
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

“O SUS E OS ORGANISMOS INTERNACIONAIS: DEBATES E CRÍTICAS”

Thaís Zenero Tubero

RA 084148 – 5º ANO MÉDICO

RELATÓRIO FINAL DO PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS / UNICAMP.

CAMPINAS – SP

2011/2012

RESUMO

A partir de 1970 a saúde se configura como uma das áreas de interesse para o Banco Mundial, vinculadas a estratégia de satisfação das necessidades humanas básicas, como forma de combater o aumento da pobreza e amenizar os riscos políticos para o projeto de desenvolvimento do capitalismo em escala mundial e, atualizada na década de 1990. Essas políticas estão sendo adotadas de maneira desenfreada pelo Estado brasileiro como forma de racionalizar ainda mais o gasto com assistência à saúde e pouco se discute sobre suas determinações. A decisão de analisar os reflexos das orientações do Banco Mundial e outros organismos nas políticas de saúde brasileira, deu-se não só pela atualidade do tema, mas, sobretudo, por se perceber necessidade e certa carência de análises que buscassem interpretar e explicitar os processos que envolvem a conciliação de interesses entre os organismos internacional e os conflitos que estas propostas geraram no país, bem como a reação daqueles que outrora lutaram em defesa da saúde pública de qualidade, e que parecem ter capitulado aos encantos da retórica ou das benesses proporcionadas por estes organismos, ajoelhando-se resignados diante do que parecia. As orientações do Banco Mundial para a área da saúde, centradas na atenção primária são retomadas na década de 1990, como condição fundamental para amenizar os problemas de saúde mais evidentes das populações pobres, com o intuito de aliviar de forma preventiva as possíveis tensões sociais decorrentes da miséria. A orientação em privilegiar os serviços clínicos essenciais, é a expressão que o foco do atendimento seria os problemas de saúde básicos das populações pobres, em detrimento da universalidade, da integralidade e dos atendimentos de problemas mais complexos. Atendimentos básicos que colaboram com a manutenção e reprodução da força de trabalho com gastos reduzidos, em prol do desenvolvimento da sociedade capitalista.

PALAVRAS-CHAVES: “SISTEMAS DE SAÚDE”, “BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO”, “SUS”

IDENTIFICAÇÃO

O projeto, intitulado, “O SUS E OS ORGANISMOS INTERNACIONAIS: DEBATES E CRÍTICAS” foi desenvolvido pela estudante Thaís Zenero Tubero, RA 084148 em conjunto com as orientações do Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, do Departamento de Medicina Preventiva e Social. Desenvolvido durante o período de 01/agosto/2011 a 31/julho/2012.

INTRODUÇÃO

O estudo sobre a relação que se estabelece entre os organismos internacionais e sua relação com a elaboração de política de saúde nos diversos países foi desenvolvido nesse trabalho com intuito de entender qual o contexto socioeconômico que propicia tal relação. É importante destacar que não se trata de uma análise pontual das políticas internacionais que culminariam como desmonte do que foi consolidado pela Reforma Sanitária. É importante reforçar que a implementação e a conformação das políticas do Estado burguês brasileiro, nos anos que se seguiram a criação do Sistema Único de Saúde, possuem um caráter ainda mais de continuidade e aprofundamento do que é o sistema público de saúde, porém em um contexto histórico diferente, marcado pelo refluxo dos movimentos de massa em relação ao período do Movimento de Reforma Sanitária.

Consideramos que a Saúde Pública, como os demais serviços prestados pelo Estado brasileiro, obedece aos interesses da burguesia na medida em que, em linhas gerais, reproduz a

força de trabalho que produz mais-valia na sociedade capitalista. Isso torna mais claro para nós que os governos neoliberais que sucederam a criação do Sistema Único de Saúde se configuraram como um processo de adaptação desse sistema público às necessidades de acumulação de Capital desse momento histórico, e não um processo de ruptura e desmonte ao do modelo original do Sistema Único de Saúde.

Nos últimos anos, observamos um aumento desenfreado da iniciativa privada e da lógica privada nos setores públicos da saúde, através das novas formas de gestão como as Organizações Sociais e as Fundações. Diferentemente do que costumam afirmar alguns pesquisadores sobre a relação entre de disputa existente entre o Estatal e o Privado; podemos afirmar que os principais projetos políticos em disputa no Brasil hoje, não são antagônicos, longe disso, são modelos que disputam como gerir o Capitalismo para permitir maiores taxas de lucro aos diferentes setores da burguesia. Para harmonia e manutenção das taxas de lucro, há uma confluência de ações na medida em que o sistema público se torna cada vez mais voltada a atender somente as necessidades básicas investindo de maneira precária na atenção primária desqualifica de, sem uma infraestrutura que a permita a realização do cuidado a saúde e, ainda menos, sua articulação com setores de maior complexidade.

É importante esclarecer que não pretendemos com esse estudo fazer apologia à assistência secundária ou terciária. Não pretendemos, também, desafiar a potencial efetividade e resolutividade que a atenção primária poderia desempenhar, classificando-a, idealizadamente, como boa ou ruim. Pretendemos estudar, para além dos elementos que possibilitariam a consolidação de uma atenção primária de qualidade, os determinantes socioeconômicos que sustentam tanto essa organização primária, quanto em outros níveis de complexidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Considerando que a influência que os organismos internacionais exercem na organização dos serviços, em especial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (Banco Mundial), julgou-se importante, nesta discussão, levantar o posicionamento desta instituição, por ter sido ele o principal órgão formulador das políticas de saúde. Buscaremos elementos que permitam identificar a racionalização que tem pautado a formulação das propostas de estruturação, organização e financiamento dos serviços de saúde. Para além e complementar a investigação anterior, uma vez que o Estado brasileiro se coloca com executor na organização dos serviços de saúde, julgou-se necessário compreender qual posicionamento dessa instituição e qual o grau de efetivação de políticas internacionais em âmbito nacional.

Dessa forma, a pesquisa documental foi realizada em dois tempos. O primeiro foi a consulta aos documentos dos organismos financeiros internacionais – FMI e Banco Mundial –, que tratam dos condicionantes econômicos e políticos para o repasse de recursos, uma vez que esses documentos tem interferido nas política sociais desenvolvidas pelo Estado brasileiro. O segundo, o estudo de documentos elaborados no Brasil, voltados para área da saúde, que refletiam a incorporação das definições utilizadas por esses organismos.

Concomitantemente, realizou-se uma revisão de literatura acessando a base de dados da BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: <http://www.saudepublica.bvs.br>) a partir dos descritores e palavras-chave “Sistemas de Saúde”, “Banco Interamericano de Desenvolvimento”, buscando discussões e interpretações já realizadas pelos diferentes autores e atores sociais sobre estes organismos e sua relação com políticas sociais, em especial, a saúde.

Foram selecionados os textos completos apresentados na SciELO por ser possível ter acesso integral aos artigos e por considerá-la fonte da qual muitos pesquisadores e estudiosos fazem uso.

Além disso, utilizamos a tese de doutorado defendida por Maria Lucia Frizon Rizzotto, sob orientação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos que faz uma discussão a cerca do tema saúde e Banco Mundial de maneira detalhada do qual se pode retirar dados e discussões que contribuíram para o trabalho de iniciação em questão.

Também se realizou a leitura do livro escrito por Laura Tavares Ribeiro Soares, intitulado “Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina”, resultado de sua tese de doutorado no Instituto de Economia da UNICAMP.

Ainda, utilizou-se a principal base pública é a do DATASUS/MS. As pesquisas do IBGE (AMS; PNAD) representam a principal fonte de informação coletada diretamente. Destacamos das bases do DATASUS, as informações acerca dos serviços hospitalares disponíveis a partir de 1981 e que desde 1991 estão ordenadas como Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). A finalidade básica deste sistema é o detalhamento de quantidades e valores pagos por procedimentos relacionados à assistência à saúde.

