


## 30 ANOS DO SUS E OS IMPACTOS DAS DIRETRIZES DO BANCO MUNDIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

### 30 YEARS OF SUS AND THE IMPACTS OF WORLD BANK GUIDELINES ON BRAZILIAN HEALTH POLICY

Eduardo Lazarino de CASTRO\* 

---

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo analisar os impactos das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde brasileira destacando o protagonismo dessa instituição na orientação das políticas de saúde nos países dependentes, gerando no Brasil contradições entre os avanços da Reforma Sanitária no campo legal e os retrocessos de uma agenda de reformas regressivas do ponto de vista da classe trabalhadora. Para o desenvolvimento deste estudo, utilizou-se como recurso metodológico, a pesquisa documental e bibliográfica e como referencial teórico a perspectiva história e o método do Marxismo. Espera-se com o presente trabalho contribuir com a produção do conhecimento em saúde e como resultado a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde (SUS) como idealizado pela Reforma Sanitária.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Banco Mundial. Políticas de Recuperação de Custo.

---

**Abstract:** This article aims to analyze the impacts of the World Bank guidelines on Brazilian health policy, highlighting the role of this institution in guiding health policies in dependent countries, generating contradictions in Brazil between the advances of the Sanitary Reform in the legal field and the setbacks of an agenda of regressive reforms from the point of view of the working class. For the development of this essay, documental and bibliographical research was used as a methodological resource and the historical perspective and the method of Marxism were used as a theoretical reference. The present work is expected to contribute to the production of knowledge in health and, as a result, the uncompromising defense of the Unified Health System (SUS) as envisioned by the Sanitary Reform.

**Keywords:** Health Unic System. World Bank. Cost Recovery Policies.

---

Submetido em 04/04/2023. Aceito em 20/07/2023.

---

\* Assistente Social formado pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG/Carangola). Mestre Em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutorando Em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). E-mail: [eduardolazarinodecastro@gmail.com](mailto:eduardolazarinodecastro@gmail.com)



## Introdução

Notadamente a partir da década de 1970, grande parte dos países da Europa ocidental passou a adotar políticas para conter o crescimento dos gastos com seus sistemas de saúde. Um dos fatores determinantes dessas políticas foi o comprometimento de parcelas crescentes do produto nacional para atender à tendência de elevação dos custos da assistência médica, isso porque o Estado havia assumido a partir dos anos de 1945 novas funções, devido à constituição do *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). A partir de 1970, com a crise do capital, o Estado não consegue mais assumir estas despesas e vai cortar os benefícios.

Esse processo denominado de “*Reestruturação Produtiva*” trouxe profundas transformações para o mundo do trabalho com graves impactos na saúde do trabalhador, sendo orientado por três frentes, a saber: ofensiva ao trabalho, contrarreforma do Estado e neoliberalismo.

Na demanda, o copagamento foi uma das medidas de ajuste adotadas em diversos países, tanto na Europa, como, posteriormente, na década de 1980, na América Latina. Não é incomum em contextos de crises, que uma das primeiras saídas cogitadas pelo Estado seja compartilhar a conta dos serviços de saúde com os usuários (MOTA, 1995).

Na segunda metade da década de 1980, verifica-se um grande movimento internacional em prol da denominada Política de Recuperação de Custos, dentro do setor público de saúde, embora esta prática já ocorresse nos países industrializados e em desenvolvimento, o marco dessa proposta foi o documento elaborado pelo Banco Mundial (BM) em 1987, *Financiando os Serviços De Saúde nos Países em Desenvolvimento: uma agenda para reforma*<sup>1</sup>. Esse documento foi precursor do relatório sobre desenvolvimento mundial de 1993 e incluía quatro elementos fundamentais:

- Cobrança do usuário (copagamento);
- Incentivo ao desenvolvimento dos seguros privados de saúde;
- Emprego eficiente dos recursos governamentais; e
- Descentralização (ANDREAZZI, 1997).

