...]” (PEREIRA, 2009, p. 147).

¹⁰ O Relatório sobre Desenvolvimento Mundial de 1980 chancelará as duas novas prioridades na área social (PEREIRA, 2009).

Ademais, a nova pauta seria utilizada para difundir uma face humanitária¹¹ do Banco diante do agravamento das condições de vida da maioria da população, do aumento da pobreza e da desigualdade social. Assim como se articula com “questões estratégicas” voltadas para a segurança interna e externa dos países centrais e para a organização do mundo capitalista. De certa forma, também será utilizada para atenuar a contradição inerente ao capital: de direitos e necessidades básicas não passarem de mercadoria. Ressalta-se que, em 1980, o Banco aprovaria o seu primeiro empréstimo de ajuste estrutural, e, em 1983, criaria o empréstimo de ajuste setorial, o que contribuiria para a inserção no setor de saúde, através de duras críticas ao papel do Estado na intervenção nas políticas públicas (PEREIRA, 2009; RIZZOTO, 2000).

Consoante Rizzoto (2000), o BM em movimento de supercapitalização e neoliberalização identificará um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas com dados de 1990

[...] revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão [...], ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países ‘em desenvolvimento’ a 12% do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização (RIZZOTTO, 2000, p.120).

Paralelamente ao movimento deflagrado no âmbito da OIT, na Assembleia Mundial de Saúde de 1973, em Genebra, na Confederação Suíça, apresentou-se o antecedente da atenção primária de saúde (APS), que foi um estudo que tratou das ações básicas de saúde. Ressalta-se que a APS só foi aprovada no final da década, na Conferência de Alma-Ata, em 1978, juntamente a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. No período, Halfdan Theodor Mahler, Presidente da OMS por três mandatos, de 1973 a 1988, mudou significativamente a forma das discussões sobre saúde, trouxe a multicausalidade da relação saúde-doença, o que abriu espaço para as reformas contemporâneas do setor saúde promovidas pelo Banco Mundial (Almeida, 1995; Matta, 2005 apud ALMEIDA, 2015).

O enfoque da APS pregava uma abordagem intersetorial e multidimensional para a saúde, vista como essencial para se alcançar a meta de Saúde para Todos no Ano 2000. Articulava desenvolvimento social e econômico e propunha a utilização de “tecnologias apropriadas ao meio social em que eram empregadas”, que não significava “tecnologias de baixo custo”, mas sim ênfase nos cuidados básicos – como a promoção da saúde e a prevenção de doenças, quebrando os ciclos perversos produtores das doenças, com participação comunitária –, além do tratamento médico quando necessário e da garantia

¹¹ O GMB não é submetido aos regramentos do sistema ONU, o que implica “a) desobrigação de pautar as suas ações expressamente pelo cumprimento da Carta das Nações Unidas e da Declaração Universal dos Direitos Humanos; b) não obrigatoriedade de colaborar formalmente com as demais organizações do sistema ONU; c) liberdade para definir quais informações devem ser repassadas ao Conselho Econômico e Social da ONU” (TOUSSAINT, 2006 apud PEREIRA, 2009, p. 70).

de acesso aos demais níveis de atenção, inclusive hospitalar. Propunha um conjunto de ações e serviços que se estendia para além do campo estrito dos serviços de atenção médica, focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações em outras áreas (educação, saneamento, acesso à alimentação adequada, planejamento familiar e não controle de natalidade, hábitos e estilos de vida), provisão de medicamentos essenciais etc. (Declaração de Alma-Ata, 1978 apud ALMEIDA, 2015, p. 203).

Os princípios e noções da APS constituíram um importante arcabouço teórico na saúde pública. Apesar de terem sido revitalizados pelos sistemas de saúde em diversos países, como, por exemplo, no sistema de saúde brasileiro, houve um processo de redução das proposições aprovadas em Alma-Ata “[...] a um conjunto prático de intervenções técnicas mais facilmente implantáveis, gerenciadas e mensuráveis [...]” (BROWN et al., 2006, apud ALMEIDA, 2015, p. 203).

Em 1979, ano seguinte a Conferência de Alma-Ata, realizou-se na Itália a Conferência de Bellággio, organizada pela Fundação Rockefeller com apoio do Banco Mundial e do governo dos EUA, que transformou a proposta da Atenção Primária em Saúde na “atenção primária seletiva”, que seria norteadas por “[...] intervenções técnicas pragmáticas e de baixo custo, que fossem limitadas em seu escopo e facilmente monitoradas e avaliadas” (BROWN et al., 2006, apud ALMEIDA, 2015, p. 203).

E no mesmo ano, McNamara criou o

Departamento de População, Saúde e Nutrição, o que permitiu a autorização de empréstimos exclusivamente para a saúde — antes, o setor figurava apenas como um componente em projetos de desenvolvimento rural e urbano, e planejamento familiar —, abrindo um campo novo e amplíssimo de atuação (PEREIRA, 2009, p. 147).

O Grupo Banco Mundial ao longo de sua trajetória concedeu mais que empréstimos, moldou a agenda política global oferecendo prescrições e consultorias para que os governos a implementasse. Assim, o Relatório sobre Desenvolvimento Mundial: Investindo em saúde, de 1993, marcou a entrada definitiva da instituição no setor de saúde. O relatório analisou “a fundo um único setor, no qual assume particular importância o impacto do financiamento público e da política pública” (BM, 1993 apud RIZZOTO, 2015, p. 262).

Na visão do BM (1993), os sistemas nacionais de saúde deveriam ser compostos por dois subsistemas, um público e um privado. O subsistema público deveria oferecer serviços de saúde pública, destinados aos segmentos mais pobres da sociedade, compostos de ações de prevenção e promoção da saúde, realizadas por profissionais com pouca qualificação e oriundos da própria comunidade e, também, um pacote de “serviços clínicos essenciais” com procedimentos destinados às gestantes, controle de doenças transmissíveis e atendimento a doenças comuns em crianças, como diarreias e infecções respiratórias (RIZZOTO, 2015, p. 262).

Por fim, nesse RDM, o banco enfatizará a importância dos cuidados de saúde para uma sociedade equitativa, para o aumento da produtividade do trabalhador e a diminuição dos gastos em saúde com a introdução da atenção primária. Também apresentou justificativas para alicerçar a agenda para o setor de saúde do Banco, afirmando que milhões de vidas e bilhões de dólares poderiam ser economizados caso os Estados reformassem o setor de saúde, sinalizando o interesse do BM em financiar tais reformas. Ainda, introduziu medidas econométricas a fim de medir a efetividade do gasto com saúde, como potencial de vida perdido por morte, doença ou acidente e a relação de custo-benefício nas intervenções em saúde (BM, 1993; RIZZOTO, 2015).

De acordo com Rizzoto (2015, p. 262),

[...] pode-se afirmar que a intervenção do BM na área da saúde, nesse período, visava promover e ampliar o peso do complexo médico-hospitalar privado no controle e oferta de serviços de saúde, contribuindo com diretrizes para as reformas setoriais no bojo das reformas neoliberais colocadas em prática nos países periféricos, sob a supervisão de organismos internacionais.

Como pano de fundo temos a crise do Estado de Bem-Estar Social, do padrão de acumulação fordista-taylorista, dos empréstimos de ajustamento estrutural e setorial e assim desencadeiam-se as discussões sobre Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata, a conferência da OIT sobre “Emprego, crescimento e necessidades básicas, a criação do Departamento de População, Saúde e Nutrição no Banco Mundial, o processo de supercapitalização e de neoliberalização e a necessidade de difusão de uma imagem humanitária do Banco. Todos esses acontecimentos possibilitarão que o Banco Mundial finque uma bandeira no setor de saúde, escamoteando a OMS para o debate técnico e conceitual.

3.4.1. O Sistema Único de Saúde através do olhar do Banco

Instituir o Sistema Único de Saúde e seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, em um país como o Brasil, uma nação na periferia do capitalismo, na década de 90, a década do neoliberalismo, em que o Banco Mundial já impulsionava a agenda da Contrarreforma Neoliberal do Estado, era um empecilho para os planos do BM. O SUS é um sistema que diverge do ideário neoliberal, tanto princípios normativos quanto valorativos (RIZZOTO, 2015).

O SUS pretendido exigiria um Estado socialmente responsável, e não um Estado mínimo como queriam os neoliberais, com um setor público fortalecido [...], apenas eventualmente complementado pela iniciativa privada. Esses são elementos que ajudam a explicar o interesse do BM pelo setor de saúde brasileiro, não no sentido de favorecê-lo, mas de desmontá-lo. Nem tudo, porém, era divergente entre o SUS e as “orientações” do BM. A divergência estava fundamentalmente nos princípios e não nas diretrizes (RIZZOTO, 2015, p. 263).

O desagrado do Banco Mundial com os avanços dos direitos constitucionais no campo da saúde e as ideias defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) será expresso através das estratégias de minoramento do SUS nascente como

[...] publicações, contratação de pesquisadores e consultores brasileiros para desenvolver estudos e acompanhar a execução de projetos, declarações de representantes do banco na grande mídia nacional e pressão sobre o governo brasileiro quando da discussão sobre empréstimos para projetos e programas de ajuste estrutural e setorial [...] (RIZZOTO, 2015, p. 263).

Nesses documentos produzidos e divulgados pelo BM, encontram-se elementos que apontam os supostos equívocos cometido pelo MRSB, sendo os dois últimos os mais relevantes: *Policies for Reform of Health Care, Nutrition and Social Security in Brazil* (1988); *Women's Reproductive Health in Brazil* (1989); *Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges* (1989); *Issues in Federal Health Policy in Brazil* (1991) e *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90's* (1993).

Além da produção de conhecimento destaca-se a atuação do Banco mediante o financiamento de projetos de saúde no período de vigência do REFORSUS, conforme a Tabela 2, são 11 projetos financiados pelo GBM, que custaram um total de 4.483.450.000,00 de dólares americanos, sendo 1.965.550.000,00 de dólares financiados pelo GBM, tendo 55,3 meses de tempo médio de vigência.

Tabela 2. Projetos do setor de saúde financiados pelo BM no Brasil entre 1996 e 2004.

ID	Nome do projeto	Data de aprovação	Data de fechamento	Duração em meses	Custo do projeto (USD)	Financiado pelo GBM (USD)	Instrumento de empréstimo
P006554	Health Sector Reform Project - REFORSUS	02/06/1996	31/12/2003	90	750.000.000,00	300.000.000,00	Sector Investment and Maintenance Loan
P043868	Natural Resources Management & Rural Poverty Alleviation - Rio Grande do Sul	22/04/1997	30/12/2005	104	208.400.000,00	100.000.000,00	Specific Investment Loan
P048870	Mato Grosso State Privatization Project	12/06/1997	30/09/2001	51	281.000.000,00	45.000.000,00	Specific Investment Loan
P040033	State Reform Project - Minas Gerais	28/04/1998	31/12/1999	20	1.360.000.000,00	170.000.000,00	Specific Investment Loan
P054120	AIDS & STD Control II	15/09/1998	30/06/2003	57	300.000.000,00	165.000.000,00	Specific Investment Loan
P043874	Disease Surveillance and Control Project	17/09/1998	30/06/2004	69	200.000.000,00	100.000.000,00	Adaptable Program Loan
P063351	Social Protection Special Sector Adjustment Loan Project	07/01/1999	30/06/1999	5	253.000.000,00	252.500.000,00	Sector Adjustment Loan
P057665	Family Health Extension Program	14/03/2002	30/06/2007	63	136.000.000,00	68.000.000,00	Adaptable Program Loan
P080746	Programatic Human Development Sector Reform Loan	25/02/2003	31/12/2003	10	505.050.000,00	505.050.000,00	Programmatic Structural Adjustment Loan
P054119	Bahia Health System Reform Project	12/06/2003	31/08/2009	74	50.000.000,00	30.000.000,00	Adaptable Program Loan
P080400	AIDS & STD Control III	26/06/2003	31/12/2007	54	200.000.000,00	100.000.000,00	Specific Investment Loan
P080830	Maranhão - Integrated Program: Rural Poverty Reduction Project	18/05/2004	31/12/2008	55	40.000.000,00	30.000.000,00	Specific Investment Loan
P083013	Disease Surveillance and Control Project II	18/05/2004	31/12/2009	67	200.000.000,00	100.000.000,00	Adaptable Program Loan

Fonte: Elaboração própria com base na Lista de projetos do Grupo Banco Mundial.

O Banco propôs como agenda para o setor de saúde brasileiro, em tom focalizador e neoliberal, a partir da década de 90, consoante Travagin e Gava (2019, p. 1):

I) O Estado mais regulador e menos provedor direto de serviços; II) a concorrência entre os serviços públicos e privados de saúde, que poderiam impulsionar a eficiência geral na área da saúde; III) Iniciativas estatais favoráveis à oferta e à demanda do setor privado, como subsídios e incentivos fiscais; IV) transferência de serviços para o setor privado, lucrativo ou não, por meio de privatizações e parcerias; V) comprometimento do Estado com um pacote de serviços públicos básico e focalizado nos mais pobres.

Essa agenda tornou-se hegemônica e foi rapidamente dirigida ao Brasil com a criação do SUS, em 1989 através da publicação *Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges* e depois, em 1991, com a publicação *Issues in Federal Health Policy in Brazil*. Através desses documentos, o Banco demonstrou incomodo com o compromisso assumido pelo Estado brasileiro através do SUS de prover a todos os brasileiros e estrangeiros assistência à saúde universal, pública e gratuita. Esse incomodo será enfatizado, em 1995, através da publicação *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90's* que dizia não ser possível cumprir a promessa de universalidade, recomendando

a criação de um pacote mínimo de benefícios universais, incentivos fiscais para seguros privados, ampliação da compra de serviços privados pelo Estado, transferência da prestação de serviços para a iniciativa privada e criação de mercados internos dentro do sistema público (TRAVAGIN; GAVA, 2019, p. 2).

E mais tarde aparecerá no REFORSUS a caracterização do sistema como fonte de cuidados de saúde pública financiado para os pobres, demonstrando o desprezo do Banco pelo SUS.

O direito à saúde no Brasil, conforme o BM, operacionalizou-se através de dois princípios:

a garantia legal de que qualquer pessoa tem direito a ser tratada gratuitamente no SUS e a expansão da rede pública de unidades e serviços de saúde. Mas, para o Banco, nenhum desses dois princípios é uma condição necessária para garantir o direito à saúde, uma vez que os serviços de saúde não precisam ser gratuitos nem serem prestados por um sistema público para serem acessíveis (RIZZOTO; CAMPOS, 2016, p. 268).

No campo da governança do sistema, o Banco partiu do pressuposto que ao Estado cabe “[...] 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” (RIZZOTO; CAMPOS, 2016, p. 269). Assume-se que a tomada de decisão, que é primariamente um ato político, na verdade, é um ato de gestão, neutralizando a dimensão política.

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 (RIZZOTO; CAMPOS, 2016, p. 269).

Para o Banco, eficiência e financiamento são duas faces de uma mesma moeda, de um lado estão os gastos e do outro os resultados. Assim, um sistema de saúde eficiente seria aquele que produz mais com um mesmo nível de gastos. Na relação público-privado, segundo o Banco, “[...] havia uma nítida política de favorecimento da expansão do setor público, em detrimento da contratação de provedores privados” (RIZZOTO; CAMPOS, 2016, p. 271).

No decorrer da interação do Banco com o SUS, o sistema não absorveu toda a agenda, muito em parte devido ao MRSB, mas, dentre as recomendações adotadas, destaca-se a: a transferência da gestão de serviços públicos de saúde para instituições de direito privado, as associações privadas sem fins lucrativos denominadas Organizações Sociais de Saúde, facilitada e ampliada após a Reforma Gerencial do Estado de 1995; e a implementação de incentivos fiscais - renúncias, presunções creditícias e isenções - em favor de pessoas físicas e pessoas jurídicas que contratam seguros privados de saúde (TRAVAGIN; GAVA, 2019; RIZZOTO, 2015).