CAPITALISMO 1980 – 2005

O período que se configura no pós-guerra apontava para o poderio inquestionável dos Estados Unidos, que saíam da guerra como a grande potência econômica, financeira, política e militar, do bloco capitalista e iniciando a Guerra Fria contra a União Soviética e o bloco socialista. A criação do BIRD (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento, o Banco Mundial), do FMI (Fundo Monetário Internacional) e do GATT (atual Organização Mundial do Comércio) cumpria o objetivo de administrar um sistema no qual o desenvolvimento econômico mundial passava a depender em larga medida da aceitação das condições impostas pelos Estados Unidos. (HOBBSAW, 1995)

A emergência do Estado de Bem-Estar Social foi consequência de uma série de fatores conjugados, para além da conjuntura de crescimento econômico após a Segunda Guerra: a conquista de direitos sociais e trabalhistas pelo movimento operário europeu, após mais de um século de embates; o receio de novas crises econômicas após a quebra da Bolsa de Nova York, em 1929; a experiência keynesiana anterior nos Estados Unidos, com o New Deal, durante o governo Roosevelt; a ascensão ao poder de partidos socialdemocratas, trabalhistas ou socialistas; o fortalecimento dos partidos comunistas após a guerra, graças à participação destacada na resistência ao Nazifascismo em seus países e ao prestígio conquistado pela União Soviética em função de sua decisiva atuação para a derrota da Alemanha nazista e para a libertação dos territórios sob domínio alemão; a pressão político-ideológica exercida pelo bloco socialista, que se apresentava como uma outra possibilidade de organização social (alternativa ao Capitalismo).

O boom econômico terminava nos anos 1970, em grande parte porque a competição entre as grandes potências capitalistas produzia uma crise de superprodução e queda da taxa de lucros. Começava um novo movimento descendente na economia capitalista globalizada e como alternativa para tentar sair da crise foi proposta uma nova política econômica, o neoliberalismo, implementado por seus representantes políticos que passaram a ascender ao poder em diversos países ocidentais (Margaret Thatcher, 1979, Inglaterra; Ronald Reagan, 1980, EUA; Helmut Kohl, 1982, Alemanha; Schluter, 1983, Dinamarca).

Dessa forma, as metas supremas dos governos neoliberais passavam a ser a estabilidade monetária. Isso significava a contenção dos gastos promovidos pelo Estado de Bem-Estar Social e a redução progressiva dos investimentos em políticas sociais. Segundo este receituário, uma nova e saudável desigualdade deveria ser estimulada para voltar a dinamizar as economias avançadas.

Dentre as principais políticas adotadas pelos governos neoliberais estavam os programas de privatizações de empresas estatais nos setores estratégicos e de serviços públicos, favorecendo o avanço dos processos de oligopolização e monopolização do capital. Nesse contexto, em que os investimentos em outras áreas da produção tornam-se menos rentáveis devido à queda tendencial da taxa de lucros, os capitalistas buscam novos setores para produção de mais-valia, antes improdutivos, como: saúde, educação, seguridade social. (ANTUNES, 2009)

Dessa maneira, o desmonte do Estado de Bem Estar se deu através do corte nos gastos sociais e da mercantilização dos direitos sociais, os quais foram massivamente convertidos em bens ou serviços adquiríveis no mercado (saúde, educação e seguridade social só estarão disponíveis àqueles que puderem pagar por isso. A ideologia dominante promove a exaltação do mercado: competir é a regra; cidadania vira sinônimo de possibilidade de acesso ao consumo dos bens no mercado. (SOARES, 1995)

Nesse contexto, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional assumem papéis políticos importantes, uma vez que ditam as diretrizes de como se deveriam se estruturar tais serviços em diversos países. Por um lado atuam como um mero agente financeiro e fiscalizador, gerenciando créditos e dívidas astronômicas; por outro, reforçam seu caráter repressivo e reprodutor, assegurando a manutenção da ordem pública e das desigualdades sociais. A institucionalidade do poder supranacional se materializa, fundamentalmente, nesses organismos, Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional - FMI. Estes Organismos, com funções distintas, mas complementares, têm procurado estender seu alcance e seu poder de influência a diversos setores e campos de atuação, assumido uma postura intervencionista e normativa e se constituindo em formulador de políticas econômicas e sociais.

Na história nacional, quando comparado com países europeus especialmente, sempre foi típico do Estado brasileiro o descaso com as políticas sociais, em face das fragilidades de organização e reivindicação da nossa classe trabalhadora e da forma de inserção dependente da nossa economia na dinâmica internacional. Essa situação se agrava frente à conjugação de crises econômica, política e social que ora vivenciamos.

Contudo, as contradições da sociedade brasileira possibilitado a emergência de tensões em vários setores sociais, exercendo pressão sobre o governo e questionando determinadas relações, através de contestações e reivindicações. O Estado capitalista, incluindo o Estado brasileiro, é capaz de se apropriar as pautas reivindicatórias dos movimentos sociais, deturpando-as. Ou seja, pautas históricas como direito universal à saúde e educação tornam-se também “bandeiras” do governo brasileiro com pacotes de programas de assistência médica mínimos para toda população com a finalidade de apaziguar possíveis movimentos contestatórios, mantendo a classe trabalhadora sob seu domínio ideológico. É o que vemos, por exemplo, na luta pela saúde. O acesso à saúde se constitui historicamente como reivindicação dos movimentos sociais, o que vemos é a implantação de um sistema único de saúde que cumpre o mínimo necessário. O governo brasileiro segue definindo suas políticas a partir de propostas e diretrizes que se vinculam aos organismos internacionais porta-vozes do grande capital internacional, particularmente as propostas do Banco Mundial e do FMI.

Especificamente em relação ao Banco Mundial, coube, no início de sua criação, voltar-se às políticas de industrialização dos países em desenvolvimento, visando sua inserção subordinada ao EUA no sistema comercial internacional. A tese central que regia essa orientação era a de que a pobreza desapareceria como consequência do crescimento econômico desses países. Desde sua criação, na Conferência de Bretton Woods, em 1944, teve por função, prestar ajuda tanto para a reconstrução física e econômica da Europa Ocidental, quanto para o desenvolvimento econômico dos países membros a imagem e semelhança dos Estados Unidos, figura central do Capitalismo.

Durante os primeiros vinte anos de atuação do Banco Mundial o conceito de desenvolvimento econômico esteve ligado à ideia de modernização, ou seja, transformação das economias tradicionais em economia industrializadas, por meio de financiamento de capital estrangeiro privado e investimento em obras de infraestrutura básica, viabilizada pelos estados nacionais com financiamento público.

Esta noção de desenvolvimento econômico foi revista pelo estudo da “Comissão de Desenvolvimento Internacional”, realizado em 1971, do qual foi publicado o então conhecido Relatório Pearson, que avaliou os vinte anos de ajuda internacional promovida pelos organismos bilaterais, apontando críticas ao padrão de desenvolvimento implementado até então.

Entretanto é importante que se entenda que o Banco Mundial ainda que seu discurso esteja atrelado a questões que se vinculam a redução da pobreza, seu interesse em projetos e investimentos focados em políticas sociais se consolida a partir de 1970, dentro do contexto do neoliberalismo, momento em que as áreas como saúde, educação e previdência passam a ser lucrativas para o capital.

O relatório ao avaliar o padrão de desenvolvimento verificou que o desenvolvimento social não correspondeu ao crescimento econômico dos países. O que já era de se esperar em uma sociedade Capitalista, onde uma vez que a apropriação de bens e serviços produzidos se dá de maneira diferenciada entre as classes sociais, burguesia e proletariado. Logo, o crescimento econômico verificado pelo aumento do PIB - Produto Interno Bruto, não refletiu sobre o desenvolvimento social dos países, ou seja, a ajuda financeira ao desenvolvimento nos vinte anos não evitou que a pobreza aumentasse em escala geométrica no mundo.