No Brasil, embora exista um sistema de saúde público e universal, isto é, o Sistema Único de Saúde (SUS), é possível observar a existência de propostas indiretas de copagamento através dos processos de privatização da saúde dentre os quais podemos destacar: contratos de serviços da rede privada, ou com a entrega direta dos serviços para serem administrados por entidades como Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais ou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Configurando-se como uma modalidade de desvio do Fundo Público

---

<sup>1</sup> Este documento é um estudo da política do Banco Mundial elaborado por três técnicos: John Akin, Nancy Birdsall, e David de Ferranti (cf. MATTOS, 2000, p. 225).

da saúde para o setor privado, bem como fazem parte do processo de contrarreforma do Estado (SANTOS, 2013, p.8).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a influência das diretrizes do Banco Mundial na política de saúde brasileira, demonstrando que tais diretrizes impactam diretamente na organização do cuidado, pois questionam diversos princípios instituídos pelo SUS com, por exemplo, a universalidade, ao estabelecer um pacote limitado de serviços a ser ofertado.

## **1. A relação entre as políticas definidas pelos organismos financeiros internacionais e as políticas estatais brasileiras**

Ao longo dos 78 anos de existência do Banco Mundial, as áreas e as políticas estatais a ele ligadas, tiveram importância diferenciada, que dependeu do momento histórico e do grau de influência que os diferentes setores desempenhavam ou poderiam desempenhar no processo de expansão e acumulação capitalista. Nesse sentido, o setor de saúde só começa a aparecer como uma área de interesse para o Banco Mundial, no final dos anos de 1960, no entanto, é somente a partir de 1975 que o Banco Mundial publica o primeiro documento relacionado à saúde; *“Salud: documento de uma política sectorial”* (BANCO MUNDIAL, 1975).

Este documento já apresentava as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde aos países dependentes e que serão reafirmadas nos documentos futuros. Dentre essas diretrizes podemos destacar: a queda da universalidade do atendimento a saúde; preferência pela atenção básica; a utilização de mão de obra desqualificada para procedimentos de atenção a saúde e simplificação dos mesmos e a focalização e seletividade da atenção aos mais pobres (CORREIA, 2007).

A partir de meados dos anos 80 o Banco Mundial assumiu a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, apoiando projetos que pudessem servir aos seus interesses instrumentais na missão de ajuste estrutural, apelando para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde (ibidem). A nova pauta para as políticas públicas em saúde vai implicar em um conjunto de escolhas dentro da lógica de custo-efetividade, na perspectiva da racionalização da oferta (COSTA, 1998, p.129 apud CORREIA, 2007, p. 1).

O documento elaborado pelo Banco Mundial em 1987, intitulado: *Financiando os Serviços de Saúde nos Países em Desenvolvimento: uma agenda para reforma*, congrega um conjunto de reformas propostas pelo Banco Mundial em consonância com a política neoliberal assumida pelas instituições financeiras nos anos 80. Os argumentos deste documento questionam o papel do Estado na operacionalização dos serviços de saúde (CORREIA, 2007). Porém:

A consolidação do Banco Mundial na orientação das Políticas de Saúde em nível internacional aconteceu com a publicação do Relatório Sobre o Desenvolvimento

Mundial de 1993: investindo em saúde<sup>2</sup> cujo eixo das propostas está fundamentado na política liberal em consonância com o recomendado pelo Consenso de Washington. O documento defende que as intervenções de saúde que não contemplem custo/efetividade deveriam ser financiadas pela iniciativa privada ou por outra forma de seguro social (CORREIA, 2007, p. 2).