4. O PROJETO DE REFORMA DO SETOR DE SAÚDE: DO LUXO AO LIXO

4.1. ANTECEDENTES DO REFORSUS

É preciso ter em mente que o Sistema Único de Saúde, que conhecemos hoje, começou a ser construída a partir da década de 1970 com o surgimento dos primeiros “postinhos de saúde”, hodiernamente conhecidos como Unidades Básicas de Saúde, componentes da atenção básica. Com suas precárias estruturas, em sua maioria imóveis residenciais alugados pelas prefeituras nas periferias, configurava-se como serviço de saúde mais próximos do usuário e que não faziam distinção de quem possuía a Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Assim, estes serviços ganharam relevância na atenção à saúde, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS começou a fazer convênios, as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, com as prefeituras (SANTOS, N. R. apud MATHIAS, 2018).

Na década de 80, as reformas no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social possibilitaram cobertura para mais cidadãos. Em outubro de 1985, através da Resolução Nº 98 do INAMPS, foi declarado o fim da exigência da CTPS e da Carteira de Beneficiário para aqueles que buscarem cuidados em unidades próprias. E, através da Resolução N 138º do INAMPS, em dezembro de 1986, colocou-se um fim na necessidade de portar a Carteira de Identidade de Beneficiário do INAMPS para o atendimento, que assim ampliou-se para entidades componentes das AIS (as unidades públicas) (SOUZA, 2002).

A partir deste ponto, com o aumento do financiamento público e mudanças na atenção, tornou-se perceptível a capacidade de organização dos serviços de saúde em um sistema único, sobretudo, com inspiração nos modelos europeus de organização, em especial o Serviço Nacional de Saúde britânico (NHS, na sigla em inglês). Estes processos, junto a 8ª Conferência Nacional de Saúde, culminam na publicação do Decreto nº. 94.657, de julho de 1987 que cria o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), o precursor e viabilizador do SUS. Tal programa, coordenado pelo Governo Federal, consolida e unifica as AIS nas Secretarias Estaduais de Saúde, com consequente universalização da cobertura e a descentralização (SOUZA, 2002).

Um ano antes do início da vigência do REFORSUS a Reforma Gerencial do Estado de 1995 foi instituída, permitindo a realização de mudanças na “forma de gestão” e “forma de propriedade” na administração pública, destacando-se a introdução da gestão por Organização

Social (OS). Partia-se da ideia de que uma entidade do direito privado seria mais adequada para a administração de atividades que não deveriam ser exclusivas do Estado, no caso da saúde, hospitais e ambulatórios (PIERANTONI, 2001; NEMI; SCHRAIBER, 2019).

O REFORSUS esteve vigente de 1996 a 2004, atravessando a presidência do Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), e do Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2011), passando pela mão de seis Ministros de Estado da Saúde, sendo eles: Adib Jatene, José Carlos Seixas, Carlos Albuquerque, José Serra, Barjas Negri e Humberto Costa. O projeto exprime a agenda política do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso¹², e assimila o discurso de necessidade da ampla reforma do Estado para assim enfrentar os problemas do setor de saúde.

O Ministério da Saúde, para além dos investimentos feitos através do REFORSUS, instituiu em 1994 o Programa de Saúde da Família, hodiernamente conhecido como Estratégia de Saúde da Família. Também foi criado o Projeto de Vigilância em Saúde no SUS (VIGISUS) em 1998 para o fortalecimento da vigilância em saúde nos Estados e Municípios, e o Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em 2000 voltado para a formação de técnicos de nível médio em saúde. Além disso, foram instituídas as Normas Operacionais Básicas 93 e 96 (NOB 93 e NOB 96), ambas de caráter descentralizador das ações e serviços de saúde para os Estados e Municípios (PESSÔA, 2006).

A descentralização dos serviços públicos e responsabilidades estatais permeiam a Constituição Cidadã e fazem parte do processo de construção do Estado Democrático de Direito brasileiro após o fim da Ditadura empresarial-militar. Faz parte da estratégia de revisão do papel de um Estado Nacional centralizador que balanceia entre a democratização e a neoliberalização a depender da correlação de poder entre as diferentes classes sociais e suas frações. Em se tratando do SUS, a descentralização objetiva a consolidação de sistemas locais que respondam à situação de saúde do território enquanto compõem o sistema estadual e nacional. Dessa forma, os sistemas devem garantir uma atuação pactuada para não afirmarem a contradição de “sistema fragmentado e isolado” (SCATENA; TANAKA, 2001).

¹² Ressalta-se que o governo dos Ex-Presidentes Fernando Collor de Melo (1989-1991) e Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), representaram a adesão do país ao programa neoliberal, consecutivamente a agenda do Banco Mundial.

O início do REFORSUS, as análises e aprovações dos subprojetos, ocorreu sob a égide das NOB 93 e NOB 96, ambas sob a lógica da descentralização da oferta de ações de saúde para os Estados e Municípios. Por consequência, delegou a responsabilidade de priorizar a alocação dos recursos obtidos através dos empréstimos e da contrapartida nacional às Secretarias Estaduais de Saúde, às Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e ao Conselho Estadual de Saúde (CES) (PESSÔA, 2006) conforme as atribuições expostas na seção quaternária 2.3.1.2 *Estrutura*, página 54.

Assim, essa missão imposta às CIT's, CIB's, CES' e SES's, se operacionalizou sob a ótica das necessidades municipais em detrimento das necessidades de organização dos sistemas estaduais e regionais, uma das premissas de estruturação do Sistema único de Saúde contidas na Lei Orgânica de Saúde. Portanto, foi fortalecida a fragmentação dos sistemas loco-regionais, problema este que poderia ser mitigado com a formulação dos projetos sob o viés da regionalização através da estrutura administrativa do Projeto, ao nível federal e estadual, ao invés de em grande parte o nível municipal (PESSÔA, 2006).

Sobre as NOB's destacam-se os seguintes pontos:

A NOB 93 regulamenta não apenas o financiamento, mas o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS.

O fato desta Norma ter sido editada como portaria ministerial (e não pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, ou INAMPS, como suas antecessoras) é evidência e resultado de um outro contexto político, no qual atores do movimento sanitário favoráveis à descentralização constituem grupo técnico no Ministério da Saúde e ocupam espaços políticos estratégicos – CONASS e CONASEMS - enquanto aumentam as pressões de prefeitos e secretários municipais, por condições (entenda-se poder - principalmente na forma de recursos financeiros) para assumirem a saúde em nível local (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 63).

Encontram-se presentes na Introdução da NOB 01/93 os elementos que caracterizam a descentralização:

- Redistribuição de poder (e não desconcentração);
- Reorganização institucional envolvendo dimensões políticas, sociais e culturais, diálogos, negociação e pactuação (democracia);
- Redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo (descentralização concorrente com centralização e compatível com os princípios do federalismo);
- Autonomia proporcional à capacidade de gestão;
- Definição do gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite, das Comissões Intergestores Bipartites e dos Conselhos Municipais;
- Condições de gestão para municípios (Incipiente, Parcial e Semi-Plena) e estados (Parcial e Semi-Plena) (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 64).

A NOB 96 consolidou a função do poder público municipal e do Distrito Federal de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a redefinição das responsabilidades dos entes federativos avançando na consolidação do SUS. Foi viabilizada através da cooperação entre as 3 esferas do poder executivo, possibilitando não só a responsabilização por algum serviço de saúde, mas também a gestão, ampliação e manutenção de um sistema que atenda integralmente as demandas de saúde dos cidadãos (SCATENA; TANAKA, 2001).

Essas mudanças implicariam diretamente no aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e na organização do SUS, visto que o ente federativo mais próximo dos cidadãos passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades de saúde e de intervenções de saúde pública, como saneamento básico, no território (SCATENA; TANAKA, 2001). A NOB aponta para a remodelação da atenção à saúde, ao passo que muda:

- Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- Os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- A prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- Os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 66).

4.2. A CARTA DO JATENE, O ARAUTO DO REFORSUS

O Ministro de Estado da Saúde, Adib Jatene, enviou uma “Carta de Política de Saúde” aos presidentes dos dois bancos em 7 de maio de 1996 apresentando a proposta do Projeto REFORSUS – Fortalecimento da Reorganização do Sistema Único de Saúde, denominado pelos credores como Projeto de Reforma do Setor de Saúde, de modo a afirmar os compromissos governamentais que motivaram a solicitação de financiamento para o projeto. Também é possível notar através da discrepância na representação da sigla pelo Grupo Banco Mundial e pelo Ministério da Saúde, um desalinhamento de intenções.

No Contrato de Empréstimo N° 951/OC – BR com o Banco Interamericano de Desenvolvimento e no Contrato de Empréstimo N. ° 4047 – BR com o Banco Mundial está explícito que a carta aponta o direcionamento para a saúde pública:

[...] as partes concordam que o Aviso Ministerial MS/486/GM, de 02/07/96, dirigido ao presidente do Banco, indica os objetivos e políticas do SUS e o compromisso de estabelecer reformas no setor de saúde [...] (Contrato de Empréstimo N° 951/OC – BR, 1997, p.5).

[...] através de correspondência, datada de 07 de maio de 1996 (doravante denominada de Carta de Política de Saúde) do Tomador ao Banco, o Tomador indicou seu compromisso de introduzir reformas em seu setor de saúde [...] (Contrato de Empréstimo N. ° 4047 – BR, 1996, p.2).

Nessa carta também são apresentados os aspectos legais da reorganização do SUS, como a Constituição Federal de 1988, com suas repercussões nas Constituições Estaduais (1989), as Leis Orgânicas Municipais (1990), as Leis Federais n°s. 8080/90 e 8142/90 e a 1ª Norma Operacional Básica (NOB 01/93), norma que assume destaque na “carta”. São mudanças nos aspectos legais, gerenciais e institucionais do sistema, especialmente por unir e descentralizar.

Assim como foi abordada a problemática do subfinanciamento do SUS, ressalta-se a preocupação do Ministro com os estabelecimentos de saúde filantrópicos:

Este processo de reforma organizacional não foi acompanhado por aumento do financiamento para o setor. Pelo contrário, os fluxos de recursos financeiros para o setor continuam a ser limitada e até mesmo reduzida. Tendo em vista a volatilidade desse financiamento e a falta de uma política de remuneração adequada para os prestadores de serviços, o investimento diminuiu e a qualidade de serviços prestados caiu drasticamente. Ambas as unidades de saúde públicas e privadas complementares alguns tornaram-se visivelmente obsoletos e as desigualdades e deficiências na cobertura de saúde e a higiene piorou. As taxas dos prestadores de cuidados de saúde ficaram muito aquém da média custo dos serviços que hospitais filantrópicos, a espinha dorsal do sistema público de saúde, fecharam desativaram unidades ou abandonaram o sistema, enquanto os hospitais públicos reduziram o número de leitos e a gama de serviços oferecidos (Reporte N.º 15522-BR, p.79).

Ademais, há a constatação da deterioração do SUS, inclusive a NOB 01/93 é o esforço central para remediar a situação do sistema. Além disso, o Ministro afirma que também houve um esforço para:

[...] garantir compensação adequada aos prestadores de cuidados de saúde; proteger o sistema de deterioração subsequente, fazendo as alterações necessárias; reduzir a fraude e aumentar a qualidade dos serviços, proporcionar uma alocação mais equitativa de recursos para cobrir custos correntes e de capital; e, controlar e estabilizar despesas (Reporte N.º 15522-BR, p.79).

Nessa direção, em 1995, o Ministério concedeu um reajuste de 25% para serviços hospitalares e procedimentos ambulatoriais, e estabeleceu um conselho de negociação de preços composto por gerentes e representantes de prestadores de serviços. Houve também esforços para a criação de novas fontes de receita através da recuperação de custos de cuidados prestados a

usuários cobertos por plano de saúde. Tal iniciativa foi concretizada, posteriormente, com a aprovação da Lei 9.656/98 no artigo 32.

Para reduzir as fraudes e garantir a qualidade dos serviços foi assinado pelo Presidente da República o Decreto nº 1651/95, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Para garantir uma alocação mais justa de recursos para cobrir os custos correntes e de investimento, tetos gerais foram estabelecidos, incluindo cuidados hospitalares e ambulatoriais. Eles foram baseados nos programas integrados acordados com os Comitês Bipartites e que preveem uma oferta priorizada de serviços de saúde e parâmetros aplicáveis à demanda por esses serviços. Na área de atenção primária à saúde, um arranjo de remuneração per capita foi elaborado para garantir que todos os cidadãos sejam tratados com igualdade.

O Ministro apresentou o projeto como “a consolidação do SUS” que, iniciando-se em 1995 e duraria por uma década. Entretanto, hodiernamente, é possível afirmar que não houve consolidação, e sim desmonte:

O programa de consolidação do SUS, iniciado em 1995 e com duração prevista na próxima década, baseia-se em um modelo de gestão descentralizado segundo o qual os estados e os municípios assumirão total responsabilidade e autonomia e terão a gestão capacidade e a capacidade de implementar as políticas necessárias para o efeito. Abaixo desse plano de organização, o Ministério da Saúde cumprirá a função essencial de garantir que o oferta de serviços não se torne fragmentada e dispersa, e que o regional, hierárquico sistema está operando sem problemas (Reporte N.º 15522-BR, p.78).

Por fim, esta é a visão do Ministro para o REFORSUS:

Atividades no âmbito do Projeto REFORSUS, especialmente se continuarem ao longo da década, será possível travar a deterioração constante da infraestrutura física e corrigir as deficiências críticas na gestão, reduzindo a fraude ao mínimo e garantindo padrões de qualidade aceitáveis para os serviços de saúde. No curto e médio prazo, quando o legislativo aprovar a proposta de emenda constitucional, que já está sendo discutido no Congresso Nacional, deve haver fontes estáveis e regulares de valor viável de financiamento para o SUS.

Em suma, até 2005 o SUS deverá operar na base da universalidade, com uma alocação equitativa de recursos e total descentralização das funções de gestão. As fontes, fluxos e montantes de recursos devem ser suficientes para garantir uma remuneração adequada para os serviços prestados e, especialmente, para os procedimentos que foram selecionados como prioritários (Reporte N.º 15522-BR, p.79).

4.3. O QUE FOI O REFORSUS?

O Projeto de Reforma do Setor de Saúde ou Projeto de Reforço à Reorganização do SUS, foi uma iniciativa do Ministério da Saúde criada visando reorganizar a oferta de serviços do SUS por meio da recuperação física e tecnológica dos estabelecimentos assistenciais de saúde públicas e filantrópicas, bem como o desenvolvimento institucional do SUS nascente. Através desse projeto foram substituídos e adquiridos equipamentos biomédicos e hospitalares, a fim de

aumentar quantitativa e qualitativamente a oferta de serviços. Dessa maneira, o SUS seria favorecido tanto em seu potencial de cobertura populacional quanto no de resolutividade (PESSÔA, 2006).

No período de 1996 a 2003, o Ministério da Saúde (MS) promoveu investimentos com recursos do tesouro e de empréstimos de bancos internacionais na ordem de R\$ 2,5 bilhões, com o objetivo de incorporar novas tecnologias na Rede Física e Tecnológica do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a sua reorganização. Tais investimentos destinaram-se a capacitar e a reestruturar as infraestruturas física, tecnológica e gerencial da rede de serviços públicos e filantrópicos do país (PESSÔA, 2006, p. 83).

Instituído em 1996, representou a maior parte desses recursos, constituindo-se no maior projeto de investimentos do Ministério da Saúde dos últimos trinta anos. O projeto aconteceu mediante financiamento oriundo de acordos de empréstimo firmados pelo Governo brasileiro com o Banco Mundial - BIRD (Contrato n° 4047-BR) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID (Contrato n° 951/OC-BR), no valor total de US\$ 650 milhões, e pela contrapartida nacional no montante de US\$ 100 milhões. Dessa contrapartida, a União responde por US\$ 10 milhões, enquanto o encargo de apresentar os 90% restantes recai sobre os beneficiários do projeto (estados, municípios e entidades filantrópicas) (PESSÔA, 2006).