Desse modo, emerge a indicação que o desenvolvimento econômico deveria abranger aspectos sociais e políticos. A partir de então há certa intenção, dos países centrais e organismos internacionais, em patrocinar projetos de ajuda financeira internacional voltada para a satisfação das necessidades humanas básicas nas áreas sociais como educação, nutrição e saúde, indicando um outro direcionamento na noção de desenvolvimento do capitalismo, sem produzir mudanças na ordem mundial.

A partir das indicações apontadas do Relatório Pearson, o Banco Mundial na década de 1970, particularmente durante a gestão do Presidente Robert McNamara (1968-1981) incorporou a preocupação com a pobreza, avaliando assim a noção de desenvolvimento econômico no sentido de integrar elementos sociais ao crescimento econômico. É neste momento que emergiu o conceito de investimentos nas necessidades humanas básicas, com uma possibilidade de combater a pobreza absoluta.

É importante destacar que a análise feita por esse organismo internacional tange apenas as superfícies da questão de desigualdade social. É preciso considerar que esta vai além da renda de cada indivíduo, é preciso uma análise crítica da sociedade capitalista para entendermos que as desigualdades advêm das relações sociais de produção impostas pelo próprio capitalismo, onde poucos detêm a propriedade privada dos meios de produção e, através do trabalho assalariado, firmam contratos com a parcela desfavorecida, a classe trabalhadora; apropriando-se do que esta produz.

A crítica que o Banco Mundial tem realizado às desigualdades sociais e a retórica do combate à pobreza, parece que tem contribuído mesmo é para a expansão das ações desta instituição em setores sociais, com o intuito de direcionar as políticas nacionais, possibilitando a ampliação da participação do capital privado, a redução do papel do Estado e a manutenção de certa estabilidade política e social. Em 1999, a distribuição de recursos do Banco Mundial por setor para a América latina e Caribe destacando-se os seguintes setores: finanças públicas com 31%, de

proteção social com 18% e, educação com 9%. O setor de saúde juntamente com a nutrição e população dividiram 8% dos recursos.

Nesta perspectiva, a satisfação das necessidades humanas básicas pode ser considerada como uma estratégia, que desenvolveu determinadas ações planejadas para atingir um dado resultado, que em nome do combate a pobreza buscava a garantia e o equilíbrio do sistema capitalista, sem afetar as suas bases. (CONTERNO,2002) Investimentos em educação básica e atenção primária à saúde possibilitariam e garantiram aos indivíduos as condições mínimas de sobrevivência, em última instância, tornando-os aptos a se adequarem de forma civilizada e saudável ao processo em curso. Dessa forma, o Banco Mundial avalia que os acordos de empréstimos de caráter mais abrangentes trariam maior repercussão e efeitos mais amplos no redirecionamento do padrão de desenvolvimento econômico dos países prestatários. (RIZZOTTO, 2000)

A SAÚDE EM QUESTÃO: PROPOSTAS DO BANCO MUNDIAL

A importância dada ao acesso à assistência à saúde pelo Banco Mundial, que passa a incluir o setor saúde como pauta de financiamento se dá uma vez que este setor passou a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países em desenvolvimento à 12 % do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização.(BRAVO,)

No plano estrutural, os projetos de financiamento permitiriam alguma ação concreta que pretendiam realizar no sentido de contribuir a reprodução do capital; no plano superestrutural, a compreensão de que este setor poderia se constituir em elemento essencial, tanto para a difusão do discurso humanitarista como para manutenção e reprodução da ordem burguesa também favoreceu o investimento em programas como o de saúde. Logo, a intensificação da participação do Banco, tanto na quantidade e diversificação de projetos como no montante de recursos destinados ao setor de saúde, lhes daria legitimidade e poder para intervir de forma mais significativa na definição e no estabelecimento de políticas para este setor.

Além disso, é possível afirmar que o setor de saúde foi ganhando relevância no interior do Banco Mundial quando, ao contrário do que se acreditava, o incentivo ao desenvolvimento econômico dos países periféricos, subsidiado pelos países centrais e pelos Organismos Internacionais, não tinha sido suficiente para reduzir a desigualdade social no mundo, nem a diferença que separava e separa os países ricos dos países pobres. Uma vez que a distribuição da riqueza entre os seres humanos se manteve desigual, o próprio desenvolvimento econômico constituiu-se como intensificador da pobreza e no aumento desta diferença.

Diante dessa realidade, dos questionamentos quanto às razões de sua própria existência e do fracasso no combate à pobreza, o Banco Mundial, com o fim da União Soviética e da ameaça comunista, em 1989, O Banco Mundial pode admitir, sem o temor do contraponto socialista, que o capitalismo é a forma social mais avançada da humanidade e desigualdade social, ou seja, a pobreza é parte constituinte deste mundo. Assumindo esta condição como algo natural, caberia àqueles que se preocupam com a harmonia do sistema, o papel de propor políticas e estratégias que buscassem aliviar o sofrimento dos que vivem na condição de pobre ou abaixo desta condição. A saúde, então, ganha espaço nos discursos do Banco Mundial, passando a se constituir

em importante instrumento para o alívio da pobreza. Segundo esta instituição, “investimentos públicos para os pobres, na área da saúde, reduzem a pobreza ou mitigam suas consequências”.

Nos documentos redigidos pelo Banco Mundial, fica evidente que a saúde, do ponto de vista político, constitui-se em uma concessão benevolente do Estado para classe; e do ponto de vista da concepção de saúde, as teorias que lhes dão suporte são aquelas que cristalizam e hierarquizam as necessidades do homem, portanto, uma visão naturalista e a-histórica de necessidades. Nesta concepção, uma vez definida uma lista de necessidades, esta se manteria estável, partindo-se do pressuposto de que existe uma natureza humana imutável.

Se entendermos a saúde como a condição que permita o desenvolvimento máximo das potencialidades individuais, de acordo com as possibilidades sociais dadas pelo desenvolvimento dos meios de produção, as necessidades serão entendidas como um patamar universal a partir do qual cada um poderá se desenvolver. Dessa forma, na perspectiva histórica, não é possível estabelecer um sistema de necessidades concluso, uma estrutura mínima e congelada de necessidades humanas. Em primeiro lugar, o homem precisaria estar em condições de viver e de desenvolver-se socialmente, sendo que o desenvolvimento social se constitui no próprio desenvolvimento de necessidades. (ALBUQUERQUE, 2009)

Para além da existência de necessidades, é fundamental entendermos como elas são satisfeitas, o que revela o padrão de organização social existente naquela estrutura societária. Em uma sociedade marcada pelas relações de exploração, que não permite o acesso igualitário aos produtos da civilização, necessidade de saúde pode ser entendida apenas como atenção restrita a determinadas situações que impeçam a livre exploração de alguns, ou à mera satisfação da sensação de abandono.

“a constituição de necessidades sociais ocorre segundo processos dialéticos, em que sujeitos produzem necessidades a partir de seus desejos e interesses, ainda que sempre constringidos por valores e limitações dominantes em cada período e espaço social”. (CAMPOS, 2000)

As propostas e estratégias do Banco Mundial para a “satisfação das necessidades básicas”, colocam estas num sistema fechado, desconsiderando, no caso da saúde, tanto a complexidade do processo saúde-doença como os avanços científicos e tecnológicos conseguidos neste campo. A noção do que é “essencial” e de “necessidades básicas”, que acompanham as orientações do Banco, limita-se ao que é orgânico e a mera reprodução biológica. Para dar conta deste conceito de necessidades, bastariam, conforme propõe o Banco, “pacotes de serviços clínicos essenciais” e “serviços de saúde pública”, que fizessem uso de baixa tecnologia e de procedimentos simplificados e limitados.