Segundo Rizzotto (2000, p. 119-120), alguns motivos levaram o Banco Mundial a intervir na área da saúde, dentre os quais podemos destacar: o revigoramento do liberalismo, pois ao fazer a crítica contundente ao papel do Estado na intervenção nas políticas públicas, inclusive na saúde, poderia contribuir para seu avanço, a necessidade do Banco Mundial difundir uma face humanitarista diante do agravamento das expressões da questão social como resultado da implantação do ajuste estrutural nos países periféricos por ele condicionados. Mas o grande interesse do Banco Mundial na área da saúde está relacionado ao fato desta área ter passado 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” 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. 119-120 apud CORREIA, 2007, p. 2)<sup>3</sup>

É importante ressaltar que as primeiras ações do Banco Mundial estavam vinculadas a questão de combate à pobreza e a satisfação de necessidades humanas básicas, mas restritas aos aspectos de controle demográfico, tendo em vista que o controle do nascimento de pobres apresentava-se ao Banco Mundial como uma estratégia para a promoção do crescimento econômico dos países “em desenvolvimento” uma vez que esse processo teria como consequência a diminuição da necessidade de investimentos em áreas sociais e resultaria no aumento de recursos disponíveis para as áreas produtivas (RIZZOTTO, 2000). Essa lógica desconsidera a tendência geral do sistema capitalista que é progressivamente produzir mais pobres.

De acordo com Matos (2000, p. 11), a preeminência do Banco Mundial na área da saúde está relacionada à sua capacidade de articular a oferta de ideias acerca das melhores políticas a serem instituídas e recursos financeiros para a realização de projetos e programas. Esta preeminência no cenário internacional foi simultânea ao investimento realizado pelo Banco Mundial em financiamentos de projetos nesta área. O primeiro empréstimo realizado pelo Banco Mundial relacionado especificamente a saúde ocorreu em 1981 e, no final da década, já era um dos maiores provedores de recursos externos para esta área.

---

<sup>2</sup> Este Relatório apresenta um diagnóstico geral sobre a saúde em nível mundial, destacando a realidade dos países “em desenvolvimento”, e propõe um projeto detalhado para a reforma dos sistemas de saúde destes países, sinalizando o interesse em financiar projetos específicos, especialmente aqueles destinados às reformas das políticas deste setor (RIZZOTTO, 2000, p. 119).

<sup>3</sup> No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Suplemento Saúde (PNAD/98) DO IBGE revelam que os gastos com saúde chegaram a R\$ 37,8 bilhões. As maiores participações correspondem a Medicamentos (37,24%), Planos de Saúde (33,11%) e Gastos com tratamentos dentários e prótese (11,84%).

## **2. Os documentos publicados pelo Banco Mundial que orientaram e orientam a política de saúde brasileira**

Para compreender o papel e a atuação do Banco Mundial dentro das relações capitalistas, torna-se necessário uma análise da conjuntura na qual ele está inserido. Nos anos de 1970, o capitalismo monopolista emerge numa grande crise, resultante da tendência à queda das taxas de lucros, devido à capacidade de acumulação estar fortemente diminuída. Na tentativa de superar essa situação, o capital passa a buscar o enfrentamento da crise através da elaboração de um novo padrão de acumulação,

Favorecido pela revolução tecnológica e centrada na externalização da produção via subcontratação e terceirização e com um modo de regulação correspondente, baseado na desregulação estatal via privatizações, redução de direitos sociais e trabalhistas, corte nas políticas de proteção social e eliminação de parte dos controles do Estado sobre as condições de uso da força de trabalho (CORREIA, 2005, p.76 apud ALVES; OLIVEIRA, 2016, p.3).

Esse processo de reestruturação capitalista surge como saída da crise existente e é marcado pela ampliação da liberdade de mercado e pela limitação do Estado intervencionista bem como pelo fim do pacto social-democrata e dos direitos por ele assegurados. “o objetivo é o desvencilhamento de qualquer amarra que impeça a recuperação da margem de lucro no processo de acumulação do capital” (CORREIA, 2005, p. 77).

De acordo com Correia (2005), o que ocorre é a existência de um Estado “máximo para o capital”, caracterizado pela liberalização de crédito, perdão de dívidas, subsídios, etc. Mas, “mínimo para o trabalhado”, com corte de gastos sociais, precarização das políticas públicas, do congelamento de salários entre outros.