Tabela 3. Plano de financiamento do REFORSUS.

Financiadores	Local	Externo	Total
Beneficiários	100	--	100
Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (IBRD)	185	115	300
Banco Interamericano de Desenvolvimento (IDB)	215	135	350
Total	500	250	750

Fonte: Reprodução com base no Reporte N.º 15522 – BR.

Tabela 4. Categoria de destinação dos recursos do BIRD (Grupo Banco Mundial) no REFORSUS.

Categorias	Valor do empréstimo alocado (em dólares)	% das despesas a ser financiada
(1) Obras	121.000.000,00	100% das despesas no exterior 85% das despesas no país
(2) Bens	112.000.000,00	100% das despesas no exterior 85% das despesas no país
(3) Serviços de consultoria	30.000.000,00	100%
(4) Despesas administrativas	12.000.000,00	50% das despesas no país
(5) Sem alocação	25.000.000,00	
Total	300.000.000,00	

Fonte: RIZZOTO, 2005, p. 229.

Na tabela 3 e 4 é possível notar a expressividade dos gastos do projeto no exterior, os recursos financeiros destinados a obras e aquisição de bens, como compra de mobiliário hospitalar, equipamentos médicos, equipamentos de informática, entre outros, que foram utilizados segundo as normas operativas do Banco Mundial para aquisição de bens e obras por Concorrência Pública Internacional, salvo algumas exceções que envolvam valores muito reduzidos (RIZZOTO, 2005).

Também, destacam-se os valores destinados à contratação de serviços de consultoria que, somente dos recursos oriundos do Banco Mundial, são 30 milhões de dólares. Constrói-se um grande mercado de consultorias para abocanhar uma fatia desse orçamento, o contrato de empréstimo afirma que “antes da emissão de quaisquer editais de pré-qualificação ou de licitação de contratos, a proposta do plano de aquisições do projeto deve ser fornecida ao Banco para sua revisão e aprovação, segundo as disposições do parágrafo 1 do Apêndice 1 das Diretrizes” (Contrato de Empréstimo N° 4047 – BR, 1996, p.26). Assim o Banco mantém controle sobre os serviços de consultoria contratados, podendo filtrar os mais alinhados com a instituição.

O cronograma de utilização dos recursos foi definido conforme a tabela abaixo:

Tabela 5. Cronograma de utilização dos recursos em US\$ Milhões por ano e fonte.

PROGRAMA	1º ANO	2º ANO	3º ANO	TOTAL	(%)
CONTRAPARTIDA	30,0	50,0	20,0	100,0	13,33
BID	105,0	175,0	70,0	350,0	46,67
BIRD	90,0	150,0	60,0	300,0	40,00
TOTAL	225,0	375,0	150,0	750,0	100,00

Fonte: RIZZOTO, 2005, p. 226.

O REFORSUS é a representação da contradição na cooperação Brasil x Banco Mundial no setor de saúde. Isso é expresso pelo escopo e desenvolvimento do projeto, é tratado como um projeto de reforma do setor de saúde pelo Grupo Banco Mundial, o chamando de Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS), entretanto o Ministério da Saúde tratou como um grande projeto de investimentos, estabelecendo como nome oficial Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde, o que expressa desalinhamento entre o tomador e credor.

Nessa mesma categoria de análise, há a caracterização do REFORSUS como projeto e como política pública. Consoante MATUS, 1997, as políticas públicas instituem normas e objetivos gerais sobre determinada área, constituídas por plano, programas e projetos. Os programas são constituídos por um grupo de projetos relacionados e gerenciados de modo coordenado, contidos nas políticas estabelecem os projetos governamentais com vistas ao enfrentamento de um problema e à concretização dos objetivos pretendidos. E, conforme o PMI, 2008, os projetos são “esforços temporários, progressivamente elaborados com o objetivo de criar um produto ou serviço único”. Assim, o REFORSUS teve um escopo de programa. E, desse modo, foi um instrumento setorial de uma política mais ampla, as reformas neoliberais do Estado.

4.3.1. Estrutura e objetivos do projeto

4.3.1.1. Objetivos

Os principais objetivos do projeto são: (a) melhorar a prestação de cuidados no âmbito do SUS, que é a única fonte de assistência pública subsidiada para os pobres, e (b) atender o Governo na introdução de reformas de políticas que melhorariam a sustentabilidade financeira e eficiência do SUS (Reporte N.º 15522-BR, p. 16).

A fim de melhorar a prestação de cuidados, o projeto estabeleceria um fundo de investimento para apoiar a reabilitação, equipamentos e sistemas de gestão para hospitais do SUS e rede ambulatorial. Assim, geraria uma melhoraria na técnica e na gestão da infraestrutura em 11% da rede dos serviços públicos de saúde (Reporte N.º 15522-BR, p. 16).

Em alinhamento com a “Carta de Política de Saúde” do Ministro de Estado da Saúde, Adib Jatene, o Banco objetiva fortalecer a capacidade do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde como compradores de cuidados em saúde. Para isso aponta propostas de reformas financeiras necessárias para a melhoria da sustentabilidade e eficiência financeira do SUS:

- a) garantir compensação adequada para os cuidados de saúde prestadores, estabelecendo taxas de reembolso que seriam suficientes para manter e substituir capital;
- b) proteger o sistema de uma maior deterioração dos ativos, decidindo sobre investimentos prioritários e níveis de reembolso necessários com base em revisões anuais de recursos orçamentários disponíveis para o SUS;
- c) reduzir as restrições de receita, estabelecendo o custo recuperação e selecionar uma série de intervenções mais econômicas a serem financiadas sob o SUS;
- d) reduzir a fraude, estabelecendo auditoria sistemática e melhorando o sistema de informações de gerenciamento de reembolso;
- e) controlar as despesas federais por adoção de transferências orçamentárias globais de saúde para estados e municípios (Reporte N.º 15522-BR, p. 16).

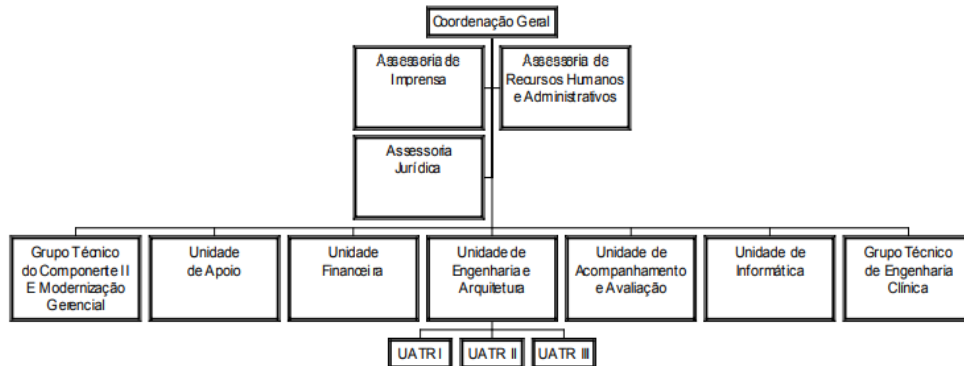
4.3.1.2. Estrutura

Para garantir a relevância das propostas escolhidas, um conjunto de instâncias técnicas do projeto em articulação com um conjunto de instâncias de pactuação e de controle social do SUS, estavam incumbidas de selecionar os projetos que apresentassem sustentabilidade e efeitos positivos sobre os usuários e os sistemas locais/regionais de saúde (PESSÔA, 2006). A responsabilidade das instâncias foi:

- Comissão Intergestores Tripartite (CIT): responsável pela aprovação de prioridades e supervisão global do Projeto;
- Conselho Estadual de Saúde (CES): instância política no âmbito estadual;
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB): responsável pela aprovação de prioridades no âmbito de cada Estado;
- Secretaria Estadual de Saúde (SES): responsável pela gestão operacional e de planejamento dos subprojetos de investimento;
- Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS): responsáveis pela análise e encaminhamento de propostas em nível local.
- Unidade de Gerenciamento do Projeto ReforSUS (UGP/MS): responsável pela gerência operacional no âmbito nacional;
- Unidade de Apoio Técnico Regional (UATR): integrantes da UGP/MS e responsável pelo acompanhamento, supervisão técnica, controle e avaliação das atividades desenvolvidas em nível estadual (PESSÔA, 2006, p. 84).

Consoante o Contrato de Empréstimo N.º 4047-BR, o Brasil deveria: manter, durante a implementação do projeto, uma Unidade de coordenação do Projeto; e dentro de 90 dias após a data de vigência, criar, ao menos três escritórios regionais da Unidade de Coordenação do Projeto, localizados em áreas aceitas pelo Banco, com responsabilidades, estruturas e funções satisfatórias ao Banco, com equipe em número e com qualificação adequadas, com a finalidade de prestar assistência ao Ministério da Saúde na execução do Projeto (RIZZOTO, 2005).

Figura 1. Organograma do REFORSUS.



Fonte: RIZZOTO, 2005, p. 230.

O projeto foi coordenado pelo Ministério da Saúde, que estabeleceu uma Unidade de Gerenciamento do Projeto (UGP) e três Unidades de Apoio Técnico Regional (UATR). À UGP coube:

- I) velar pela gestão eficiente do projeto, incluindo a manutenção de seus registros e a preparação de informes regulares de execução;
- II) manter uma base de dados dos custos unitários padronizados de obras, equipamentos e consultoria;
- III) contratar auditorias financeiras e de aquisições para uma avaliação ex-post;
- IV) executar diretamente o Componente 2 do Projeto – Melhoria do Financiamento e Regulação da Atenção em Saúde;
- V) avaliar projetos cujo custo estimado seja superior a US\$ 1 milhão; e
- VI) supervisionar as unidades regionais do Projeto (BID, 2005, p. 3).

Coube às UATRs:

- I) informar aos beneficiários potenciais dos recursos sobre os requisitos e critérios de avaliação do Projeto;
- II) oferecer assistência técnica para preparar os subprojetos;
- III) avaliação dos subprojetos e preparação dos informes de avaliação correspondentes;
- IV) supervisão ou contratação da supervisão da execução dos subprojetos; e
- V) manutenção dos registros adequados dos respectivos subprojetos (BID, 2005, p. 3).

É importante a frisar a diferença na participação dos dois Bancos no REFORSUS.

Segundo documento do BID:

- I) o Banco Mundial mobilizou muitos consultores, cobrindo áreas distintas, e envolveu técnicos de outros departamentos da instituição;
- II) a equipe do BIRD já coordenava antes do REFORSUS outras áreas e projetos de saúde, como o Projeto Nordeste e o DST/AIDS; e
- III) o BIRD iniciou a fase de preparação do Projeto quase seis meses antes da participação do BID (BID, 2005, p. 3).

Além disso, como mencionado anteriormente e na seção secundária 2.1 *Antecedentes do REFORSUS*, as decisões de alocação dos recursos financeiros foram descentralizadas para as esferas estaduais e municipais, que definiram a partir de tetos orçamentários estabelecidos em

nível central e segundo as próprias necessidades de saúde, desconsiderando exigências quanto a consistência técnica e formal dos projetos (BID, 2005).

Consoante Rizzoto, 2005, a coordenação do REFORSUS funcionou em local físico distinto, maior que o próprio Ministério da Saúde. A estrutura administrativa montada para a gestão do projeto, em parte exigida pelos credores, revelou a importância e amplitude que o projeto assumiu no âmbito das políticas nacionais de saúde.

Para a operacionalização do Projeto, as ações foram agrupadas em 2 componentes, sendo o Componente I:

Componente I – Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS: Este componente investe cerca de R\$ 1 bilhão na incorporação de tecnologias no SUS, incluindo a contrapartida média de 20% dos beneficiários, abrangendo projetos em unidades de saúde localizadas nos vinte e sete estados da 85 federação e que estão distribuídos pelas quatro áreas assistenciais consideradas prioritárias:

Área Programática I – abrange subprojetos de readequação física e tecnológica da rede assistencial, com ênfase nas áreas de atenção ao parto, puerpério e período perinatal, além de urgências e emergências em grandes centros urbanos. Nessa área programática foram beneficiados 969 estabelecimentos públicos e filantrópicos de saúde de 766 municípios;

Área Programática II – envolve a aquisição de equipamentos para 2.300 Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) distribuídas em 842 municípios, além de fomento aos Pólos de Capacitação;

Área Programática III - envolve 243 unidades beneficiadas com investimentos na ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica (HEMORREDE);

Área Programática IV - agrega os subprojetos de ampliação da capacidade e de melhoria da qualidade de vinte e seis Laboratórios Estaduais de Saúde Pública (LACEN) (PESSÔA, 2006, p. 85).

O Componente II – Promoção de Inovações na Administração do Setor de saúde investiu cerca de R\$ 195 milhões em 42 projetos que contemplaram: estruturação de uma rede nacional de informação e avaliação em saúde; estimulação a capacidade de formulação de políticas de saúde descentralizadas; de desenvolvimento da capacidade gerencial das unidades gestoras; apoio ao desenvolvimento de iniciativas inovadoras que contribuam para o aprimoramento e garantia de qualidade dos sistemas e serviços de saúde (PESSÔA, 2006).

Área programática I – abrangiu os investimentos de R\$ 10 milhões na Rede Nacional de Informações em Saúde em hardware e software para todas as Secretarias Estaduais e em 1.200 municípios, para permitir o trânsito, via INTERNET, de todas as informações de saúde disponíveis nas esferas federal, estadual e municipal. Assim como, o investimento piloto da ordem de R\$ 100 milhões para a criação do Cartão Nacional de Saúde para melhorar o

atendimento aos usuários do SUS, racionalizar os gastos, combater fraudes e aperfeiçoar o planejamento das ações de saúde (PESSÔA, 2006).

Área programática II – envolveram o Estudo de Sustentabilidade dos investimentos do Componente I acima de US\$ 1 milhão, o Estudo de Carga de Doença e Fortalecimento Institucional das Secretarias Estaduais de Saúde afim de aprimorar a capacidade de formulação de políticas (PESSÔA, 2006).

Área programática III – agregou para o desenvolvimento e capacitação gerencial o Projeto-Piloto de Modernização Gerencial em Grandes Estabelecimentos de Saúde; Cursos de Capacitação à Distância para Gerenciamento de Equipamentos Médico-Hospitalares e para Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde; Cursos Presenciais de Administração Hospitalar; e Cursos para Conselheiros Municipais de Saúde e Membros do Ministério Público (PESSÔA, 2006).

Área programática IV – envolveu o Sistema de Contas Nacionais em Saúde; Banco de Preços Hospitalares; Avaliação do Processo de Descentralização da Gestão do SUS; Impacto da Gestão Plena do Sistema Municipal; e Avaliação dos Custos e Impacto do PAB, para o aprimoramento e garantia da qualidade em saúde e auditoria (PESSÔA, 2006).

A distribuição dos recursos segundo os componentes ficou assim estabelecida:

Tabela 6. Destino de recursos por componente e área programática

Componente do Projeto REFORSUS	Área Programática	Valor do investimento (R\$)
Componente I Apoio a melhoria da qualidade e eficiência do SUS	AP I Readequação física, tecnológica e gerencial da rede hospitalar	365.000.000,00
	AP II Programa de Saúde da Família	45.000.000,00
	AP III Readequação física, tecnológica e gerencial da rede de sangue	52.000.000,00
	AP IV Readequação física, tecnológica e gerencial dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública	32.5000.000,00
Componente II	AP I	60.000.000,00

Promoção de Inovações na Administração do Setor de Saúde	Rede Nacional de Informação em Saúde
	AP II Fortalecimento da capacidade de formulação de políticas
	AP III Desenvolvimento e capacitação gerencial
	AP IV Aprimoramento e garantia da qualidade em saúde e auditoria
TOTAL	555.000.000,00

Fonte: RIZZOTO, 2005, p. 228.