As diretrizes e orientações políticas que o Banco Mundial propõe se baseia em um modelo de assistência com características específicas destinado aos mais pobres. Isso pressupõe a necessidade de outro modelo para os não pobres, ou seja, um fornecido pelo Estado para quem não tem condições de pagar, e outro, para o restante da população que de alguma forma poderia arcar com os custos de sua saúde, este por certo ficaria a cargo da iniciativa privada. A política de dar aos pobres o mínimo indispensável para a sua sobrevivência, por meio de programas nas áreas sociais, parece revelar uma preocupação com a possibilidade de que extremos de miserabilidade podem transformar-se em reais ameaças à estabilidade política, necessária ao avanço da modernidade, a acumulação e a expansão econômica, regidas pelas leis do mercado.

Também tem como objetivo facilitar o ingresso da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que contribui para a redefinição do papel do estado, já que as propostas do Banco Mundial para a ação estatal se limitam a programas destinados às populações

mais pobres, centrados em ações de promoção e prevenção da saúde, que tenham custos reduzidos e efeitos impactantes.

- Reflexos nos Serviços de Saúde

No primeiro documento produzido pela instituição, o Banco Mundial esboçou, as diretrizes para uma reforma a ser implementada nos países periféricos. Sendo a principal característica a mudança do sistema público, que deveria abandonar a assistência individual de alto custo, realizada em âmbito hospitalar, e concentrar suas ações em uma assistência coletiva, simplificada e descentralizada para o nível comunitário:

El principio básico de la reforma de los sistemas de salud es la necesidad de cambiar una orientación hacia el tratamiento individual costoso de las enfermedades con criterio únicamente curativo por otra de promoción de la salud sobre una base continua al nivel de la comunidad. (...) El servicio de salud reformado brindará cuidados curativos limitados basados en medicamentos estándar y procedimientos sencillos que puedan ser administrados sobre el terreno por trabajadores de salud que hayan tenido un adiestramiento breve¹

O sistema público de saúde que o Banco Mundial idealizou para os países “em desenvolvimento”, prega o abandono do tratamento clínico, dos avanços científicos e tecnológicos alcançados na área médica, hospitalar e farmacológica, ao mesmo tempo em que propõe a criação de serviços de saúde pública que se limitam a assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, realizados por profissionais pouco qualificados, que segundo o Banco, dariam conta de resolver os “problemas de saúde mais gerais, de caráter familiar e comunitário”.

Para aumentar la eficacia de los recursos y asegurar un acceso más equitativo a los cuidados de salud es necesario que los gobiernos reduzcan sus gastos em hospitales y personal altamente calificado y dediquen más recursos a dotar de personal los servicios de salud de menor nivel en zonas que disponen de pocas instalaciones de este tipo o de ninguna. Estos servicios deberán dedicarse sobre todo a mejorar la salud ambiental y pública, las prácticas de salud personal y la nutrición. También se puede lograr un mayor ahorro analizando la relación costoeficacia de las actividades en materia de salud y mediante una mejor administración y unas políticas de fijación de precios más racionales²⁰ (Banco Mundial, 1975, p.4).²

Afirma que os governos deveriam propiciar diversificação e concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde. Dessa maneira, ter-se-iam melhores resultados na área da saúde, maior contenção de custos e usuários mais satisfeitos (Banco Mundial, 1993). Junto com esta alternativa, propõe também um sistema de serviços privados, destinado ao restante da

¹ O princípio básico da reforma dos sistemas de saúde vai desde a necessidade de mudar a orientação quanto ao tratamento individual de alto custo das enfermidades com critério unicamente curativo por outra de promoção da saúde sobre uma base contínua em nível da comunidade (...). O serviço de saúde reformado oferecerá cuidados curativos limitados com base em medicamento padrão e procedimentos simples que podem ser administrados sobre a área por trabalhadores de saúde que tenham recebido um treinamento breve

² Para aumentar a eficácia dos recursos e assegurar um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde é necessário que os governos reduzam seus gastos em hospitais e pessoal altamente qualificado e dediquem mais recursos a dotar de pessoal os serviços de saúde de menor nível em regiões que disponham de poucas ou nenhuma instalação deste tipo. Estes serviços deverão dedicar-se sobretudo em melhorar a saúde ambiental e pública, as práticas de saúde individual e a nutrição. Também se pode conseguir uma maior economia analisando a relação custo-benefício das atividades em matéria de saúde e mediante uma melhor administração e políticas de fixação de preços mais racionais.

população. Segundo o Banco Mundial, nos países em desenvolvimento, os grupos mais prósperos da população têm capacidade econômica para obter a preços de mercado a maioria dos serviços de saúde que necessitam, por isso não se justificam facilmente as subvenções públicas a tais grupos, qualquer que seja o critério que se invoque. Cabe ressaltar a visão compensatória que acompanha as propostas do Banco Mundial para a área da saúde, afirmando que o grande desafio dos governos seria concentrar recursos na compensação das deficiências do mercado. (1993)

Afirma também que se gasta muito em médicos e hospitais nas zonas urbanas e propõe que a política de saúde deveria corrigir esta tendência: (1) ampliando a cobertura do sistema de atenção primária em saúde; (2) fazendo com que os postos de saúde e os hospitais de distrito existentes respondam melhor às necessidades do trabalhador de atenção primária em saúde, e (3) planejando o modo de distribuição de cuidados primários com o objetivo de complementar a função desempenhada pelos curandeiros tradicionais nas sociedades rurais.

O ponto (3), é expressão do quanto não prioriza o uso de tecnologia na prática dos serviços de saúde, resultando em uma medicina medíocre sem condições de diagnóstico logo não há necessidade de hospitais. Sugere que para funcionar economicamente, o sistema necessita procedimentos e práticas médicas que sejam simples e baratos em sua maioria, sendo descartadas as complicadas investigações com fins de diagnóstico da medicina ocidental avançada. (Banco Mundial, 1975, p.54)

Na formação social capitalista, a organização da assistência à saúde cumpre papel importante na reprodução do sistema capitalista, assumindo demandas infraestruturais e supra-estruturais. Dentre as demandas infra-estruturais, podemos caracterizar a reprodução da força de trabalho coletiva, ao restaurar a aptidão dos trabalhadores ao processo produtivo (DONANGELO, 1976). Neste sentido, a assistência à saúde contribui para o aumento da mais-valia relativa, ao proporcionar que melhores condições de saúde possibilitem melhor produtividade. Afirma que o papel dos governos neste setor pode ser ilustrado fazendo-se referência a uma situação bem definidas que coloca como prioridade central a prestação de serviços de saúde a um grupo especial de trabalhadores ou a uma pequena região de importância econômica vital.

El ausentismo interrumpe por lo general el proceso de producción e, incluso em condiciones de desempleo elevado, la sustitución temporal de los trabajadores ausentes es probable que resulte en pérdidas de producción¹⁵ (Banco Mundial, 1975, p.30/31).³

Dentre as demandas supraestruturais da assistência à saúde, podemos caracterizar a reprodução das relações de produção, ao transmitir uma série de valores que mascaram as relações de exploração de uma sociedade de classes, além de mascarar os impactos desta organização do trabalho sobre a saúde e doença dos trabalhadores, ao individualizar a responsabilidade sobre o processo saúde-doença. (DONNAGELO, 1976)

Outra recomendação que merece destaque no quadro de propostas, refere-se aos investimentos em pesquisas científicas no campo da saúde. Segundo o Banco Mundial, não seria necessário, nem recomendado aos países periféricos investirem no desenvolvimento de pesquisas nesta área, uma vez que os benefícios do conhecimento produzido e aplicado seria universal, portanto, deveria ser deixado aos países ricos gastarem com isso, pois posteriormente, por meio de “colaboração internacional” todos seriam beneficiados. Esta sugestão desconsidera que, historicamente, o domínio da ciência e da tecnologia tem se constituído no grande divisor de águas entre os países ricos e os países pobres. Desconsidera também, que a prática da

³ A morbidade da força de trabalho que causa absenteísmo ao trabalho pode ter um maior impacto econômico. O absenteísmo interrompe em geral o processo de produção e, em condições de desemprego elevado, a substituição temporária dos trabalhadores ausentes é provável que resulte em perda de produção.