A ação que o Banco Mundial passa a realizar diante da nova conjuntura é a de intervenções em parceria com o Fundo Monetário Internacional (FMI) impondo políticas de ajuste que visam o equilíbrio da balança comercial e de pagamentos dos países endividados, ou seja, para que um país consiga obter um empréstimo junto ao Banco Mundial, ele passa a aceitar algumas orientações advindas do mesmo como garantia de pagamento.

No Brasil, o protagonismo do Banco Mundial (BM) nas orientações da política de saúde se manifesta através dos documentos publicados especialmente para orientar a reforma no setor de saúde brasileiro; da absorção dessas orientações pelos documentos produzidos no Ministério da Saúde; e do financiamento pelo Banco Mundial de alguns projetos nessa área, conforme já sinalizado anteriormente.

Esses documentos sintetizam um conjunto de propostas para a área da saúde no Brasil. O primeiro documento publicado em 1991 é denominado, “*Brasil: novo desafio à saúde do adulto*” (BANCO MUNDIAL, 1991), e o segundo de 1995 que como o título revela, define a agenda da saúde para os anos 90, “*A*

*Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90<sup>4</sup>*” (BANCO MUNDIAL, 1995).

O primeiro, produzido após a Constituição Federal de 1988 e aprovação da Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) e da Lei de Participação Social no SUS Lei nº 8.142 ambas de 1990 (BRASIL1990), rebate frontalmente os avanços formais da Reforma Sanitária contemplados nesta legislação. Segundo o Banco Mundial, “as realidades fiscais colidem com os sonhos de despesas alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 1/20). O documento também revela a opinião do Banco Mundial com relação ao acesso universal presente na Constituição Federal:

O prognóstico para o sistema de saúde no Brasil não é bom [...] A Constituição de 1988 estabelece como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde. A implementação deste direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo de serviços médicos públicos (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 5/82).

Fundamentado no eixo do custo/efetividade que está presente na maioria de suas propostas, o Banco Mundial sugere a seletividade do acesso como alternativa à quebra da universalidade: “os programas devem focalizar especialmente nos mais pobres e considerar explicitamente sua situação” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 7). O Banco Mundial também se posiciona contrário ao princípio da gratuidade ao propor “a cobrança aos usuários, tanto direta como através de impostos locais” enquanto “elemento essencial para fixação de prioridades” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 122).

O segundo documento também questiona os avanços constitucionais de 1988 ao referir-se que, na Constituição, “a firme tendência para universalização da cobertura [...] por si só trará um aumento significativo nas despesas se as promessas públicas forem mantidas” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 10-11).

Segundo Rizzotto (2000, p. 153), o núcleo temático dos dois documentos citados “constitui-se em uma avaliação genérica do Sistema Único de Saúde (SUS) com destaque na relação custo-benefício dos serviços e, na defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais ligadas a esse setor”. Os representantes do Banco Mundial defendem a ampliação do setor privado na prestação dos serviços de saúde, ao enfatizar o papel regulador e financiador do Estado, estimulando-o a transferir recursos para “qualquer entidade” prestar os serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 117).

Esses documentos defendem cortes de recursos destinados à saúde, em coerência com as políticas de ajuste definidas pelos organismos financeiros internacionais. Para o Banco “o Brasil já parece gastar, tanto nos serviços públicos de saúde como no total, proporção do PIB algo maior do que se deveria esperar de um país com o seu nível de renda per capita” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 101). Todavia, o Brasil

---

<sup>4</sup> Rizzotto (2000, p. 153-164 apud CORREIA, 2005, p.120) analisam estes documentos em suas teses de doutorado.

gasta apenas cerca de 3,30 % do PIB com saúde, muito pouco se comparado com os países desenvolvidos aonde esse valor chega a 12% (CORREIA, 2005, p. 121).