Não obstante, a priorização da atenção primária à saúde pelo Banco Mundial e pelo Ministério da Saúde, a destinação dos recursos do REFORSUS contradiz essa retórica. De 555 milhões de reais orçados, R\$ 509,5 milhões (91,79%) foram destinados às Áreas Programáticas I, III e IV, responsáveis pela readequação física, tecnológica e gerencial da rede hospitalar, rede de sangue e laboratórios (*ver tabela x*) (RIZZOTO, 2005).

4.4. AS BASES DO REFORSUS

4.4.1 O relatório de equipe

O Relatório de Avaliação da Equipe, Reporte N° 15522-BR, do Grupo de Desenvolvimento de Capital Social e Humano, Departamento de País I, da Região da América Latina e Caribe do Banco Mundial, fundamenta o REFORSUS e os empréstimos concedidos pelo Grupo Banco Mundial e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento. Esse relatório descreve o setor de saúde no Brasil, analisa os problemas que enfrenta e apresenta a estratégia que deveria adotar o governo para resolver esses problemas. O relatório, então, propõe o envolvimento do Banco no financiamento do programa de reforma do setor de saúde do Brasil, e fornece parâmetros para o projeto implementação. Uma análise da economia brasileira está incluída na Assistência Estratégica de País para o Brasil, discutida pela diretoria do Banco Mundial, em 6 de junho de 1995.

O Relatório apresenta a seguinte estrutura:

- Empréstimo e sumário do projeto
- 1. Introdução
- 2. Antecedentes do setor de saúde

- 2.1. Tendências econômicas recentes e perspectivas futuras
- 2.2. Pobreza e gastos sociais
- 2.3. População
- 2.4. Mortalidade e morbidade
- 2.5. Organização dos cuidados em saúde
- 2.6. Orçamento federal do setor de saúde em 1996
3. Problemas do setor de saúde e política governamental
 - 3.1. Problemas do setor de saúde
 - 3.2. Política governamental para o setor de saúde
4. Concepção do projeto e composição
 - 4.1. Objetivos do projeto
 - 4.2. Componentes e atividades
5. Custos do projeto e financiamento
 - 5.1. Custos do projeto
 - 5.2. Plano de financiamento
6. Arranjos institucionais, implementação e gestão
 - 6.1. Coordenação e gestão do projeto
 - 6.2. Desembolsos e documentação dos gastos
 - 6.3. Gestão financeira, contabilidade e auditoria
7. Análise financeira e socioeconômica
8. Análise do ambiente
9. Benefícios e riscos
 - 9.1. Benefícios
10. Acordos alcançados e recomendações
 - 10.1. Acordos
 - 10.2. Recomendações

E os seguintes anexos:

- A. Custos do projeto e plano de financiamento
- B. Procuração e desembolso
- C. Cronograma de eventos-chave do processamento de projetos
- D. Declaração dos empréstimos do Banco e dos créditos da Associação Internacional de Desenvolvimento
- E. Indicadores-chave de performance
- F. Plano de implementação do projeto
- G. Termos de referência dos estudos-chave
- H. Plano de supervisão da implementação
- I. Matriz de condicionalidade proposta para política setorial
- J. Carta de Política de Saúde
- K. Organização dos cuidados de saúde no Brasil
- L. Recomendação de estratégias-chave para curto e médio prazo
- M. Implicações para ações do governo: Setor privado e serviços sociais
- N. Lista de prioridades de intervenções a serem financiados pelo SUS
- O. Alocação dos investimentos do REFORSUS por estado
- P. Indicadores do país e de saúde
- Q. Tabelas e quadros de apoio
- R. Documentos selecionados e dados disponíveis nos arquivos do projeto

É apresentado como contexto político-social a redemocratização do país, a desnacionalização e desestatização da economia e o aumento da autonomia dos entes federativos. Assim, o BM afirma que o setor privado brasileiro ganhou eficiência e produtividade com a gradual abertura econômica, entretanto essa não é a análise econômica mais plausível.

A estabilidade monetária proporcionada pelo Plano Real, em 1994, causou uma explosão de consumo, principalmente entre as camadas mais pobres da população que antes tiveram seu poder de consumo corroído pela inflação galopante, associada a abertura do mercado ao estrangeiro com o câmbio sobrevalorizado, o que possibilitou um cenário de estabilidade naquele momento alimentando boas perspectivas para o futuro. Entretanto, a abertura comercial indiscriminada e o câmbio sobrevalorizado refletiram negativamente sobre a atividade econômica, visto que a política cambial se sustentava com os capitais especulativos atraídos pelas elevadas taxas de juros (TAVARES, 1999). A produtividade de um país representa o quão eficiente o mesmo é em converter seus insumos em produtos, um dos elementos cruciais para o crescimento no longo prazo: de 1980 a 1990 o Brasil apresentou uma queda de 18,7% na produtividade no trabalho (SILVA; MENEZES; KOMATSU, 2016).

Após analisar brevemente as tendências econômicas o relatório afirma haver um alinhamento na agenda política das autoridades brasileiras com o Grupo Banco Mundial, dado que “ambos concordam que o objetivo central da política a médio prazo é a luta contra a pobreza e a desigualdade”. Segundo o relatório para combater a pobreza e a desigualdade, um conjunto de 4 políticas são requeridas: estabilização e crescimento sólidos; reforma das atribuições dos governos federal e estadual; políticas específicas no áreas de formação de capital humano, incluindo educação e saúde, infraestrutura e meio ambiente; e políticas específicas de combate à pobreza, rural e urbana. E, esse projeto representa o apoio do Banco Mundial na implementação dessa agenda política no setor de saúde.

Para fundamentar a análise dos antecedentes do setor de saúde o relatório utiliza como referencial teórico a edição de 1994 de Condições de Saúde nas Américas, o qual documenta as mudanças e avanços na saúde alcançados pelos governos membros e participantes da Organização Pan-Americana da Saúde.

O documento afirma que a situação de saúde nas Américas:

[...] sofreu grandes mudanças nas recentes décadas como resultado de um conjunto complexo de processos que alteraram a estrutura etária da população, a taxa e extensão da urbanização, o mercado de trabalho, os níveis educacionais, a situação ecológica e a organização dos serviços de saúde. Mais do que qualquer outro fator, porém, a situação é influenciada pela existência de profundas desigualdades sociais e pelo crescimento da população que vive na pobreza (PAHO, 1994, p. 75).

Para a Situação Geral e Tendências da Saúde no Brasil, na descrição da Situação de Saúde e as Condições de Vida, para além do desemprego, do déficit habitacional, da baixa cobertura da

rede de saneamento básico e da desigualdade social, destaca-se a situação do Estado brasileiro (PAHO, 1994):

[...] Outra é a severa perda de capacidade gerencial do Estado que afetou atividades como a arrecadação de impostos e a verificação dos valores recebidos, e isso por sua vez, teve um grande impacto na capacidade do Estado de cumprir suas obrigações [...].

[...] Quanto à oferta de serviços sociais bens e serviços, apesar das dificuldades pela crise de financiamento, a falta de continuidade, e a desorganização do aparelho de Estado, foi possível manter pelo menos a mesma média níveis de gastos correntes como na última década [...] (PAHO, 1994, p. 75).

Na Descrição da População Brasileira ressalta-se a média anual da taxa de crescimento entre 1980 e 1991 que foi de 1,9%, representando uma queda acentuada das taxas de 2,5% e 2,9% registrados durante as décadas de 1970 e 1960, respectivamente. Essa queda está acompanhada de uma redução na taxa de fecundidade total que salta de 5,8 durante a década de 1960 para 4,3 no período 1975-1980, e em 1984 uma pesquisa domiciliar nacional encontrou uma taxa de fertilidade total de 3,5 - os resultados do censo de 1991 indicam que a população total está crescendo a uma taxa mais lenta do que na década de 80. Da mesma forma, a urbanização acentuou-se atingindo um patamar de 75% da população residente de áreas urbanas. E a concentração da população por região político-administrativa foi de 42,5% em no Sudeste, 29,0% no Nordeste, 15,1% no Sul, 6,9% no Norte e 6,4% no Centro-Oeste região (PAHO, 1994).

Os dados de Mortalidade demonstram que doenças do sistema circulatório foram as principais causas de morte em todas as regiões (PAHO, 1994). O relatório destaca que:

[...] A proporção de mortes atribuídas a sintomas e condições mal definidas também variaram, de 9,1% no Sudeste para 42,1% no Nordeste, indicando uma falta de cuidados de saúde no Nordeste, bem como é possível um erro na análise dos dados.

Da mesma forma, a presença de doenças infecciosas e parasitárias entre às seis principais causas de morte é um indicador de más condições de vida. No Norte e Nordeste, essas doenças ocupam o terceiro lugar entre as causas de mortes relatadas (PAHO, 1994, p. 77).

Entre as doenças do sistema circulatório, um terço das mortes foram devidos a doenças cerebrovasculares, enquanto a doença isquêmica do coração foi responsável por 29%. Ademais, as causas externas e as neoplasias malignas foram a segunda e terceira principais causas de morte, respectivamente. Entre as causas externas, acidentes de trânsito e homicídios são notáveis (PAHO, 1994).

Resulta possível inferir através desses dados de mortalidade a existência de uma transição epidemiológica prolongada e incomum, como também apontado, em 1991, no Boletim da Repartição Sanitária Pan-Americana intitulado “A transição epidemiológica na América

Latina”¹³, devido à superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis, crônico-degenerativas e tropicais, e a polarização epidemiológica em decorrência das desigualdades sociais em saúde (PAHO, 1994). Discussão que será posteriormente em 2006, essa situação de saúde será descrita como a tripla carga de doenças:

Essa perspectiva abrangente tornou-se ainda mais necessária hoje, já que a maioria dos países em desenvolvimento passa por um processo prolongado e desigual na transição de saúde, que está adicionando novas camadas de complexidade aos padrões de doença, deficiência e morte. Através de uma teia de múltiplas causalidades, esses países estão enfrentando uma tripla carga de doenças: primeiro, a agenda inacabada de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio emergente das doenças crônicas e seus fatores de risco associados, como tabagismo e obesidade; terceiro, o crescimento do flagelo das causas externas e violência (FRENK, 2006, p. 2).

Nos dados de Morbidade, de 1984 até 1991, segundo o Relatório indica que:

[...] doenças do sistema respiratório (CID-9, 466, 480-519) foram a principal causa de hospitalização, representando quase 15% do total. As outras principais causas, em ordem decrescente, foram partos normais (650), responsável por 10% das hospitalizações, e transtornos mentais (290-319), causas obstétricas diretas (640-646, 651-676), e doenças do sistema digestivo tem (530-579), cada um dos quais foi responsável por cerca de 7% de todas as hospitalizações. A categoria "sinais, sintomas e condições mal definidas" (780-789) ficou entre os 20 principais motivos de internação. Doenças cardiovasculares (415-429, 401-405, 430-438), que juntos constituem a principal causa de morte, também são uma importante causa de hospitalização - hipertensão é responsável por um quarto das hospitalizações desse grupo de causas (PAHO, 1994, p. 78).

Para os Problemas Específicos de Saúde, na Análise por Grupo Populacional, no grupo perinatal e infantil, destaca-se a queda contínua na mortalidade infantil durante a década de 80, no grupo dos adolescentes as causas externas eram responsáveis pela maior parcela da mortalidade, também rondam como principais questões na saúde dos adolescentes o uso de drogas e a gravidez. No grupo das mulheres os maiores problemas de são: o cuidado pré-natal, hospitalizações por aborto, neoplasias malignas - câncer de mama e útero -, saúde reprodutiva e violência doméstica. No grupo dos idosos, a presença de doenças crônicas salta aos olhos, como a prevalência de diabetes mellitus dentre os idosos de 60 a 69 anos e a prevalência de hipertensão em idosos de mais de 60 anos, que chega a 63% (PAHO, 1994).

No grupo dos povos originários, o relatório antecede a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca. Na época do relatório estimava-se que a população indígena era de 300 mil, entretanto no censo demográfico de 2010 aumentou para 817 mil (PAHO, 1994). Destaca-se a seguinte afirmação:

¹³ Frenk J *et al* 1991. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 111(6):485-496.

[...] O estado de saúde dos povos indígenas é uma reflexão direta de quão bem seus territórios tradicionais foram demarcados e preservados. Desnutrição - um resultado do desmantelamento dos sistemas de produção alimentar tradicional e de outros meios de sobrevivência - é duas vezes mais comum entre os povos indígenas do que entre as pessoas de baixa renda não indígenas (PAHO, 1994, p. 80).

Ainda no capítulo dos Problemas Específicos de Saúde, entretanto agora nas Doenças e Problemas de Saúde, o relatório destaca que o Programa Nacional de Imunizações e as ações de vigilância sanitária foram essenciais para o enfrentamento de doenças como: sarampo, poliomielite, tosse convulsiva, difteria, tétano neonatal, malária, doenças de Chagas, esquistossomose, tuberculose, febre amarela, hanseníase, dengue, leishmaniose, filariose, tracoma, meningite, sífilis, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), pneumonia, cólera, má nutrição, diabetes, doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças bucais e transtornos mentais. Diversas dessas doenças tem maior incidência na população que está em situação de vulnerabilidade socioeconômica porque estão ligadas as condições materiais de vida, como habitação, saneamento básico e hábitos de higiene. Entretanto, o relatório não aponta a importância das políticas de combate à desigualdade social, como a redistribuição de renda (PAHO, 1994).

Nos Fatores de Risco foram identificados: à falta ou insuficiência dos serviços de saneamento básico, incluindo água abastecimento, esgotamento sanitário, eliminação de resíduos sólidos, e controle de vetores.; a poluição do ar nas áreas urbanas; tabagismo; acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; a presença mercúrio na bacia amazônica (PAHO, 1994).

No capítulo Resposta Social aos Problemas de Saúde, na parte que trata das políticas, o relatório define o Sistema Único de Saúde como:

O sistema de saúde é caracterizado pela "universalização excludente", em que a ampliação da cobertura do sistema foi acompanhada pelo surgimento de características que servem aos mecanismos de racionamento - especialmente a má qualidade dos serviços públicos, sejam eles são fornecidos por entidades estatais ou fornecedores privados sob contrato com o Estado. Como resultado, as classes médias e altas, bem como os profissionais da saúde permanecem fora do sistema público de saúde. Este fenômeno levou à expansão do subsistema de serviços complementares de saúde, uma ramificação do subsistema de serviços altamente especializados [...] (grifo nosso).

A expansão da cobertura do subsistema público através da incorporação crescente dos grupos com o menor poder aquisitivo reduziu a qualidade de os serviços prestados e impulsionaram os escalões superiores da sociedade em direção ao subsistema complementar. No entanto, esses segmentos da população continuam depender do subsistema público de alta tecnologia para serviços caros (grifo nosso).

Do ponto de vista político, a exclusão dos grupos sociais mais influentes da expansão do sistema público levou a uma erosão da base política de sustentação do subsistema público, perpetuando um círculo vicioso: maior qualidade - exclusão de setores organizados - menores demandas por melhores serviços - maior qualidade [...] (grifo nosso) (PAHO, 1994, p. 84).

Endossa-se que o princípio da universalidade traz massificação, o que resulta sumariamente em queda de qualidade. Entretanto, as características de má qualidade dos serviços públicos de saúde surgem por diversas outras causas, frisa-se a ingerência e o subfinanciamento do sistema, esultados da lógica de racionalização dos serviços públicos propagada pelo neoliberalismo, não ao contrário como posto no texto. Assim, o argumento subjacente é que a parcela mais rica da população, que permaneceu de fora do SUS, porque tinha condições de pagar um serviço de saúde mais adequado às “suas demandas”, por estar fora, enfraquece a reivindicação por melhor qualidade do sistema. Ou seja, o SUS se transforma em um serviço para pobres que sequer tem condições de reivindicar uma melhoria de qualidade.