“colaboração internacional”, não tem se dado com este entendimento e com esta perspectiva de solidariedade.

- Brasil

A partir do que foi colocado acima, pretende-se estudar os apontamentos do Banco Mundial especificamente para o caso do Brasil. Não notamos alterações significativas nas propostas destinadas à organização dos serviços de saúde brasileiro. Segundo o documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, a partir da análise de que no Brasil se presta demasiados serviços de base hospitalar, há uma especialização exagerada no atendimento ambulatorial, cresce rapidamente o uso de procedimentos de alta tecnologia e, gasta-se muito pouco em promoção e prevenção, as grandes diretrizes para as reformas do sistema de saúde brasileiro se configuram em um conjunto de propostas que podem ser sintetizados em seis pontos: (1) redução dos investimentos públicos no campo da assistência médica; (2) focalização dos serviços públicos às populações pobres; (3) ênfase nas ações preventivas, especialmente a redução dos fatores de risco; (4) utilização dos recursos públicos em programas que representem, basicamente, bens públicos; (5) estabelecimento de prioridades a partir de uma análise da relação custo/benefício; (6) introdução de reformas institucionais e no sistema de financiamento do setor de saúde, que incluiria a descentralização, com dotação de recursos, prioritariamente para os pobres, mobilização de recursos privados, racionamento da atenção médica e o uso de incentivos e técnicas de gestão modernas.

- Iniciativa Privada e Saúde Suplementar

Pensando na limitação da atuação do setor público e na ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde brasileiro, o Banco Mundial propõe uma distinção inicial sobre as tarefas do setor público e do setor privado, caracterizando os espaços de cada um da seguinte forma:

“O setor público é o responsável quase exclusivo pelas tarefas essenciais de regulamentação, promoção e educação, e tem importante papel a cumprir em matéria de financiamento. A prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de prestá-los mais eficientemente dentro da política geral estabelecida pelo setor público” (Banco Mundial, 1991, p. 117).

As razões explicitadas para a defesa da participação da rede privada estaria na sua maior criatividade, maior eficiência e melhor qualidade dos serviços prestados. Quanto às críticas aos limites de cobertura dos planos e seguros de saúde, e ao freqüente reencaminhamento de pacientes que exigem tratamento caro e de longa duração ao sistema público, fato comum na realidade brasileira, o Banco Mundial justifica esta prática dizendo que, o sistema público arca com proporção relativamente pequena do custo total dos serviços de saúde prestados pelo setor privado. De uma perspectiva, trata-se de uma situação ideal. Dado que o setor público funciona como segurador das catástrofes médicas dos trabalhadores do setor moderno e da classe média, tais grupos obtêm certos benefícios do sistema financiado com recursos públicos. Com isso, as pressões no sentido de reduzir as alocações de fundos públicos ao setor da saúde pública são atenuadas (BANCO MUNDIAL, 1991, p.120).

A configuração atual do sistema de saúde no Brasil pode ser observada por comparação a diferentes países desenvolvidos e emergentes. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³ para o ano de 2005, o Brasil possui um gasto total em saúde equivalente 7,9% do PIB, dos quais os gastos governamentais consolidados para as três esferas de governo equivalem a 44,1% e os gastos privados a 55,9%. Isto é bastante próximo da distribuição observada para os

Estados Unidos da América. No entanto, quando se observa para a composição do gasto privado, no Brasil os seguros privados de saúde equivalem a apenas 30,2% deste total, enquanto para os Estados Unidos estes respondem por 66,3% dos gastos privados. Esta diferença decorre da elevada participação dos gastos por desembolso direto (54,6%) no Brasil quando comparado aos Estados Unidos (23,9%). Isto sugere uma baixa proteção de famílias brasileiras aos riscos financeiros.

Importantes mudanças vêm ocorrendo também no setor de seguros privados. O Brasil tem mais de 1.000 seguradores nessa área e de 2000 a 2008, o número de brasileiros com seguros privados aumentou em mais de seis milhões, embora a proporção da população coberta por planos de saúde privados permaneça entre 20-25%. De qualquer forma, a Pesquisa de Orçamento Familiar, do IBGE, aponta que, entre 1987 e 1996, o brasileiro viu crescer seus gastos com planos de saúde (que aumentaram seu peso em 201,59%, passando de 0,63% para 1,90%), sendo que a porcentagem do gasto com a assistência à saúde (em geral) no orçamento da família passou de 5,31% para 6,53% no mesmo período, um aumento da ordem de 23% (O Globo, 4 de dezembro de 1997, p. 40). Os planos de saúde consolidam um sistema de saúde desigual para os diferentes segmentos da sociedade. Além disso, os planos de saúde representam um importante segmento capaz de extrair mais-valia e gerar lucro, que é sua prioridade para sobreviver na concorrência entre as grandes empresas de saúde.

O setor de assistência médica suplementar movimentou cerca de US\$ 14,8 bilhões por ano, isto é, cerca de 2,6% do produto interno bruto (PIB), e cobre cerca de 26,8 % da população brasileira (cerca de 42 milhões), segundo dados da ABRAMGE estimados para 1996. Nas estatísticas das próprias empresas, o contingente de adesão individual totaliza 20% do total de beneficiários dos planos de saúde, cerca de 8 milhões de pessoas (5% da população); portanto, os segurados vinculados ao empregador estariam em torno de 34 milhões (cerca de 22% da população). Isso significa que 73% da população (mais de 115 milhões de pessoas) depende do atendimento público provido pelo SUS. Contudo, é importante frisar que a segmentação da clientela que esses números evidenciam não é absoluta. Como se pode deduzir a partir das características restritivas dos planos de saúde, a maior parte dos seus filiados, em algum momento, recorre ao SUS, pelo menos nos casos de procedimentos de alto custo não cobertos pelos contratos ou que são acessíveis por canais privilegiados, ficando aos serviços privados apenas a parcela da assistência mais lucrativa. Neste processo, aqueles que acessam os serviços de saúde junto ao mercado também têm sua assistência à saúde prejudicada pelas necessidades de ampliação e reprodução do capital. Em contrapartida, pode-se afirmar que parcela importante dos 115 milhões de pessoas SUS dependentes compõe sua cesta de consumo de serviços médicos de acordo com a respectiva vontade e capacidade de pagar, utilizando, em determinadas circunstâncias, serviços privados pagos out of pocket, como, por exemplo, tratamento odontológico, pagamento de anestesistas e/ou hotelaria diferenciada e outros serviços de consumo eventual em que seja grande a fila de espera, como é o caso da consulta oftalmológica, da ultrassonografia em caso de gravidez, etc. (ALMEIDA, 1999)

Nos anos de 2002 e 2003, os gastos que as famílias brasileiras tiveram com saúde, incluindo o pagamento de planos e a contribuição para os seguros de saúde, atingiram 6,16% de tudo que se gastou com saúde no país. Os gastos públicos, que incluem todo atendimento realizado pelo SUS, que deveria ser universal, não ultrapassam os gastos como setor privado, representando apenas 43,85% dos gastos totais com a saúde. Uma análise mais minuciosa nos mostra que todos pagam para que alguns possam consumir. Segundo dados do Ministério do Planejamento (2006), no ano de 2005, o Estado deixou de arrecadar através de deduções e renúncia fiscal o equivalente a quase 3 bilhões de reais, o que representa quase 7% do montante movimentado pelos planos de saúde. Além disso, o Estado deixou de arrecadar dos,

eufemisticamente chamados, hospitais filantrópicos (como as Santas Casas de Misericórdia) mais 1 bilhão de reais em 2005.