No documento de 1995, a agenda de reformas para a área da saúde é definida com maior clareza através de recomendações e estratégias de curto e médio prazo (CORREIA, 2005). Esta agenda de reformas se confronta com as proposições definidas pelo Movimento de Reforma Sanitária e regulamentadas pelo SUS. Rizzotto (2000) sintetiza um conjunto de propostas do Banco Mundial para a política de saúde brasileira que se constitui em uma agenda de reformas para os anos 90, especialmente para a segunda metade da referida década:

Flexibilização do SUS; redefinição do papel dos estados federados na gestão do sistema de saúde; estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; limitação do acesso à serviços de atenção terciária; controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção de formas de co-gamentos; ênfase no controle de resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo a concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores público e privado e; do papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, com o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades de saúde e, a fiscalização e o controle médico-sanitário (RIZZOTTO, 2000, p. 163 apud CORREIA, 2005, p. 121).

Outro documento elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) que expõe diretrizes para a política de saúde em consonância com as recomendações do Banco Mundial é o *“Informe sobre a Reforma do setor de Saúde no Brasil”* (BRASIL, 1995) apresentado na reunião especial sobre Reforma Sectorial em Salud, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial, em setembro de 1995<sup>5</sup>. O Ministério da Saúde (MS) neste documento se compromete a modificar as bases organizacionais do sistema nacional de saúde com:

(1) A instalação de um processo permanente de mudança cultural, em que o cidadão será cada vez menos um paciente e cada vez mais um cliente e agente participante do setor de saúde em várias instâncias e oportunidades; (2) a consolidação de um sistema público nacional, com capacidade técnico-operacional e administrativa renovada e reconhecida e com tele-informatização abrangente oportuna à conscientização social e aos centros decisórios gestores; (3) organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado; (4) o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com redução dos gastos; (5) a adoção de modelos técnico-operacionais inovados e inovadores; (6) o estabelecimento de um sólido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação e; (7) uma prática gestora permanentemente descentralizadora e desconcentradora (BRASIL, 1995a p. 16).

Essas propostas estão em conformidade com as orientações do Banco Mundial para as políticas econômicas e sociais dos países periféricos, cujo eixo está centrado na lógica do mercado e custo/benefício, ampliação do setor privado, a descentralização da operacionalização dos serviços para a sociedade com o

---

<sup>5</sup> Rizzotto (2000, p. 200 apud CORREIA, 2005, p. 124) adverte que este *“Informe sobre a Reforma do Setor de Saúde no Brasil”* foi elaborado e apresentado no momento em que o Brasil negociava com o BID e o BIRD os empréstimos destinados ao Projeto REFORSUS.

objetivo de desresponsabilizar o Estado. A agenda do Banco Mundial para o Brasil é absorvida nos documentos elaborados para orientar a reforma do Estado implementado pós-95, durante o governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso.

No ano de 2000 o Banco Mundial publicou um novo documento intitulado: *“Do Confronto a Colaboração – Relações entre a Sociedade Civil, O Governo e o Banco Mundial no Brasil”* (BANCO MUNDIAL, 2000). Nesse documento, observa-se uma metamorfose na relação com a sociedade civil. Na introdução, Gobind Nankani, diretor do Banco Mundial naquele momento, explicita sua visão da sociedade civil brasileira.

Este estudo retrata vivamente o que o Banco Mundial vem percebendo já há alguns anos: que o Brasil tem uma sociedade civil vibrante e cada vez mais influente. Trata-se de uma sociedade civil multi-facetária, capaz e, de modo geral, bem sucedida na organização e promoção do desenvolvimento em nível local [...] o governo e a sociedade civil, que são os principais interlocutores, estão aprendendo a colaborar de forma construtiva (BANCO MUNDIAL, 2000, p. 5 apud CORREIA, 2005, p. 128).

O eixo desta metamorfose está centrado na passivização de alguns setores da sociedade civil que de uma relação de confronto com o Banco Mundial, pelo que ele representa em nível mundial, como motor de expansão capitalista passa a ser colaboradores de seus projetos em troca de financiamentos, inserindo-se dessa forma, como argamassa da sociedade capitalista e não mais daqueles que vivem do trabalho.

Nesse caso, o protagonismo desses setores, em vez de ser no sentido de transformação social visando à superação das desigualdades sociais, passa a ser de colaboração com uma instituição que defende diretamente os interesses do grande capital internacional e atua de forma fragmentada nos focos de extrema pobreza, por constituírem uma ameaça à manutenção do capital (CORREIA, 2005).