Segundo Ocké-Reis (2009, p. 9), o conceito de “universalização excludente” cunhado por Faveret Filho e Oliveira (apud OCKÉ-REIS 2009, p.9), para qualificar a relação entre a “expansão por baixo” devido a “inclusão de milhões de pobres” e a “exclusão por cima” mediante as camadas mais favorecidas contratarem planos privados de saúde “em busca de seu atendimento diferenciado”, não considera o reforço, a ampliação e a consolidação do setor privado de saúde por conta da migração dos cidadãos cobertos pelo seguro social. Por consequência, deu-se início à “um sistema de saúde paralelo, que reproduz desigualdades sociais e aprofunda iniquidades de acesso dentro do sistema de saúde”.

O princípio da universalidade, sob a perspectiva social democrática, defendido no movimento sanitário, parte do pressuposto que a saúde é um direito de todos os cidadãos sendo dever do Estado garanti-la - estando a negação do direito universal à saúde diretamente vinculada ao processo de mercantilização da saúde. A partir da Reforma Sanitária e promulgação da Constituição Federal de 1988 esse princípio é assimilado, entretanto, há o descolamento na universalidade do acesso à saúde seja por falta de infraestrutura, profissionais, insumos, equipamentos, seja por demanda superior à oferta (SOUSA, 2014).

Esse malabarismo teórico-argumentativo pavimenta a focalização das políticas de saúde, e coloca a universalidade sob a égide neoliberal, fundamenta-se que os serviços públicos de saúde não comportam a população porque sobrecarrega financeiramente o Estado, incha a máquina pública. Por consequência, o Estado responsabiliza-se pelos mais pobres, financia – visando a desoneração do Estado - o subsistema privado - através de subsídios fiscais, gastos com a saúde suplementar dos funcionários federais e os gastos tributários das renúncias fiscais - para os que possuem condição de pagar, dualizando o acesso. Assim, fragmenta-se o direito à saúde e o

acesso à saúde. Então a universalização esbarra na focalização, enquanto na primeira todos possuem direito, na segunda, a política é compensatória e restrita, direcionada aos mais pobres (SOUSA, 2014).

A focalização em saúde cria uma segmentação no acesso à assistência em face de um sistema privado, destinados àqueles que podem pagar e em grande medida subsidiadas pelo Estado através de gasto tributário, e um sistema público, subfinanciado, fornecendo serviços básicos com baixo custo-efetividade, destinados aos mais pobres. O setor de saúde brasileiro organizado dessa forma implica negar o direito à saúde equitativo, integral e universal estabelecido pela Carta Magna (RIZZOTO, 2008a).

Essa noção focalizadora das políticas públicas traduz as recomendações do Banco Mundial sob a ótica neoliberal, traz o entendimento de que diante das políticas de austeridade e redução do aparelho estatal limita-se a capacidade para atender as demandas por serviços e benefícios sociais. Portanto, o Estado deve priorizar e direcionar a sua ação, no âmbito das políticas sociais, para as camadas mais desfavorecidas da população. Consecutivamente, contrariasse a responsabilidade constitucional do Estado em garantir para todos os cidadãos acesso a bens e serviços públicos como saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte, entre outros (RIZZOTO, 2008a).

A dualidade do acesso encontra respaldo na forma que os serviços de saúde se encontravam organizados quando a Constituição de 88 foi adotada, existia a assistência médica previdenciária e ações de caráter coletivo, tendo diferenças nas formas de financiamento e de acesso. Consecutivamente, o Sistema Único de Saúde já foi instituído em uma dicotomia e torna-se duplamente fragmentado (COHN, 2005). Consoante Mendes (2005, p. 35), o principal dilema que o SUS enfrenta é ser reconhecido como um sistema público de saúde para todos ou como um sistema público de saúde destinado aos mais pobres. Assim como, reorganizar a configuração do sistema de saúde para fortalecer o princípio da universalidade e desfazer as consequências nos outros princípios doutrinários do SUS – equidade e integralidade (SOUSA, 2014).

No item Financiamento dos Serviços há uma breve explicação do financiamento dos serviços públicos de saúde como as fontes de receita, as transferências fundo a fundo e as responsabilidades de cada esfera administrativa, também o gasto com saúde no Brasil (PAHO, 1994):

Considerando os recursos do setor público e os gastos de empresas e famílias, a sociedade brasileira investe 4% a 5% do PIB em serviços de saúde. Em 1989 recursos

públicos federais, estaduais e municipais oriundos das receitas fiscais representaram cerca de 75% do valor total investido, e o Governo Federal contribuiu com 80,9% de todos os gastos públicos em saúde (PAHO, 1994, p. 84).

No item Serviços Ambientais abordam-se os dados referentes ao acesso à água encanada e sua qualidade, ao saneamento básico e a destinação correta dos resíduos sólidos. E, no item Produtos Tecnológicos, constatou-se que no quadriênio de 1989-1992 houve problemas para manter os suprimentos adequados de medicamentos essenciais dentro da rede de serviços de saúde. Também é reconhecida a importância Programa Nacional de Autossuficiência em Produtos Imunobiológicos, formulado em 1985, na produção de vacinas e soros de qualidade adequada e em quantidades suficientes para atender necessidades nacionais (PAHO, 1994).

Ao final do relatório e do capítulo estão os Recursos Disponíveis. Nesse item evidencia-se que, em 1989, o país tinha 34.831 estabelecimentos assistenciais de saúde dos quais 22.706 (65,2%) pertenciam à rede pública de serviços de saúde e 12.125 (34,8%) pertenciam ao setor privado. Também se aponta a distribuição desigual dos serviços e profissionais da saúde entre as regiões do país, mostrando uma concentração nas regiões mais desenvolvidas e nas capitais estaduais (PAHO, 1994).

Da mesma forma é utilizado como referencial teórico o Relatório do Desenvolvimento Mundial de 1994¹⁴, de autoria do Banco Mundial, o qual explora maneiras pelas quais os países em desenvolvimento podem melhorar tanto a provisão quanto a qualidade dos serviços de infraestrutura - água potável, saneamento, energia elétrica, telecomunicações e transporte. Segundo o relatório para que isso aconteça é preciso repensar os incentivos estatais através da mudança no gerenciamento, na concorrência e no envolvimento do usuário, portanto a participação do setor privado e o estabelecimento de parcerias público-privadas seriam cruciais.

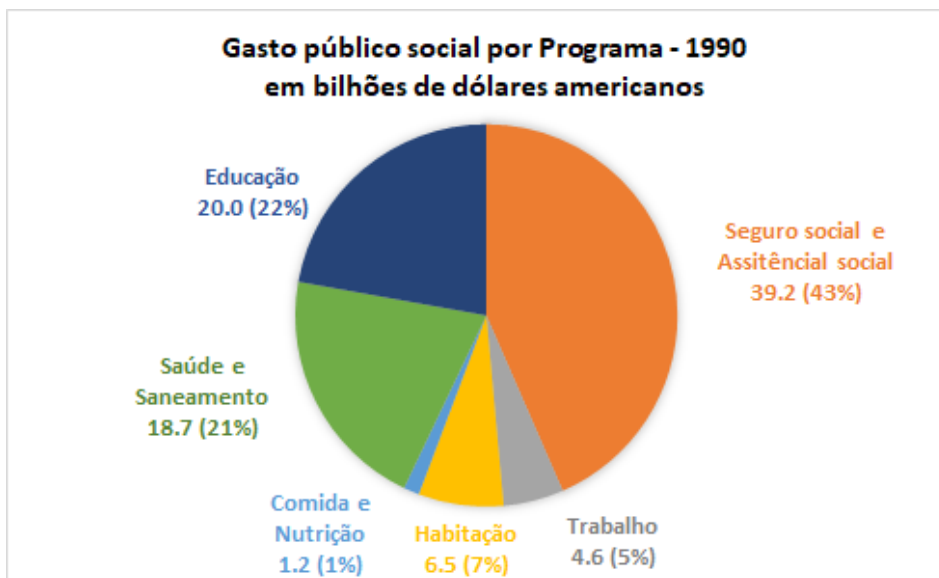
A análise da pobreza e gastos sociais é fundamentada pelo relatório econômico “Brasil - Avaliação da pobreza: relatório principal”¹⁵, de 1995, em que se estima cerca de 24 milhões de brasileiros, 17,4% da população, ficaram abaixo da linha da pobreza em 1990, em grande medida devido ao período de estagflação na década de 80. O combate à pobreza no Brasil chamou a atenção do Banco porque o Presidente Fernando Henrique Cardoso “fez da justiça social uma prioridade para o governo”. Ainda segundo o relatório econômico, conclui-se que o nível de

¹⁴ The World Bank: World Development Report 1994: Infrastructure for Development (New York, NY: Oxford University Press, 1994).

¹⁵ Grupo Banco Mundial. Brasil - Avaliação da pobreza: relatório principal. Washington, D.C.: World Bank Report N° 14322- BR, 1995.

pobreza está bem acima da média para um país de renda média e afeta desproporcionalmente a região nordeste.

Gráfico 1. Gasto público social por programa em – 1990 – em bilhões de dólares americanos.



Fonte: Reprodução com base no Relatório de Avaliação da Equipe – Reporte N° 15522-BR

Também é colocado pelo relatório que o “Brasil gasta grandes somas de dinheiro em programas sociais, desembolsando US\$ 90 bilhões, cerca de um quinto do PIB em 1990. No entanto, “isso não foi traduzido em uma forte posição em indicadores sociais ou na redução da pobreza [...]” (BM, 1996a, p. 2). E aponta como problema “[...] sérias ineficiências na estrutura e prestação de serviços sociais [...]” (BM, 1996a, p. 2) e como solução a “[...] descentralizando a gestão dos programas sociais poderiam fazer os serviços refletirem melhor as necessidades dos beneficiários e evitar a alta despesas gerais associadas a uma abordagem centralizada [...]” (BM, 1996a, p. 2).

Esse discurso de ineficiência do Estado, no Brasil, foi associado a necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, consubstanciada no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (RIZZOTO, 2008b).

Tais medidas são sustentadas pelo ideário neoliberal, que consoante Rizzoto (2008b), é pautado no mau funcionamento do Estado após respostas ineficazes as crises cíclicas do capitalismo, evidenciando a baixa qualidade dos serviços prestados pela “coisa pública”, no alto custo da manutenção do Estado, no crescente aumento da dívida pública, na intervenção estatal nos setores econômicos e na incapacidade de acompanhar as mudanças propostas pela globalização, sobretudo no questionamento do papel social e econômico do Estado.

Na análise da população, o relatório chega as seguintes conclusões:

- Segundo o censo de 1991, a população brasileira chegou a 146 milhões.
- A taxa média de crescimento anual entre 1980 e 1991 foi de 1,93%, um declínio acentuado das taxas de 2,5% e 2,9% registradas durante as décadas de 1970 e 1960, respectivamente.
- A taxa de fecundidade total decaiu de 4,9% em 1970 para 2,8% em 1992.
- 76% da população agora é urbana.
- Entre 1960 e 1991, a proporção de crianças de 0 a 14 anos diminuiu de 43% para 34%, enquanto a proporção de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 4,7% para 6,1%.
- As nove maiores áreas metropolitanas cresceram em uma taxa muito mais lenta na década de 1980 do que na década anterior, mas o crescimento acelerou nas cidades médias do país.
- Como resultado do declínio da fertilidade e da mortalidade, a população idosa no Brasil está crescendo rapidamente.
- No ano 2000, estima-se que 10% da população total terá 60 anos ou mais (BM, 1996a, p. 2).

A análise da mortalidade e morbidade do relatório foi baseada na edição de 1994 de *Condições de Saúde nas Américas*, sendo essa citada e analisada anteriormente (*ver página 61*).

Ao analisar a organização dos cuidados em saúde a equipe que produziu o relatório utilizou como referencial teórico “Comentários sobre Financiamento e Gastos em Saúde no Brasil”¹⁶, que está inserido no “Financiamento da Saúde no Brasil” publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como parte da série “Economia e Financiamento”, assim como o artigo intitulado “Health Policy in Latin America: Progress, Problems and Policy Options”¹⁷ publicado pelo Instituto de Economia da Pontifícia Universidade Católica do Chile. Por sinal, esse artigo utilizará para a discussão das condições de saúde latino-americanas a edição de 1994 de *Condições de Saúde nas Américas*, a mesma utilizada na *análise dos antecedentes do setor de saúde* nesse relatório.

¹⁶ MENDES, Eugênio V.: Comentários sobre Financiamento e Gastos em Saúde no Brasil, in: Vianna, S.M. et al: Financiamento da Saúde no Brasil, (Brasília: OPAS, Serie Economia e Financiamento Nº 4, 1994).

¹⁷ AIYER, Jamison and Landoño: Health Policy in Latin America: Progress, Problems and Policy Options. Cuadernos de Economia 32 (1995), pp 11-28.

Dentre os elementos utilizados pelo Banco para descrever o SUS, ressalta-se o item D e H:

(d) o financiamento vem principalmente de tributação geral e subsidia os pobres; (h) propriedade e administração de serviços é parcialmente descentralizado para municípios e estados. Seguro de saúde privado desempenha um papel complementar significativo para cerca de 38 milhões de pessoas (26% da população) (BM, 1996a, p. 4).

No item D aparece novamente a noção de que o sistema público de saúde brasileiro subsidia o cuidado de saúde da população classificada como pobre, entretanto dessa vez denota-se a visão reducionista sobre o SUS. Desde a constituição do SUS como uma rede assistencial e de vigilância sanitária e epidemiológica pública, o sistema contribuiu significativamente: para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros no período de 1988 a 2019 em 10,75 anos; para a redução histórica da taxa de mortalidade infantil de 47,1 para 13,4 a cada 1 mil nascidos vivos no período de 1990 a 2017; para o maior programa de vacinação do mundo, que distribui gratuitamente cerca de 300 milhões de doses de imunobiológicos por ano para combater mais de 19 doenças; para o maior programa de transplantes de órgãos do mundo, capaz de realizar, anualmente, mais de 8.000 cirurgias; para a excelência no cuidado com as pessoas com HIV, cujo programa distribui por ano mais de 400 milhões de unidades de antirretrovirais; para o atendimento a dois terços dos brasileiros, de casa em casa, por meio das equipes multidisciplinares do programa Saúde da Família, maior iniciativa do mundo em atenção básica; constituição de uma grande rede processamento e distribuição de hemoderivados (BERTONI; FALCÃO; LOPES; BEVILACQUA, 2020).

Já no item H, há a classificação da atuação do setor privado de saúde como complementar, por consequência há o escamoteamento da atuação do SUS, coloca-se como responsabilidade da iniciativa privada complementar a oferta de serviços. Consoante BAHIA (1999), no Brasil, o setor de planos privados de saúde é definido como suplementar, porque é opcional pagá-lo para obter acesso à assistência médica, ao contrário do recolhimento dos impostos destinados à manutenção da seguridade social, em que está inclusa os serviços públicos de saúde.

O último elemento a se destacar na análise da organização dos cuidados em saúde é a abordagem do Banco à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e à Central de Medicamentos (CEME) que, por opção política, fica de fora do escopo de atuação do REFORSUS, mas que seria uma questão “[...] perseguida paralelamente através de um amplo diálogo político” (p. 10).

Ressalta-se que a CEME foi extinta em 24 de julho de 1997, período em que o REFORSUS estava vigente.

Na análise dos problemas do setor de saúde e política governamental são utilizados como base 2 reportes do Banco, sendo o primeiro o estabelecimento de uma agenda para a promoção reformas no setor de saúde na década de 90, “*The Organization, delivery and financing of health care in Brazil: Agenda for the 90s*”¹⁸, e o segundo a assistência estratégica para o Brasil que traz um enfoque para a estabilização da economia e o ambiente de reformas econômicas promovidas pelo Governo Federal através do Plano Real, “*Country Assistance Strategy for Brazil*”¹⁹.

Classifica-se como um problema estrutural o fato de todos possuírem constitucionalmente direito integral a saúde no trecho “Em primeiro lugar e mais importante, o atual mandato constitucional para pagar todos os serviços de saúde para toda a população não é fiscalmente sustentável” (BM, 1996a, p. 11). As ferramentas econômicas devem ser utilizadas para garantir a viabilidade financeira do SUS, não ao contrário.