Aponta-se como tendência o desenvolvimento de grandes redes integradas de prestação de assistência médica de propriedade das companhias seguradoras. Isso pode significar a consolidação de potentes grupos (poucos) de compradores de serviços nessa área com poder para impor contenção de custos, uma vez que a relação segurador/prestador muda consideravelmente e, em muitos casos, a mesma organização combina as duas funções. Ao invés de um pacto prestador-segurador, dominado pelos prestadores, a indústria da assistência. Embora não tenhamos dados comprobatórios, existem referências à mesma tendência de expansão internacional do capital financeiro das ISAPRES chilenas para outros países latino-americanos. O problema é que não há garantia, nesse processo, nem evidências empíricas, de melhor qualidade na atenção prestada sob essa modalidade.

É um alerta que deve ser acompanhado com atenção, principalmente porque a exportação do modelo para os países da periferia tem sido enfaticamente defendida pelo Banco Mundial, com a justificativa de que aumentar a oferta privada de seguro-saúde para os grupos sociais de renda média e alta permitiria que os recursos públicos fossem deixados para o atendimento das populações mais pobres, aumentando a eficiência e a qualidade dos serviços. Como afirmou Armeane Choksi, do Banco Mundial [Bodenheimer e Grumbach (op. cit.)]: “Managed care holds the biggest hope for developing health services in the developing world” [Smith (1996, p. 313)]. (ALMEIDA,)

- Atenção Primária

Fazendo a crítica ao modelo médico hospitalocêntrico e defendendo a necessidade de inversão do modelo, o Ministério da Saúde tem assumido como política estratégica para a mudança do padrão assistencial, a implantação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que dariam centralidade à atenção básica em saúde. Há semelhanças entre o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e a proposta do “trabalhador comunitário de saúde” do Banco Mundial. Dados do Ministério da Saúde (2000), mostram que o PACS, conta com 114.793 ACS - Agentes Comunitários de Saúde, um número nada desprezível de trabalhadores de saúde sem qualificação, que dão uma cobertura para cerca de 50% da população.

Com a aplicação do Projeto de Expansão de Saúde da Família (PROESF), implantado em sua primeira fase de 2003 a 2007 e sua segunda fase de 2007 a 2011, em acordo financeiro com o Banco Mundial, o Ministério da Saúde, em seu portal eletrônico da Saúde da Família (<http://dab.saude.gov.br/index.php>), afirma que o programa parte de 54,9 milhões de pessoas cobertas pelo atendimento de equipes Saúde da Família, em 2002 para 81,8 milhões em abril de 2006. Entretanto não se verifica o aumento do financiamento em saúde que garantiria qualidade aos serviços em expansão. Com R\$ 5,47 bilhões a menos do que o valor aprovado pelo Congresso Nacional para este ano, a saúde foi a área mais afetada pelo corte no Orçamento Geral da União anunciado no dia 15 de fevereiro pelo Ministério do Planejamento. Os recursos da área passaram de R\$ 77,58 bilhões para R\$ 72,11 bilhões.

Com relação ao PSF, além dos limites que o mesmo comporta na atual organização dos serviços de saúde na grande maioria dos municípios, em face da inexistência de uma hierarquização dos níveis de assistência, a sua cobertura está aquém daquela oferecida pelo PACS. Atualmente, o percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família é de 48,9%, contando com 28.865 equipes Saúde da Família, distribuídas em 5218 municípios, de acordo com os dados do

Sistema de Informação da Atenção Básica de agosto de 2008. O número de Agentes Comunitários de Saúde é chega a 59,6%.

A centralidade da atenção primária em saúde, tem ganhado relevância nas políticas do atual governo, podendo ser comprovado em diversas situações como por exemplo, em 1997, quando o governo definiu este ano como sendo “o ano da saúde no Brasil”. Nesta oportunidade, o Ministério da Saúde afirmou a lógica seletiva e focalizadora da atenção primária, articulada com o envolvimento da comunidade. (CONTERNO, 2002)

Segundo o documento da Presidência da República, as metas e ações centrais do “ano da saúde” estariam concentradas em três grandes frentes: (1) Prevenção, cujas ações seriam desenvolvidas através do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF –Programa Saúde da Família; Gestão do atendimento Básico; Farmácias Básicas (40 medicamentos essenciais para os 1000 municípios mais carentes); Combate às endemias; Saúde da mulher; Saúde da criança e DST/AIDS. (2) Melhoria da qualidade dos serviços, que se daria pela Gestão Plena do Sistema Municipal; regulamentação dos planos de saúde; montagem de equipes para resgate e primeiros socorros; alternativas às internações hospitalares; readequação da rede através do REFORSUS e Revisão da tabela do SUS. (3) Mobilização, estimulando a participação nos Conselhos de Saúde; transparência nas contas do governo e disque-saúde (Presidência, 1997, p.3/4).

Os sucessivos governos têm se esforçado em legitimar as considerações sobre Atenção Primária dos organismos supranacionais, constituindo-se claramente como uma política de Estado, com evidente dicotomia entre o discurso e a realidade desigual. Em janeiro de 2002, é lançado pelo Banco Mundial o Programa de Expansão da Saúde da Família, que prevê a expansão da atenção básica através das equipes de saúde da família. A primeira e segunda fases já foram concluídas. A terceira fase “será de responsabilidade do Ministério da Saúde e incluirá atividades e ações relacionadas com os processos de Educação e de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica/Saúde da Família. A partir de um Plano de Aquisições pré-estabelecido e negociado com o BIRD, a execução desse Componente ancorar-se-á nas regras emanadas pela Coordenação Geral de Recursos Logísticos (CGRL), do Ministério da Saúde, e nas emanadas pelo Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD)”.

No plano discursivo temos a focalidade da Atenção Primária, como uma política resolutiva colocada como capaz de resolver 80% dos problemas mais comuns da população com pouca densidade tecnológica e porta de entrada dos serviços de saúde de mais alta complexidade como os Hospitais, através da regulação do acesso. Seria capaz, ainda, de racionalizar os gastos, possibilitando melhor aproveitamento dos recursos e melhor atendimento. Todavia, a realidade nos mostra um panorama diferente, já que as Unidades Básicas são insuficientes perto do crescimento urbanopopulacional, juntamente com o qual crescem rápida e assustadoramente as más condições de vida. Onde poderia haver um trabalho integrado dos profissionais da saúde com a comunidade, através de visitas domiciliares, controles de epidemias, acompanhamento efetivo de pacientes com doenças crônicas, prevenção de doenças da infância, incentivo ao aleitamento materno, hoje encontra-se um serviço pouco estruturado ou a ausência dele: foram fechados, ou tornaram-se pronto-atendimento (como as UPAs - Unidade de Pronto Atendimento – em alguns Estados e as AMAs – Assistência Médica Ambulatorial – em São Paulo), ou faltam profissionais.

- Atenções Secundária e Terciárias

Em contrapartida, a prestação de serviços especializados (secundários e terciários) no Sistema único de Saúde é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado

muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, já que apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é regionalmente desigual, locados especialmente em serviços hospitalares universitários, onde também se desenvolve atividades de pesquisa. Na sua grande maioria, as unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados. Em 2010, apenas 6,4% dos SADT eram públicos (PAIM et al., 2011, p. 24).

Além disso, segundo dados do IBGE (1999), houve uma redução de leitos para internações no Brasil, entre 1992-1999, de 27%: de 544.357 reduziu-se para 484.945. Segundo a recomendação da OMS, deve haver 4 leitos /1000 habitantes. Portanto, um déficit de mais de 100 mil leitos no Brasil. Dados mais recentes, também coletados pelo IBGE em Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, revelam que a tendência se intensifica, pois em 1990, foram registrados 0,87 leitos públicos para cada 100 mil habitantes e, em 2009, houve uma queda para 0,80/100 mil hab. (PAIM et al., 2011, p. 26; IBGE)

Ademais, dos Hospitais que restam, o acesso por parte daqueles que dependem dos serviços estatais se restringe ainda mais. Em 1981, o sistema de previdência social pagou 75% das internações hospitalares, enquanto em 2008 o SUS pagou apenas 67% das internações. Em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu para 20% em 2008 (PAIM et al., 2011, p. 21).