A ênfase do banco é na redefinição do papel e do poder do nível estadual. Para o Banco Mundial “experiências com políticas de recuperação de custo como co-pagamentos, contenção de custos, políticas de racionamento, negociações entre prestadores de serviços, relação custo/benefício poderiam ser realizadas com mais facilidade e com menor resistência” (RIZZOTTO, 2000, p. 164). Verifica-se que a NOAS/2001 retorna o poder dos Estados no processo de gestão do SUS que passam a cumprir papel central na organização da descentralização através da coordenação da elaboração do Plano Diretor de regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em consonância com o Plano Estadual de Saúde (CORREIA, 2005).

Em 2007, durante o segundo mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Banco Mundial publicou o documento: *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil- Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos”* (BANCO MUNDIAL, 2007). Esse documento revela que os principais problemas inerentes ao SUS está relacionado às suas causas estruturais e falhas de governança, e identifica suas principais consequências em nível do gerenciamento e prestação dos serviços de saúde. Seis questões apontadas como mais importantes: 1) a fragmentação do processo de planejamento e orçamentação, 2) a rigidez e complexidade na execução do orçamento, 3) a ausência de autonomia gerencial ao nível local, 4)



informação inadequada para gestão, 5) baixa capacidade gerencial ao nível local, e 6) estrutura de incentivos inadequada<sup>16</sup>. E elabora recomendação para cada questão indicada.

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

A efetividade do SUS em fornecer atenção de alta qualidade depende do desempenho em nível das unidades de saúde. Uma orientação baseada no desempenho pode ser promovida com a concessão de maior autonomia e responsabilidade. O sistema poderia ser baseado em dois princípios orientadores: (i) gestão autônoma nas unidades maiores, principalmente os grandes hospitais de referência; e (ii) gestão descentralizada nas unidades menores (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 74 apud GARCIA, 2018, p. 65).

No momento em que foi lançado o referido documento, em 2007, o Banco Mundial já sinalizava o lançamento de outro documento denominado, *Em Busca da Excelência: fortalecendo o desempenho de hospitais no Brasil*. Esse documento demonstra uma clara tentativa do Banco Mundial de incidir sobre a forma de gestão dos Hospitais Universitários e Federais que são fundamentais para o avanço da pesquisa e atendimento as demandas da população por saúde. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que será aprovada durante o governo Dilma está diretamente ligada à segunda recomendação do documento:

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

A peça chave para o sucesso da gestão autônoma ou descentralizada é um contrato de gestão que define claramente responsabilidades e autoridades da unidade, os objetivos e metas a serem alcançados e as atividades a serem desenvolvidas, a necessidade de recursos, critérios claros de avaliação do desempenho da unidade, e penalidades para o não cumprimento dos objetivos. O contrato de gestão tem sido reservado a modelos de gestão autônoma ou privatizada. Entretanto, poderia ser utilizado também em modelos de gestão descentralizada no âmbito da administração direta, desde que as unidades tenham grau suficiente de autonomia gerencial e financeira para serem responsáveis pelo seu próprio desempenho (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 75 apud GARCIA, 2018, p. 66).

Os compromissos de gestão constituem um instrumento primordial no planejamento em saúde, entretanto, a forma como o mesmo é abordado desconsiderando a necessidade de ampliação de investimento públicos na política de saúde e sem considerar as condições de trabalho na qual os trabalhadores estão inseridos, nos parece muito mais uma forma de responsabilizar apenas as equipes e gestores pelas problemáticas que perpassam os serviços. Cabe aqui também relacionarmos essa recomendação com uma proposta implementada posteriormente, o Programa de Melhoria da Atenção e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (GARCIA, 2018).