O REFORSUS apresenta uma política de privilegiamento das instituições filantrópicas de saúde em alinhamento a política de saúde do governo, política rejeitada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira:

Assim que o atual Governo tomou posse em janeiro de 1995, o Ministro de Estado da Saúde buscou assistência do Banco para responder a uma crise de saúde: o reembolso de prestadores de cuidados de saúde estava tão fora de linha com o custo médio de serviços prestados pelos hospitais filantrópicos, eles são a espinha dorsal do sistema público de saúde, estavam fechando unidades inteiras, saindo do mercado ou cancelando seus contratos de serviço e hospital público, que atendem essencialmente aos pobres, foram abandonados à decadência, sem o devido respaldo (BM, 1996a, p. 14).

Por fim, fica evidente a importância que o Banco Mundial dá ao REFORSUS, é uma iniciativa estratégica para que o Estado brasileiro assimile as medidas conjugadas no Consenso de Washington no setor de saúde. Ao final dessa análise é possível inferir que o relatório que baseou os contratos de empréstimos - Contrato N° 4047- BR e Contrato N° 951/OC-BR -, assim como a análise epidemiológica e populacional, envernizou as escolhas político-ideológicas dos objetivos e estrutura do REFORSUS com tecnicidade. E ainda apresenta a visão do Banco para o setor de saúde brasileiro, que apesar de conter modernizações necessárias, focaliza os serviços de saúde públicos aos socioeconomicamente vulneráveis; expande a apropriação do fundo público pelo

¹⁸ The World Bank: *The Organization, delivery and financing of health care in Brazil: Agenda for the 90s* (Washington, D. C.: The World Bank Report N° 12655-BR, 1994).

¹⁹ The World Bank: *Country Assistance Strategy for Brazil* (Washington, D. C.: The World Bank, Report N° 14569 BR, 1995).

setor privado; desfigura o caráter universal do sistema; expande a mercantilização da saúde; assim como a redução do aparelho estatal.

Tais medidas encontram-se conjugadas no seguinte trecho da análise dos problemas do setor de saúde e a política governamental:

“Se o programa de reforma do SUS for implementado até o ano 2000: (a) a cobertura continuaria a ser universal, mas; (b) O escopo dos serviços financiados pelo SUS seria compatível com as receitas do setor de saúde, favorecendo intervenções mais econômicas em detrimento de intervenções menos rentáveis; (c) o financiamento continuaria a vir principalmente da tributação e subsidiaria os pobres, mas estados e municípios assumiriam mais responsabilidade, as seguradoras privadas pagariam pelos serviços prestados aos seus beneficiários no âmbito do SUS; (d) A alocação do orçamento corrente e de capital para estados e municípios seria, em sua maioria, automática e baseada em fórmulas transparentes e geradoras de equidade, o que incluiria indicadores de renda, saúde e abastecimento; (e) Os prestadores privados continuariam a ser a espinha dorsal da prestação de cuidados públicos de saúde, mas seriam responsabilizados pela qualidade dos serviços prestados; (f) Os hospitais públicos e os serviços ambulatoriais receberiam autonomia administrativa e financeira; (g) Os reembolsos seriam suficientes para manter o capital e seriam utilizados como incentivos para promover intervenções econômicas e desencorajar o uso de recursos públicos para os menos rentáveis; e (h) o Ministério da Saúde manteria o núcleo de definição, regulação e financiamento de políticas, ao mesmo tempo, em que cortaria funções não essenciais. Se essas reformas fossem implementadas, o SUS evoluiria para uma assistência médica mais eficiente, equitativa e de maior qualidade. Para alcançar esses objetivos é necessária uma reforma em três áreas distintas: preços de serviços, capacidade de gestão e investimento” (BM, 1996a, p. 15, grifo nosso).

Ainda, segundo o Banco, as políticas públicas enfrentariam as seguintes falhas do SUS:

Quadro 4. Falhas do SUS.

Eixo	Problemas apontados pelo banco
Financiamento	O financiamento público é baixo para prover um pacote de benefícios de saúde a um típico país de renda média; financiamento é muito instável, variando por volta de 59% em períodos curtos
	Os serviços públicos de saúde não recuperam quaisquer custos: Não há copagamentos, franquias, honorários, ou quaisquer encargos para serviços extras para maior conforto.
	Pessoas físicas e jurídicas podem deduzir custos de seguro de saúde do imposto de renda; seguro fornecido pelo empregador não é isento de imposto de renda.
	As instalações públicas atendem aos pacientes de seguro privado e não recuperam os custos dos respectivos atendimentos.
	Os preços pagos aos prestadores é baixo para cobrir os custos, manutenção, depreciação e inovação.

	Preços estão distorcidos e não fornecem incentivos para alocação eficiente; existem além incentivos perversos para a produção de serviços de baixo custo-efetividade.
	Não existe política de investimento coerente, particularmente em equipamentos.
	Transferências federais para os estados e municípios não consideram perfil epidemiológico e diferenças de renda.
Competição	Os prestadores públicos estão em vantagem, porque além de receber o pagamento dos serviços prestados, recebem orçamento extra para salários e outros gastos.
	Embora os pacientes sejam livres para entre prestadores públicos e privados, não recebem acesso a nenhuma informação sobre qualidade, o que os permitiria fazer uma escolha melhor.
Regulação	As seguradoras privadas não são regulamentadas e usam seleção adversa.
	A auditoria e o controle de governança para prestadores privados e públicos são ineficazes.
Autonomia	Os serviços públicos de saúde carecem de autonomia sendo administrados diretamente pelos governos estaduais e municipais.
Gestão	Os serviços públicos de saúde são insuficientes em administração profissional e adequada gestão dos sistemas, lacuna de incentivos para eficiência interna.
	Hospitais privados sob contratos também são mal geridos.

Fonte: Reprodução com base no Relatório de Avaliação da Equipe – Reporte N° 15522-BR

4.4.2. O Contrato N° 4047- BR e o Contrato N° 951/OC-BR

O empréstimo total aprovado foi de US\$ 750 milhões, distribuído em US\$ 350 milhões (46,7%) BID, US\$ 300 milhões (40%) BIRD e US\$ 100 milhões (13,3%) de aporte local, e o período de desembolso previsto era de 4 anos. Os empréstimos destinados ao REFORSUS estão firmados no Contrato N° 4047-BR com o BIRD e no Contrato N° 951/OC-BR com o BID, esses acordos de empréstimo fixam condições de financiamento específica. Tratando-se do contrato com o BIRD, os termos estabelecidos são os seguintes:

Amortização: de 1° de novembro de 2001 a 1° maio de 2011, em parcelas semestrais iguais de US\$ 15 milhões;

Juros: taxa revista semestralmente com base no custo de captação do banco, à qual é acrescentado 0,5% a.a. (taxa no período de novembro de 1998 a abril de 1999: 6,18% a.a.);

Taxa de compromisso: 0,75% a. a. sobre o saldo não desembolsado. Desde o início do acordo, o Banco tem aplicado um desconto de 0,50% a.a. na taxa de compromisso em

todos os empréstimos. No entanto, a concessão desse desconto é revista anualmente pelo Bird, podendo ser alterada a seu critério;

Datas de pagamento de encargos: 1º de maio e 1º de novembro” (TCU, 1999, p. 18).

E o BID estabeleceu as seguintes condições de financiamento:

Amortização: 25 anos a partir da vigência, em parcelas iguais semestrais, com carência de 6 meses após o último desembolso de recursos do financiamento;

Juros: taxa revista semestralmente com base no custo de captação do banco, mais margem fixada periodicamente pelo banco, de acordo com sua política sobre taxa de juros (taxa no 1º semestre de 1999: 6,64% a.a.);

Comissão de crédito: 0,75% a.a. sobre o saldo não desembolsado, que começa a vigorar sessenta dias da data do contrato;

Comissão de inspeção e vigilância: US\$ 3,5 milhões se executado pelo banco. Como o BID possui representação em Brasília, o banco não tem lançado mão desse recurso financeiro (disponibilizados US\$ 636 mil até 24/05/1999). Existe a possibilidade não oficializada de que esse recurso seja revertido para o financiamento dos subprojetos do Reforsus” (TCU, 1999, p. 19).

Ao final foram cancelados US\$ 21.120.000,00 do BIRD e US\$ 56.547.869,94 do BID, somando ao total US\$ 77.667.869,94.

4.5. DESFECHO DO REFORSUS – AUDITORIA DE DESEMPENHO E RELATÓRIOS DE CONCLUSÃO DO PROJETO

Após 8 anos de implementação do Projeto de Reforço a Reorganização do Sistema Único de Saúde, assim denominado pelo Ministério da Saúde e pelo Tribunal de Contas da União, no Relatório Final de Projeto do BID e no Relatório de conclusão da implementação do BIRD continua sendo denominado como Projeto de Reforma do Setor de Saúde.

O contrato com o BIRD foi aprovado em 06/20/1996, após a conclusão do documento de concepção do projeto em 06/30/1995 e a avaliação em 05/21/1996, sendo encerrado em 31/12/2003. E, o contrato com o BID foi aprovado em 18/09/1996, tornou-se elegível para desembolso apenas em 16/09/1997 e concluiu, após prorrogações, em 30/06/2004. O BIRD, apesar de ter participado com o BID de todas as fases de negociação do contrato de empréstimo ao governo brasileiro, iniciou a fase de preparação do projeto quase seis meses antes da participação do BID, o que favoreceu seu efetivo início e sua conclusão seis meses antes (BID, 2005).

O REFORSUS estava orçado em US\$ 750 milhões, para 5 anos de duração, de 1997 a 2001, entretanto, desembolsou cerca de US\$ 87 milhões anuais, em média, entre 1997 e 2003. No mesmo período, o Ministério da Saúde gastou anualmente, em média, US\$ 12 bi, e investiu cerca de US\$ 500 milhões. Assim, o REFORSUS correspondeu, em média, a um quinto do total de

investimentos do Ministério da Saúde, e a 1/137 avos do total dos gastos anuais do MS (BID, 2005).

Tabela 7. Gastos por componente e fonte de financiamento

Componentes	BIRD – Bano Mundial	BID	Gov	Total
Componente I	244.889.156,34	255.249.304,66	98.876.606,26	599.015.067,26
PA I	159.825.416,16	183.711.467,19	77.708.628,36	421.245.511,71
PA II	26.718.500,52	0,00	2.532.474,74	29.250.975,26
PA III	27.294.677,02	12.181.751,76	7.608.563,39	47.084.992,17
PA IV	14.050.772,02	7.385.915,74	4.841.280,68	26.277.968,91
Investimento estratégico	16.999.790,16	51.970.169,97	6.185.659,08	75.155.619,21
Componente II	26.730.459,64	57.064.881,88	2.285.144,66	86.080.486,18
Administração do projeto	12.696.941,11	19.318.599,09	0,00	32.015.540,22
Reserva	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	284.316.557,11	331.632.785,63	101.161.750,91	717.111.093,66

Fonte: Reprodução com base no Relatório de conclusão da implementação (CPL-40470).

Tabela 8. Gastos por categoria e fonte de financiamento

Categorias	BIRD – Bano Mundial	BID	Gov	Total
Sem alocação	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas administrativas	12.696.941,13	19.318.599,09	0,00	32.015.540,22
Obras	60.584.975,71	89.852.917,67	62.689.377,83	213.127.271,21
Bens	176.170.197,70	147.311.775,85	36.290.218,03	359.772.191,58
Consultoria	34.864.442,56	75.149.493,02	2.182.155,07	112.196.090,65
Total	284.316.557,10	331.623.785,63	101.161.750,93	717.111.093,66

Fonte: Reprodução com base no Relatório de conclusão da implementação (CPL-40470).

Os recursos do projeto foram alocados a partir da seguinte estratégia: 70% dos recursos foram distribuídos proporcionalmente ao número de habitantes, enquanto os 30% restantes foram distribuídos de forma inversa proporcionalmente aos gastos per capita do Ministério da Saúde, fazendo com que os locais mais pobres recebessem um maior investimento per capita (BM, 2004).

Tabela 9. Alocação dos recursos do REFORSUS por estado.

Estado	Número de subprojetos aprovados	Montante aprovado (em Reais)	População	Investimento per capita	IDH dos anos 2000
---------------	--	-------------------------------------	------------------	--------------------------------	--------------------------

AL	30	R\$	18.787.290,14	2.827.856	6.64	0.58
MA	41	R\$	24.525.516,60	5.657.552	4.34	0.58
PI	42	R\$	13.443.890,28	2.843.428	4.73	0.58
PB	16	R\$	27.359.344,88	3.444.794	7.94	0.59
AM	28	R\$	10.832.605,77	2.817.252	3.85	0.61
AC	9	R\$	3.271.058,39	557.882	5.86	0.62
BA	73	R\$	64.628.649,56	13.085.769	4.94	0.62
SE	21	R\$	8.489.451,91	1.784.829	4.76	0.62
CE	54	R\$	39.772.414,88	7.431.597	5.35	0.63
PE	68	R\$	60.469.765,78	7.929.154	7.63	0.63
RN	16	R\$	15.128.134,81	2.777.509	5.45	0.64
TO	7	R\$	16.342.094,11	1.157.690	14.12	0.66
PA	37	R\$	57.339.332,63	6.195.965	9.65	0.67
RR	8	R\$	1.975.663,29	324.397	6.09	0.68
AP	5	R\$	6.481.150,76	477.032	13.59	0.69
RO	40	R\$	20.236.233,53	1.380.952	14.65	0.71
MG	237	R\$	104.931.211,46	17.905.134	5.86	0.72
ES	20	R\$	19.933.722,08	3.097.498	6.44	0.73
GO	37	R\$	32.733.617,25	5.004.197	6.54	0.73
MS	25	R\$	11.053.960,10	2.078.070	5.32	0.74
MT	39	R\$	36.798.430,11	2.505.245	14.69	0.74
PR	69	R\$	49.769.865,43	9.564.643	5.20	0.74
RJ	56	R\$	67.301.084,13	14.392.106	4.68	0.76
RS	44	R\$	38.619.027,77	10.187.842	3.79	0.78
SP	77	R\$	183.101.066,08	37.035.456	4.94	0.78
SC	83	R\$	30.536.768,57	5.357.864	5.70	0.79
DF	8	R\$	12.773.913,18	2.051.146	6.23	0.84
Total	1190	R\$	976.635.263,48	169.872.859	5.75	0.68

Fonte: Reprodução com base no Relatório de conclusão da implementação (CPL-40470).

Segundo o Relatório final de projeto de autoria do BID (2005, p. 28), o aporte mais significativo do REFORSUS ao processo de fortalecimento institucional:

[...] foi relativo ao marco legal, *contribuindo junto à reforma sanitária brasileira* ao apoiar a NOB 96, fortalecer seus fluxos institucionais e instâncias decisórias e favorecer a implantação da NOAS 2001. O Projeto apoiou os marcos de política de saúde daquele momento ao enfatizar a redução na inequidade ao acesso aos serviços de saúde e a atenção preventiva por meio da saúde da família.

Um segundo importante aporte foi relativo à capacitação da alta e média gerência nos níveis nacional, regional e local. O elevado aporte de recursos e a complexidade de sua execução obrigaram os gestores do sistema a se capacitarem melhor, a selecionarem melhores gerentes, a mantê-los durante mais tempo e a treiná-los (grifo nosso).

Foi constatado na auditoria de desempenho realizada pelo TCU, em 1999, que o REFORSUS apresentou baixa execução financeira e um elevado saldo financeiro a desembolsar, tendo-se identificado como aspectos relevantes as deficiências técnicas das propostas de

subprojeto, a dificuldade na apresentação de contrapartida financeira pelos beneficiários e a falta de domínio das normas licitatórias dos bancos credores na seleção de fornecedores.