Os governos neoliberais procuram desempenhar seu papel “mínimo” e ideológico, em particular na área da saúde que é o setor que nos interessa, fazendo “desmanchar-se” a estrutura hospitalar construída ao longo do século XX, dividindo-a e/ou entregando-a à iniciativa privada, seguindo o modelo preconizado, defendido e implantado desde a década de 80. A rede hospitalar privada no Brasil, desde 1945, sempre foi superior à rede estatal; naquele ano, a porcentagem de leitos privados representava 55% dos leitos totais, enquanto em 1975, os leitos privados passam a representar quase 68% do total. Atualmente, o setor privado ocupa quase 71% dos leitos totais. Sendo importante ressaltar que apesar de possuir apenas 29% dos leitos hospitalares, o SUS financiou em 2007 mais de 73% das internações no país.

- Gestão e Descentralização

Chama também a atenção, na leitura dos documentos, o ponto de vista do Banco sobre a administração pública no Brasil. Para esta instituição, parece existir uma incapacidade nacional de formular políticas sociais adequadas e de alocar eficientemente os recursos públicos.

O problema principal do setor saúde no Brasil não é, porém, a falta de dinheiro, e sim a aplicação inócua, ineficiente e ineficaz dos adequados recursos disponíveis. É iníqua, porque a proporção dos recursos públicos destinados aos abastados é demasiada. É ineficiente, por se gastar demais em “bens privados” (...) e por não se gastar o suficiente com os “bens públicos” (...) é ineficaz no sentido de que, virtualmente em todos os níveis, os sistemas de administração e recursos humanos são antiquados e improdutivos (Banco Mundial, 1991, p. 8/9).

É sob essa justificativa que o Banco Mundial sugere a inserção da lógica privada, através de Fundações de Direito Privado e Organizações Sociais, para gestão dos serviços públicos. Ainda que não seja novidade para a maioria dos brasileiros, os problemas políticos e administrativos que subsistem nas nossas instituições públicas, generalizar a situação e reduzir a problemática do setor

de saúde às questões assinaladas pelo Banco, é no mínimo fingir desconhecimento dos determinantes da realidade brasileira.

Como as políticas de ajuste do Banco Mundial e do FMI, às quais o Brasil está submetido, não admitem aumentar os gastos públicos, a questão central parece ser o controle dos custos. Para o Banco Mundial, “o conceito de controle de custos deve ser entendido como um conjunto de atividades destinadas a: (i) monitorar os custos incorridos; (ii) obter o maior volume de produção possível para um dado volume de recursos; (iii) eliminar desperdícios. Contenção de custos, por sua vez, enfatiza a eliminação dos desperdícios e a limitação no aumento dos custos” (Banco Mundial, 1995, p. viii).

Para resolver o problema da demanda por serviços hospitalares, os dois documentos recomendam a prática de consórcios intermunicipais e interestaduais, que já estariam sendo adotados pelo Ministério da Saúde, se constituindo em uma “resposta adequada ao problema”. Recomendava-se ainda que “os hospitais estatais deveriam, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento”.

Uma tendência atual dos hospitais públicos, em face da falta de recursos financeiros, parece ser, senão a transformação em “organizações sociais”, a transformação em fundações públicas de direito privado, que segundo os defensores desta forma de privatização, possibilitaria autonomia administrativa e financeira para melhor gerir estas instituições num contexto de competição. Esses dados ajudam a desvelar o processo de reforma e redefinição do papel do Estado no campo da saúde, em que o setor público ficaria com a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção primária à saúde e, a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem fins lucrativos e hospitais públicos, transformados em organizações sociais ou em algo semelhante, disputariam a prestação de serviços de atenção terciária, que em parte e por algum tempo continuariam sendo compradas pelo Estado, mas que aos poucos, a atuação deste tenderia a ficar restrita a formulação de políticas, a regulamentação e a avaliação dos sistemas, contribuindo com a oferta dos serviços que não são do interesse do mercado, ou que se constituem em “bens públicos” ou contêm “grandes externalidades”, para usar as palavras do Banco Mundial.

A reforma do sistema hospitalar e a estruturação de um Sistema focalizado têm seu ápice nas mudanças propostas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE - 1995), seguindo as cartilhas impostas pelos organismos como o Banco Mundial. Desde então, para resolver o problema da procura por serviços hospitalares, o Ministério da saúde recomendava a prática de consórcios intermunicipais e interestaduais e a transformação de hospitais estatais em organizações sociais, isto é, entidades públicas não estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento.

Algumas conseqüências deste instrumento refere-se à precarização e flexibilização das relações de trabalho, abrindo novos campos para extração de mais-valia. Objetivamente, os dados da realidade nos mostram que serviços de saúde geridos pelas Organizações Sociais, via contrato de metas com o governo a que estão relacionadas, aumentam sua produtividade em serviços prestados. Todavia, uma maior produtividade pode se expressar, por exemplo, numa maior rotatividade nos leitos de internação hospitalares (altas hospitalares mais rápidas). Portanto, esta maior produtividade não expressa maior qualidade dos serviços prestados, podendo resultar em assistência precária. (CORREIA)

As Fundações Estatais de Direito Privado corroboram com a mesma lógica, diferindo das OSs apenas em alguns elementos jurídicos. A tendência atual para os hospitais públicos é a flexibilização da gestão, através de sua transformação em fundações estatais de direito privado. Uma privatização fruto das necessidades de abrir novos espaços para atuação do capital, diante da crise do sistema capitalista, e que o Banco Mundial soube avaliar claramente, ainda que seu discurso vise reduzir as desigualdades sociais.

O projeto de nova forma de gestão avança na precarização das relações de trabalho, já que o vínculo da CLT dá margem para a inserção da lógica privada no serviço público, que deixa de ser estatal: precarizam-se as condições de contratação, demissão, e aposentadoria e assume a lógica produtivista no serviço. Abandona-se o conceito da seguridade social solidária e os trabalhadores são vistos apenas como recursos humanos, a exemplo do que acontece nas empresas privadas, nas quais todos os recursos, inclusive os trabalhadores, são mercadorias para a produção de mercadorias.

Há, portanto, transferência de capital público para pessoa jurídica de direito privado. Ocorre ainda, transferência de recursos públicos por meio de Contrato de Gestão, sendo que a fundação poderá obter recursos a partir da prestação de serviços remunerados em sua área de atuação. Como a FEDP não compõem o Orçamento Geral da União, não obedece à Lei de Execução Orçamentária. Ou seja, a receita pública que recebe pode ser utilizada da maneira que bem entender sua administração, não havendo destinação definida. Além disso, as Fundações Estatais não obedecem à Lei de Licitações, havendo regimento próprio para o processo de compra dentro de cada entidade.

CONCLUSÃO

Na atual conjuntura nacional, para se efetivar um Sistema de Saúde diferentemente do que se tem hoje com SUS, faz-se necessário romper com a lógica que submete as questões sociais à dinâmica das relações econômicas de exploração. A conquista de um Sistema da Saúde 100% público, estatal e de qualidade só é possível na medida em que as relações sociais de produção rompem a lógica da propriedade privada dos meios de produção e do trabalho assalariado, ou seja, quando se supera a tarefa inadiável, para quem deseja fundar uma nova sociedade.