Uma outra consequência da baixa execução financeira do projeto é que o montante devido a título de juros é inferior ao previsto originalmente e o valor incorrido de taxa de compromisso é superior ao inicialmente planejado. Essa situação pode ser facilmente compreendida raciocinando-se que quanto mais tempo se demora para sacar os recursos (baixa execução financeira) menor o montante sobre o qual se cobram juros (sacado) e maior o montante sobre o qual se cobra taxa de compromisso (saldo da conta de empréstimo). Como a taxa de juros é muito maior do que a taxa de compromisso, a economia com a não incidência de juros supera a despesa extra com o pagamento de taxa de compromisso. [...] *Como efeito, criou-se um sofisma segundo o qual torna-se mais vantajoso não executar o projeto* (TCU, 1999, p. 25, grifo nosso).

Os beneficiários inquiridos através da pesquisa, em uma escala de 0 a 4, realizada pelo TCU na auditoria de desempenho afirmaram que:

[...] as dificuldades técnicas para elaborar a proposta (3,01) e as exigências de apresentação de documentos (2,49) e o prazo insuficiente para atender à convocatória influíram negativamente na fase inicial do projeto. Na categoria outros problemas (2,39), foram mencionadas dificuldades para obter orientação e informações nos níveis estadual e federal, entraves financeiros e excesso de burocracia.

[...] que a operacionalização das licitações vem sendo prejudicada pela carência de pessoal qualificado para a atividade (2,90) e insuficiente apoio técnico da UGP e da esfera estadual (1,98). Ademais, foram considerados outros obstáculos (2,79) a falta de cursos, a ausência de fornecedores, o desconhecimento das normas licitatórias e a dificuldade em utilizar o software disponibilizado (TCU, 1999, p. 12).

A prestação de apoio técnico em todas as fases dos subprojetos seria essencial, e corroborando esse apontamento, entende-se que:

O elevado volume de propostas corrigidas em diversos estados indica ser recomendável o fornecimento de maior apoio técnico na elaboração das propostas em futuros projetos do MS ou na eventualidade de se realizar nova convocatória no âmbito do Reforsus (TCU, 1999, p. 12).

Assim, a obrigação de contribuir com recursos financeiros impôs barreiras ao REFORSUS e constituiu o principal entrave à execução do projeto.

Ao se comparar os percentuais de contrapartida e de desembolso por subprojeto do Componente I, obteve-se uma correlação negativa entre as variáveis, indicando que quanto maior a participação financeira do beneficiário, menor o nível de execução do subprojeto (TCU, 1999, p. 15).

O resultado da operação confirmou que o desempenho financeiro se configura melhor nas unidades da federação com mais subprojetos de beneficiários públicos e menor nível de contrapartida (TCU, 1999, p. 16).

Os termos dos acordos de empréstimo previram a implantação de pelo menos 03 unidade de apoio regionais, cláusula atendida pelo Ministério da Saúde em seu limite mínimo. Foram instaladas uma UATR no Distrito Federal, mesma localização da UGP, e se instalou as outras duas na faixa litorânea leste do país, uma no Rio de Janeiro e a outra em Salvador. Foi uma distribuição geográfica questionável que corroborou para a baixa capacidade de oferecer a assistência técnica para todos os beneficiários. Entende-se, portanto, que houve falha de

planejamento do projeto, ao não se dimensionar adequadamente uma estrutura de apoio técnico e de supervisão que contemplasse todas as esferas envolvidas no gerenciamento e na execução do REFORSUS (TCU, 1999).

Para além da falta de apoio técnico e das dificuldades com os processos licitatórios, outra constatação diz respeito à falta de uma periodicidade de visitas que permitisse a detecção oportuna de problemas para resolução dos defeitos nos equipamentos recém-adquiridos. O TCU ao comparar à data de entrega e à data da visita de supervisão dos equipamentos de alta complexidade, que receberam o conceito de não aprovado ou com pendências, detectou que as visitas ocorriam cerca de 1 ano e 2 meses após a entrega dos equipamentos (TCU, 1999).

A fiscalização do REFORSUS pelo BIRD foi desigual e insatisfatória, sendo mais meticulosa no início da implementação do projeto, mas foi substituída a revisões burocráticas rotineiras. “[...] parece quase como se o interesse do BIRD no projeto caiu drasticamente após a revisão do meio do período” (BM, 2004, p. 22). Possivelmente causada pelo triste fim do projeto já anunciado pelo TCU na auditoria de desempenho em 1999 devido a falhas de concepção.

Os Bancos divergiram na avaliação do projeto, conforme as tabelas abaixo:

Quadro 5. Avaliação do REFORSUS pelo BIRD.

Qualificações	Performance
Produto	Insatisfatória
Desenvolvimento institucional	Modesta
Sustentabilidade	Improvável
Performance do banco	Insatisfatória
Performance do mutuário	Insatisfatória

Fonte: Reprodução com base no Relatório de conclusão da implementação (CPL-40470).

Sendo essas as principais classificações de performance do BIRD:

HS=Altamente Satisfatório
 S=Satisfatório
 U=Insatisfatória
 HL=Altamente Provável
 L=Provável
 UN=Improvável
 HUN=Altamente Improvável
 HU=Altamente Insatisfatório
 H=Alta
 SU=Substancial

M=Modesto
N=Insignificante (BM, 2004)

Quadro 6. Avaliação do REFORSUS pelo BID.

Qualificações	Pelo Banco	Pelo mutuário
Efetividade no desenvolvimento	Efetivo	Efetivo
Implementação do projeto	Satisfatório	Satisfatório
Desenvolvimento institucional	Relevante	Relevante
Sustentabilidade	Provável	Provável
Desempenho do executor	Satisfatório	Satisfatório

Fonte: Reprodução com base no Relatório final de Projeto do BID – Programa de Reforma do Setor Saúde

Sendo essas as principais classificações de performance do BID:

ME = Muito Efetivo;
E = Efetivo;
MS = Muito Satisfatório;
S = Satisfatório;
R = Relevante;
MP = Muito Provável;
P = Provável (BID, 2005, p. 4).

A reorientação nos gastos públicos, em direção a intervenções menos custosas para redução de gastos com a atenção terciária, estava dentre os objetivos do REFORSUS. O BID apontou que entre 1995 e 2002, os gastos do Ministério da Saúde com a atenção básica avançaram de R\$ 2,7 bi para R\$ R\$ 5 bi, em termos reais, em contraposição ao avanço de R\$ 11,4 bi para R\$ 12,9 bi, no mesmo período, dos gastos com média e alta complexidade. Contudo, essa reorientação no orçamento das políticas de saúde segundo o próprio relatório “[...] obviamente não se deu em virtude do Projeto REFORSUS, mas por um novo entendimento das forças da saúde brasileira [...]” (BID, 2005, p. 17).

Segundo o BID (2005), o ponto mais negativo no desenho do projeto foi falta de identificação dos efeitos e produtos esperados, assim como indicadores, principalmente na falta de construção de uma base de dados utilizável para acompanhar o desenvolvimento e avaliar os subprojetos e ao fim do projeto o desempenho e os impactos. A avaliação dos resultados foi pouco priorizada na fase de planejamento, assim houve um baixo nível de detalhamento dos efeitos e produtos esperados para cada subprojeto e de como essas informações deveriam ser prestadas pelos beneficiários, dificultando a supervisão do projeto e sua própria avaliação.

[...] a avaliação de resultados como algo que seria realizado ao final de cada programa financiado pelo REFORSUS, dependendo do tipo, pelas SES, UATRs ou a própria UGP, observando-se, a médio e longo prazos, a sustentabilidade do investimento e a oferta do serviço, com a produtividade e o nível de qualidade satisfatório. Ou seja, a avaliação seria deixada para depois, não foi definido exatamente quem seria responsável por realizá-la e seria baseada apenas no que foi proporcionado à unidade de saúde, ignorando a utilização dessa infraestrutura e seu impacto assistencial (BID, 2005, p. 22).

O REFORSUS contou com uma Unidade de Acompanhamento e Avaliação – UAA em sua estrutura, entretanto o trabalho da UAA atentou-se a avaliação da proposta de investimentos apresentada no subprojeto, ao invés de avaliar seu resultado e seu impacto na assistência. Por consequência priorizou questões como se apresentava consistência, se estava alinhado com a situação de saúde do local, se o orçamento estava adequado, e se as especificações da obra ou do equipamento estavam corretas (BID, 2005).

[...] Somente a partir de 2000/2001 o Projeto iniciou um trabalho para avaliar o impacto de seus investimentos, procurando montar uma linha de base com informações coletadas junto aos beneficiários dos subprojetos. O esforço realizado durou mais de um ano, com três consultores, alguns eventos foram realizados, mas as informações coletadas não foram nem representativas, nem confiáveis e o trabalho foi abandonado (BID, 2005, p. 22).

Outro problema foi a falta de análise da capacidade de execução e gestão do projeto da UGP e da secretaria ministerial responsável, contribuindo para o subdimensionamento de recursos humanos em um projeto de escala nacional e grande complexidade. Dado haver o envolvimento de dois credores, a capacidade de atender as demandas simultaneamente deveriam ter sido previstas (BID, 2005). No relatório do Banco Mundial a mesma problemática foi levantada “[...] não estava adequadamente equipada nem estruturada para gerir o projeto e estava muito isolada do Ministério da Saúde para poder identificar, avaliar e supervisionar adequadamente subprojetos e estudos” (BM, 2004, p. 6).

O relatório do BID ao identificar e analisar fatores que afetaram negativamente a execução dos componentes do projeto e a obtenção de seus produtos em termos de quantidade, qualidade e oportunidade, percebeu que:

- O princípio da exigência de uma contrapartida financeira por parte dos proponentes dos subprojetos foi um entrave para a execução dos subprojetos, visto que os governos estaduais e municipais contam com poucos recursos e o desembolso é um processo burocrático demorado, pois requer orçamento, empenho e o próprio recurso financeiro (BID, 2005).
- A falta de recursos orçamentários federais prejudicou o custeio e a sustentabilidade dos serviços implementados através do projeto (BID, 2005).
- O Projeto requereu esforços significativos dos recursos humanos nas secretarias de saúde no processo de execução do recurso, reduzindo a capacidade de reflexão a respeito do planejamento do funcionamento e da manutenção do serviço (BID, 2005).
- A exigência da utilização das regras de licitação dos bancos financiadores pelas comissões de licitação dificultou a execução dos subprojetos (BID, 2005).
- Falta de recursos humanos qualificados para a prestação do serviço em saúde, operando os equipamentos adquiridos ou utilizando as salas construídas, ou reformadas (BID, 2005).
- Baixa qualidade das propostas apresentadas ao REFORSUS por falta de acompanhamento (BID, 2005).

O BM (2004), classificou o resultado do projeto como insatisfatório, ainda perdeu a utilidade como iniciativa para reforma do setor saúde a fim de servir “[...] como um campo de teste para muitas políticas e investimentos em execução no SUS [...]” (p. 7). Apesar do projeto promover o acúmulo de capacidade técnica, “[...] os dois objetivos principais do projeto foram parcialmente alcançados e as lições foram aprendidas a um custo extraordinário [...]” (p. 8). Ainda afirma que o projeto deveria ter sido financiado por resultado, assim “[...] careceu de uma estrutura de política e vínculos com as reformas e investimentos em andamento” (p. 8)

O projeto teve um impacto institucional importante, pois forneceu um campo de testes para o processo de descentralização do sistema e oferecido a todos os envolvidos com uma intensa experiência de aprendizado na prática. A experiência adquirida na gestão de projetos desta escala, e na implementação em um ambiente descentralizado tem fornecido muitas lições, embora a um custo alto [...] (BM, 2004, p. 23).

O relatório do BM classificou o desempenho do tomador, o Ministério da Saúde através do Governo Federal, como insatisfatório e ainda o responsabilizou, mesmo que parcialmente, pela baixa qualidade dos subprojetos e do desempenho geral. Criticando a insistência em “[...] não vincular políticas a investimentos e não selecionar arranjos de implementação mais

transparentes, seu projeto recomendado também contribuiu para o fraco desempenho do projeto” (BM, 2004, p. 23). Assim como ressaltou a desatenção do Governo brasileiro com o REFORSUS “[...] envolvimento insuficiente na definição de prioridades de investimento em ambos os componentes e no incentivo à observação de critérios técnicos acordados para investimentos” (BM, 2004, p. 23).

Por fim ainda fez críticas contundentes a capacidade incipiente dos governos municipais, que estavam se reorganizando no contexto do avanço de suas responsabilidades no pacto federativo, “[...] muitos não tinham capacidade técnica e institucional para implementar os subprojetos, incluindo conhecimento sobre os processos de aquisição do Banco” (BM, 2004, p. 23). O REFORSUS tornou-se um peso para as secretarias municipais, porque precisavam implementar, mas não tinham capacidade institucional para tal.

[...] o desempenho do Mutuário não foi adequado para utilizar adequadamente as oportunidades proporcionadas pelo projeto de reforma setorial e para a construção de uma rede de saúde coerente em nível local. Por essa razão, e dadas as deficiências de implementação que poderiam ter sido evitadas, o desempenho geral do Tomador é classificado como insatisfatório. *Claramente, muitas lições úteis podem ser derivadas da experiência da REFORSUS e seria prudente considerá-las na elaboração de futuros projetos do setor saúde no Brasil* (BM, 2004, p. 23, grifo nosso).

Fora quase 9 anos desde a preparação até a conclusão do projeto, nesse período houve pelos menos três eleições federais, estaduais e municipais. Por consequência, pessoas-chave no REFORSUS como ministro de estado da saúde, secretários estaduais, secretários municipais e servidores em cargos de confiança importantes para o desenvolvimento do projeto foram substituídas. Assim, a alta rotatividade resultou na falta de continuidade, prioridade e visão estratégica para o projeto (BM, 2004).

O desempenho do BIRD foi classificado como insatisfatório. As principais razões para esta classificação são:

- (I) riscos importantes não foram bem identificados, e algumas das ações para mitigar esses riscos foram insuficientes;
- (II) havia disposições inadequadas para o projeto gestão e preparação, aprovação e supervisão de subprojetos;
- (III) a escolha de um tipo de fundo a estrutura era questionável, dadas as obras civis altamente complexas e a baixa capacidade institucional;
- (IV) lá não houve medidas claras de monitoramento e avaliação especificadas durante a preparação;
- (V) a capacidade institucional dos governos subnacionais foi muito subestimada;
- (VI) arranjos de implementação fizeram não prever uma câmara de avaliação técnica independente para a aprovação do subprojeto, correndo o risco de politização de investimentos; e
- (VII) a documentação do projeto forneceu dados inadequados sobre o custo e financiamento arranjos (BM, 2004, p. 22).

O REFORSUS promoveu o aporte de novas e complexas tecnologias, mas não sanou as lacunas quantitativas e qualitativas em relação à mão-de-obra técnica capacitada para operá-las e mantê-la (BID, 2005). Priorizar a aquisição de equipamentos tecnológicos de apoio ao diagnóstico, ao invés de investimentos nas ações de prevenção e promoção da atenção básica é um equívoco na gestão dos escassos recursos financeiros posto que a atenção básica se constitui no meio mais eficaz de prevenir e curar, porque ao se prevenir, evita-se o custo de curar. A saúde de uma população depende mais do avanço das condições sanitárias e econômicas do que dos avanços na prática médica (SILVEIRA, 2005.). Foram gastos apenas 29.250.975,26 milhões de reais na Área Programática II – Programa Saúde da Família (*ver Tabela X. Gastos por componente e fonte de financiamento*), área do projeto que estavam inseridos os gastos com atenção primária, isso representou 65% do orçamento original (*ver Tabela x. Destino de recursos por componente e área programática*).

Até hoje o país paga muito caro por esta tentativa de implantar aqui padrões assistenciais de países desenvolvidos. Transplantes, pontes de safena, tomógrafos computadorizados, bromógrafos, coexistentes com severos quadros de fome, de simples insuficiência alimentar, falta vacinas, esparadrapo, antibiótico, pinça, gaze, enfermeiro, médico, anestésico e tudo mais elementar na deteriorada rede de saúde do país. (SILVEIRA, 2005. p. 24).

Apesar da tentativa de remodelar a atenção à saúde através das NOB's, no contexto do REFORSUS, a associação delas com a ausência de políticas integradoras articuladas pelo Ministério da Saúde à lógica de desconcentração da oferta de ações para os municípios, provocou o aumento da capacidade instalada de serviços de saúde em municípios de pequeno porte. Consecutivamente, a garantia de recursos técnicos, humanos e financeiros tornou-se incompatível para a operacionalização dos investimentos. Assim, o desequilíbrio nas secretarias de saúde do SUS nascente entre o poder e a capacidade de gestão devido a esses investimentos não favoreceram a construção de condições de sustentabilidade (PESSÔA, 2006).

O BID admite no relatório que o REFORSUS contribuiu para o desenvolvimento do SUS, mas em comparação com a escala do projeto e seu potencial original, o desenvolvimento institucional e o impacto foram apenas modestos. Ainda afirmou que os investimentos do REFORSUS “[...] não tem a capacidade de resolver os problemas ou de reformar, ou revolucionar o sistema sanitário brasileiro (p. 17)”, assim não cumpriu com as ambições do banco de implementar uma ampla reforma do setor de saúde.

O Banco Mundial ganhou capacidade técnica para estudar reformas de políticas e implementá-las, sendo melhor ofertar financiamentos vinculados a ajustes no setor alvo:

A formulação de estudos de reforma de políticas deve ser definida em um quadro claro, com foco estratégico e etapas especificadas. Neste caso, vinculando reformas a investimentos teria permitido investimentos mais relevantes de ambos os lados, e teria resultado em mais construção sistemática de redes de saúde e informação política. Pode ser mais útil eliminar gradualmente o financiamento de investimentos em coordenação com a realização de algumas reformas acordadas. *No financiamento de agendas de políticas ou medidas de reforma do setor, ajustes em vez de empréstimos para investimento podem ser mais instrumento adequado para promover resultados de sucesso* (BM, 2004, p. 24, grifo nosso).

Os princípios doutrinários - universalidade, integralidade e equidade - e organizativos – regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; e participação popular – que regem o SUS esbarram em problemas agudos, sendo necessário enfrentá-los. No entanto, essas e outras são questões às quais cabem somente ao Estado e a sociedade brasileiro deverão dar conta respeitando os valores democráticos. Em outras palavras, a reforma que o Grupo Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento pretendiam implementar através do REFORSUS para lidar com problemas como a compatibilidade entre as restrições fiscais e a escala ascendente de demanda por recursos em saúde desfigurando o SUS inscrito na Constituição Cidadã, devem ser resolvidas pela participação da sociedade através da gestão participativa no sistema (SCATENA; TANAKA, 2001).

Os Bancos almejavam um projeto de reforma e o Governo Federal almejou um projeto de reforço a reorganização. Ao final tornou-se um pacote de investimentos para a rede física e tecnológica do nascente Sistema Único de Saúde e obteve-se alguma capacidade técnica para gestão e elaboração de projetos de investimento em saúde. Por fim, o impacto a se destacar deixado pelo REFORSUS foi o desenvolvimento institucional, servindo como um caro aprendizado para os Bancos de como implementar projetos no Brasil e no seu sistema de saúde complexo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maneira como o Banco muda não só as noções de desenvolvimento, mas também as orientações para construção de políticas públicas, ao gosto dos EUA, assim como as contradições teóricas, políticas e redirecionamentos que aparecem durante esse processo, não são uma disfuncionalidade, mas dimensões constitutivas dele. De certa forma, o Banco é uma criação estadunidense e sua ascensão na esfera internacional foi como agente da política externa desse país. Como exemplo, basta apontar que os EUA detêm o maior capital acionário e até a sede do BM é na capital do país. A instituição sempre explorou a sinergia entre financiamento, orientações políticas e produção de conhecimento, constituindo-se como um ator singular na geopolítica. O Banco Mundial é um aparato de guerra dos EUA, mas ao invés de usar armas de fogo, usa as armas da submissão econômica e ideológica (PEREIRA, 2009).

Consoante Pereira e Pronko (2015, p. 14),

A relação do banco com os governos de Estados nacionais e esferas subnacionais não deve ser vista como mera imposição externa unilateral. Existem formas e mecanismos de pressão e coerção de diferentes tipos (financeiros, políticos, intelectuais e simbólicos) acionados pelo banco conforme o momento, as circunstâncias e o caso, mas isso é apenas uma parte da história. Com efeito, a atuação do banco se dá em meio a uma malha larga, densa e bastante opaca de relações, que envolve agentes nacionais e internacionais públicos, privados, não governamentais, filantrópicos e empresariais que apoiam, formulam, adaptam, negociam e veiculam as ideias e prescrições de política da instituição. A efetividade das ações do banco, portanto, depende de uma série de pontos de sustentação, negociação e difusão, tanto dentro quanto fora dos espaços nacionais.

A agenda neoliberal do Banco aprofundou as desigualdades sociais condenando populações à fome e miséria, e certamente, não há nada mais violento que condenar povos a morrer de fome. O discurso de combate à pobreza é um descabimento teórico e conceitual, tendo em vista que a pobreza é inerente ao sistema político-econômico capitalista e o Banco é uma instituição que, em sua totalidade, representa os interesses da burguesia. A partir do olhar mais otimista seria possível admitir que o BM minimamente “administra a pobreza”, uma vez que, em tese, suas prescrições não provocam o empobrecimento da população, entretanto é o contrário, provocam a perda de direitos constitucionais e o aumentam a cada dia a quantidade de cidadãos em situação de vulnerabilidade social.

Através do trinômio do neoliberalismo - privatização, focalização e descentralização – os neoliberais atuam para a construção de um Estado forte para o capital, capaz de gastar dinheiro para aumento das margens de lucros privadas e para a manutenção do status quo. De acordo com os pressupostos neoliberais, as políticas sociais totalmente estatais distorcem a livre concorrência

entre indivíduos e instituições, por isso a intervenção do Estado, no campo social, deve se limitar a programas assistenciais de “auxílio à pobreza”. Em larga medida, as crises cíclicas e reprodução contínua do capital levou a sua expansão para todos os espaços da vida social, e a saúde representa um campo majoritariamente controlado pelo Estado com enorme espaço para investimentos, porque articula variados processos produtivos. E o Banco Mundial reafirmará a centralidade e a exclusividade do mercado como mecanismo organizador e gestor mais eficiente das políticas públicas de saúde.

Os países de capitalismo periférico não possuem condições de absorver todo o investimento financeiro feito pelo Banco, em especial um projeto como o REFORSUS que direciona vastos recursos para aquisição de equipamentos biomédicos, concretizando a fala de McNamara, (1974 apud RIZZOTO, 2000, p. 86) “uma parcela reduzida do empréstimo fica nos países em desenvolvimento. Quase todo ele retorna rapidamente na forma de pagamento pelas mercadorias compradas nos países mais ricos”. E, consoante Pêsoa (2006), mesmo o Banco priorizando a racionalização e a sustentabilidade dos investimentos feitos através do REFORSUS, em certa medida, contribuíram para a elevação desnecessária dos custos de operação e manutenção dos serviços de saúde beneficiados.

Os direitos constitucionais, em especial as políticas sociais, representam um obstáculo para os interesses do capital privado, além de comporem uma proposta que se situava e se situa na contramão da reforma “neoliberal”. Tendo em vista que o SUS é um experimento que, na perspectiva do Banco, está fadado ao fracasso, e o que deve servir de modelo são as coberturas universais de saúde, assim estaria a cargo do mercado a provisão e gestão dos serviços de saúde (CAMPOS; RIZZOTO, 2016).

O REFORSUS foi um empréstimo “programático” para ajuste setorial e estrutural, que financia projetos de médio prazo mediante desembolsos sucessivos, condicionados à avaliação de resultados. E ainda induziu a reorientação do gasto público nacional a partir de parâmetros e condições fornecidos pelo Banco. Ressalta-se que o Sistema Único de Saúde precisa das duas versões do REFORSUS, o projeto de reforço do Ministério da Saúde, a fim de garantir infraestrutura adequada, e uma ampla reforma setorial, mas ambas versões seriam alicerçadas nas propostas defendidas originalmente pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Precisa-se resgatar o lema “Saúde é democracia” para garantirmos nas próximas políticas de saúde um ambiente regulatório rígido e favorável ao SUS,

e com o reconhecimento de que: o orçamento do sistema não é suficiente e saúde é um direito constitucional.

Por fim, fica evidente a importância que o Banco Mundial dá ao REFORSUS: é um projeto para que o Estado brasileiro assimile as medidas conjugadas no Consenso de Washington no setor de saúde. Ao final dessa análise é possível inferir que o relatório que baseou os contratos de empréstimos - Contrato N° 4047- BR e Contrato N° 951/OC-BR -, assim como a análise epidemiológica e populacional, envernizou as escolhas político-ideológicas dos objetivos e estrutura do REFORSUS com tecnicidade. E ainda apresentou a visão do Banco para o setor de saúde brasileiro que, apesar de conter modernizações necessárias, focaliza os serviços de saúde públicos aos socioeconomicamente vulneráveis; expande a apropriação do fundo público pelo setor privado; desfigura o caráter universal do sistema; expande a mercantilização da saúde; assim como a redução do aparelho estatal.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação)**. Caderno Crh, v. 15, n. 37, 2002.

ALMEIDA, Célia. O Banco Mundial na saúde: o banco mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015. Cap. 3. p. 183-232.

BAHIA, L. **Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. **O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos**. Debate em saúde, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe3, p. 158-171, novembro de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000700158&lng=en&nrm=iso>. acesso em 30 de julho de 2020.

BERTONI, Estêvão; FALCÃO, Guilherme; LOPES, Caroline; BEVILACQUA, Ibrahim. **O passado, o presente e o futuro do SUS**. NEXO JORNAL, 2020. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/especial/2020/04/28/O-passado-o-presente-e-o-futuro-do-SUS-para-ler-guardar-e-consultar>>. Acesso em 16 de jun. de 2020.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003

BM. Banco Mundial. **World Development Report 1993: Investing in Health, Volume 1**. Washington D. C., 1993.

BM. Banco Mundial. **Brasil - Projeto de Reforma do Setor de Saúde (REFORSUS)**. Reporte N.º 15522 – BR. Washington D. C., 1996a.

BM. Banco Mundial. **Contrato de Empréstimo N° 4047-BR: Projeto de Reforma do Setor de Saúde – REFORSUS**. Brasília, set. 1996b.

BM. Banco Mundial. **Relatório de conclusão da implementação (CPL-40470) do empréstimo da quantia de \$US 300.000.000,00 a República Federativa do Brasil para o Projeto de Reforma do Setor de Saúde**. Unidade de Gestão de País do Brasil. Brasília, 2004.

BID. Banco Interamericano de Desenvolvimento. **Relatório final de Projeto – Programa de Reforma do Setor Saúde**. Empréstimo 951/OC-BR. Projeto BR-0199. Brasília, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Política de saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, v. 3, p. 1-24, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Agosto. 2007.

CALVANCANTE, Raquel Soares; Elizabete Fiuza Simões da Mota Fernandes, Ana. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social.** 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

CERQUEIRA, Ceres Aires. **Dívida externa brasileira.** Brasília: Banco Central do Brasil, 2003.

COOPER, Robert. **O novo imperialismo liberal.** *The Guardian.* Londres, abr. 2002. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2002/apr/07/1>. Acesso em: 27 jan. 2022.

COHN, Amélia. **O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde.** In: LIMA, Nísia Trindade. et al. Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 385-405, 2005.

FRENK, Julio. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Lecture for WHO Commission on Social Determinants of Health, Nairobi, 2006.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Tecnologia.** In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008a.

GADELHA, Carlos A., et al. **Brasil saúde amanhã: complexo econômico-industrial da saúde.** Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações.** São Paulo: Loyola, 2008.

KURZ, Robert. **O colapso da modernização: da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

LANDER, Edgardo. **A utopia do mercado total e o poder imperial.** Revista venezolana de economía y ciencias sociales , v. 8, n. 2, 2002.

LIMA, Júlio César França et al. **O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”.**

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio.** 1ª Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MENDES, E. V. **O SUS e a atenção primária de saúde – Entrevista.** Revista APS, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez., 2005.

OCKÉ-REIS, C. O. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?** In: Textos para discussão n. 1376, Série Seguridade Social. Rio de Janeiro: CNPq; MCT, 2009.

PAHO: **Health Conditions in the Americas**. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1994.

PESSÔA, Luisa Regina. **Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na rede SUS**. 2006. 195p. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Planejamento e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde, Rio de Janeiro, RJ.

PEREIRA, João Márcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. 2009.

PEREIRA, João Márcio Mendes. **A "autorreforma" do Banco Mundial durante a gestão Wolfensohn (1995-2005): iniciativas, direção e limites**. Tempo [online]. 2011, v. 17, n. 31 [Acessado 22 setembro 2021], pp. 177-206. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S141377042011000200008>>.

PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015. Cap. 3. p. 183-232.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 265p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313348>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **As propostas do Banco Mundial para as reformas do sistema de saúde no Brasil na década de 1990**. Saúde em Debate [online]. 2005, 29 (70), 140-147 [Consulta data 9 de setembro de 2021]. ISSN: 0103-1104. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345255004>.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. **Focalização em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008a.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. **Neoliberalismo e saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008b.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde no Brasil. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015. Cap. 3. p. 183-232.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI**. Saúde e Sociedade [online]. 2016,

v. 25, n. 2 [Acessado 9 setembro 2021], pp. 263-276. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016150960>>. ISSN 1984-0470.

SALLES, Fernanda Cimini. **O papel da ONU e do Banco Mundial na consolidação do campo internacional de desenvolvimento.** Contexto Internacional, v. 37, n. 2, p. 347-373, 2015.

SCATENA, João Henriqu Gurtier e TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde.** Saúde e Sociedade [online]. 2001, v. 10, n. 2 [Acessado 8 Dezembro 2021] , pp. 47-74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>>. Epub 05 Jun 2008. ISSN 1984-0470.

SOUSA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos.** Revista Katálysis [online]. 2014, v. 17, n. 2 [Acessado 26 agosto 2021], pp. 227-234. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008>>.

SILVA, Felipe; MENEZES FILHO, Naercio; KOMATSU, Bruno. **Evolução da produtividade no Brasil: comparações internacionais.** Policy Paper, v. 15, 2016.

SILVA, Gabriela Martins; RASERA, Emerson Fernando. **A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo.** História, Ciências, Saúde-manguinhos, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 61-76, 14 ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Andreia Oliveira Da. **Capitalismo Contemporâneo: refletindo sobre o estado penal e a criminalização da pobreza.** 2017. Artigo (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Assistência Social e Direitos Humanos. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

SILVEIRA, Mário Magalhães da; Silva, Rebeca de Souza e (org.); de Morell, Maria Graciela González (org.). **Política Nacional de Saúde Pública – A trindade desvelada: economia – saúde – população.** Rio de Janeiro: Revan, 2005. 3ª edição, maio de 2012, 1ª reimpressão, 2015. 380 p..

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. 3, pp. 911-918.

TAVARES, Maria da Conceição. **Destruição não-criadora.** Rio de Janeiro: Record, 1999

TCU. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria de Desempenho – Projeto de Reforço a Reorganização do Sistema Único de Saúde.** 4ª Secretaria de Controle Externo. Brasília, 1999.

TRAVAGIN, Leticia Bona; GAVA, Gustavo Bonin. **A agenda reformista do Banco Mundial para a saúde pública: um breve histórico e as novas propostas ao sistema único de saúde (SUS) brasileiro.** JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 11, 2019.

WACQUANT, Loic. **A penalização da miséria e o avanço do neoliberalismo.** In: Além da Fábrica: trabalhadores, sindicatos e a questão social. Marco Aurélio e José Ricardo Ramalho. Boitempo, 1ª Ed. 2003.