Com o argumento da necessidade de equilibrar as contas públicas, o atual governo tem sistematicamente adotado medidas no sentido de reduzir as despesas da máquina administrativa do Estado, levando a um sucateamento e amputação inseqüente de serviços e organizações públicas, ao mesmo tempo em que aumenta o volume de recursos destinados ao pagamento de juros, de encargos e do principal da dívida externa e interna. No campo da saúde, parece que se quer reabilitar, para os pobres, um modelo de atenção à saúde centrado na atenção primária em saúde, com o argumento de que o modelo médico hegemônico, centrado em serviços médico-hospitalares, estaria favorecendo as classes média e alta, enquanto a população pobre estaria sem atendimento em suas “necessidades básicas” de saúde. Propõe-se, então, “inverter o modelo”, utilizando como estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade. Parece que para alguns, é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e, para os outros, os mais privilegiados, os que tem acesso à riqueza material e podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno.

Como levantando ao início do texto, é importante reforçar a ideia de que pretendemos com esse texto fazer apologia à assistência terciária. O trabalho pretende analisar criticamente como se dá a conformação dos serviços de saúde no Brasil seja na esfera do setor primário, secundário ou terciário. Defendemos uma assistência à saúde integral e universal, que deve se

expressar como acesso pleno aos diferentes níveis de assistência à saúde, sempre que necessários. A defesa de um Sistema Público, Integral, Universal e Gratuito de saúde deve superar a defesa do SUS, característico dos projetos reformistas e pequeno-burgueses. O SUS reflete a realidade desigual e funcionalista da atenção à saúde em nossa sociedade, contribuindo de maneira expressiva para a reprodução e acumulação do capital, ao abrir novos espaços para extração de mais-valia, tendo o Estado como franco financiador das indústrias farmacêuticas e médico-hospitalares. A superação deste impasse na organização da assistência à saúde universal passa necessariamente pela superação de uma sociedade caracterizada pela produção coletiva e a apropriação privada dos produtos do trabalho.

Para Albuquerque (2009, p. 64),

Se entendermos a saúde como a condição que permita o desenvolvimento máximo das potencialidades individuais, de acordo com as possibilidades sociais dadas pelo desenvolvimento dos meios de produção, as necessidades serão entendidas como um patamar universal a partir do qual cada um poderá se desenvolver. Por outro lado, numa sociedade marcada pelas relações de exploração, que não permite o acesso igualitário aos produtos da civilização, necessidade de saúde pode ser entendida apenas como atenção restrita a determinadas situações que impeçam a livre exploração de alguns, ou à mera satisfação da sensação de abandono.

O fato é que nos dias de hoje existem condições objetivas, dadas pelo desenvolvimento dos meios de produção, para o desenvolvimento máximo do potencial de cada um, mas esta possibilidade é limitada pelas necessidades das classes dominantes. Hoje temos máquinas capazes de perfurar rochas e que não exponham os trabalhadores de forma intensa à inalação da poeira de sílica. Mas, por uma questão econômica, na abertura de túneis, estradas e mineração, persistem os processos primitivos, expondo os trabalhadores à lesões irreversíveis nos pulmões (ALBUQUERQUE, 2009).

As críticas não são estéreis, ou desatreladas a prática transformadora, ainda que comumente sejam assim rotuladas quando não são capazes de responder de prontidão aos anseios por mudança. Mais se assemelham a denúncias contundentes e manifestações de indignação. A crítica a que nos referimos, pode contribuir para despertar a consciência sobre a impossibilidade de humanizar o capitalismo, e sobre a necessidade de resistir às diferentes formas de retrocessos políticos e sociais que nos querem impingir.

Sabemos, porém, que a realização de projetos de superação nem sempre estão vislumbrados a curto ou médio prazo. Entretanto, a longo prazo, não se pode perder de vista o desafio de se construir uma ordem social em que os seres humanos possam se desenvolver plenamente e na qual o acúmulo de riqueza, não seja o determinante do comportamento socioeconômico. A análise crítica tem a como objetivo construir uma consciência coletiva sobre a necessidade da transformação futura, pois é no campo ideológico, que os homens e as mulheres tomam consciência dos conflitos e da realidade do seu mundo material. No entanto, a luta política não pode vir deslocada da perspectiva de mudança das bases materiais, caso contrário, perde-se na crença da autonomia do político em face do econômico.

Nosso horizonte deve se pautar na superação da sociedade de classes. Nossa luta tática deve se pautar na universalização daquilo que a humanidade produziu historicamente. No campo da Saúde, esta luta deve se materializar na organização de um sistema que possibilite o acesso por parte dos indivíduos aos conhecimentos e avanços tecnológicos, que permitam a realização plena de suas potencialidades.

Pretendemos para o próximo ano continuar o estudo a sobre a saúde no Brasil. Em um primeiro momento (2010/2011) pudemos estudar o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde e as lutas que o envolveram. No período seguinte, estudamos as relações desse sistema de saúde com a política internacional, cujo resultado se encontra no presente trabalho. A princípio, esse estudo seria voltado em especial para o reflexo na atenção primária, porém entendendo a amplitude do tema e sua repercussão nos diversos níveis de complexidade da organização dos serviços de saúde, optamos por estendê-la. Para o próximo período, buscaremos maiores elementos para o estudo das políticas destinadas à atenção primária e seus documentos em específico, a partir de projeto financiado pelo PIBIC.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Gastão, em especial, pela liberdade de criação.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, G. S. C. de. As Determinações Do Capital Sobre A Formação Do Trabalhador Na Saúde: Um Estudo Sobre Reformulações Curriculares Em Dois Cursos De Medicina Do Paraná. 2009. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Paraná.

ALMEIDA, C. O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar, 1999.

ANDERSON, P. O Balanço Do Neoliberalismo. In: GENTILI, P.; SADER, E. (org.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. Petrópolis. Vozes, 1999.

ANTUNES, R. Produção Liofilizada e a Precarização Estrutural do Trabalho. In: LOURENÇO, E. et al. (orgs.). O Avesso do Trabalho II Trabalho, Precarização e Saúde do Trabalhador. São Paulo. Expressão Popular, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil. Brasília, 1995

BANCO MUNDIAL. Salud. Documento De Política Sectorial. Washington, D.C., 1975.

BANCO MUNDIAL. Financiando Os Serviços De Saúde Nos Países Em Desenvolvimento: Uma Agenda Para A Reforma. Washington D.C., 1987.

_____ Brasil: novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C., 1991

_____ Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

_____ A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., 1995 (Relatório nº 12655 – BR).

_____ Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos. Brasil, 15 de fevereiro de 2007 (Relatório nº 36601 – BR).

_____ BRAVO. Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil, In Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 Disponível em: www.fnepas.org.br/servico_social_saude/texto1-5, acessado em 01 setembro de 2007

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. Série Saúde em Debate n.º 131

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde: In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) Saúde e Democracia: história e democracia do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. Revisão Técnica de Amélia Cohn; tradução de Rodrigo León Contrera. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CORREIA, M. V. A Influência do Banco Mundial na Orientação da Política.

CORREIA, M. V., OLIVEIRA, E.F., RIBEIRO R.M., ALBUQUERQUE, I. M., As Determinações da Política de Saúde Brasileira Contemporânea.

CORREIA, M. V. Orientações Do Banco Mundial À Política De Saúde Brasileira: Flexibilização Da Gestão E As Fundações Estatais.

CONTERNO, Solange de Fátima Reis. O Banco Mundial e a Atualização da Retórica da Satisfação das Necessidades Humanas Básicas expressa nas Áreas de Educação e Saúde nos anos 90. Orientadora: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães. 2002

DONNANGELO MC, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

FIGUEIREDO, Desenvolvimento, globalização e políticas sociais : um exame das determinações contextuais dos projetos de reforma da educação e da saúde brasileiras da última década

FONSECA, Marília. O Banco Mundial como referência para a justiça social no terceiro mundo: evidências do caso brasileiro. Rev. Fac. Educ., São Paulo, v. 24, n. 1, Jan. 1998. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25551998000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Feb. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551998000100004>.

HOBBSAWM, E. "Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991". Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde. Brasília, 2001

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, Brasília. Volume 377, Maio de 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.

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

SOARES, L.T.R. Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina. Campinas, 1995. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia da UNICAMP.