O PMAQ foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 e tem como objetivo incentivar os gestores a melhorarem a qualidade dos serviços prestados a população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) através das equipes de Atenção Básica à Saúde. Segundo o site do Ministério da Saúde, as equipes que cumprirem

as metas estabelecidas poderão receber um montante de até R\$ 11 mil a mais por mês. A contemplação com recursos para essas equipes está baseada na avaliação do trabalho que as mesmas desenvolvem através de instrumentos que consideram:

O trabalho que desenvolvem – corresponde a 10% da nota da avaliação; desempenho em resultado em 24 indicadores de saúde firmados no momento que a equipe entrou no Programa – responsável por 20% da nota de avaliação e desempenho nos padrões de qualidade verificados por avaliadores externos que visitam profissionais de saúde/equipe – corresponde a 70% da nota de avaliação (GARCIA, 2018, p. 67).

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

As recomendações 3 e 5 afirmam o seguinte:

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

Para que a concessão de maior autonomia às unidades de saúde possa proporcionar os resultados esperados, e os diretores/gerentes de unidade possam efetivamente gerenciar, é indispensável que eles tenham condições técnicas de fazer uso dessa autonomia e gerenciar os recursos à sua disposição de maneira mais eficiente, responsabilizando-se pelos resultados obtidos. Para tanto, é necessário (i) que o sistema de planejamento e orçamento seja realmente descentralizado, utilizado ao nível local e orientado para os resultados; (ii) que os sistemas de informação forneçam principalmente informação voltada para a gestão e tomada de decisões, (iii) que um sistema padronizado seja estabelecido para apurar custos nas unidades públicas do SUS (BANCO MUNDIAL, 2007, p 78 apud GARCIA, 2018, p. 67-68).

**Recomendação 5: Estabelecer sistemas robustos de monitoramento e avaliação.**

O sucesso de qualquer abordagem baseada em resultados depende do monitoramento contínuo, da avaliação de impacto sistemática e do feedback dado aos gestores com relação ao desempenho. Monitoramento e avaliação baseados em resultados buscam acompanhar o progresso e medir o impacto dos projetos, programas ou políticas. Tradicionalmente, o monitoramento e a avaliação têm sido os pontos fracos do SUS. O foco tem sido geralmente no registro de insumos e gastos. O monitoramento e avaliação poderiam incluir os seguintes itens: coleta de dados de parâmetros, definição dos indicadores de desempenho, coleta sistemática de dados de resultados e impactos, e disseminação sistemática de informações qualitativas e quantitativas para gerentes e tomadores de decisões (BANCO MUNDIAL, 2007, p 78 apud GARCIA, 2018, p. 67-68).

As duas recomendações citadas acima se referem à informatização do SUS e a implementação de sistemas de monitoramento, mas chama atenção para o fato de que em nenhum momento o documento indica que tais estratégias exigem o aumento de investimentos no sistema público de saúde e também não debate a incidência do pagamento de encargos da dívida no desfinanciamento da política de saúde. De acordo com a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal no Brasil (ANFIP) entre os

anos de 2005 a 2008 a DRU já havia retirado aproximadamente cerca de R\$ 145 bilhões da política de seguridade social (BANCO MUNDIAL, 2007, p 78 apud GARCIA, 2018, p. 67-68).

Por fim a recomendação 6 indica:

**Recomendação 6: Fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial.**

As estratégias e ferramentas mencionadas acima em conjunto vão permitir que cada diretor/gerente de uma unidade de saúde gerencie efetivamente os recursos disponíveis e seja responsabilizado pelos resultados obtidos. Para que isso aconteça, o seguinte será necessário: (i) o nível local e as unidades de saúde devem aplicar sistemas e técnicas modernas de gestão; e (ii) os diretores e gerentes devem ser treinados para assumir essas responsabilidades mais amplas fazendo bom uso de sua maior autonomia (BANCO MUNDIAL, 2007, p 78 apud GARCIA, 2018, p. 67-68).

Durante o governo Dilma Rousseff, o Banco Mundial publicou dois documentos específicos para a área da saúde brasileira, o primeiro publicado em 2011, intitulado “*Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários*”. Um grandioso e bem elaborado projeto, que tem como objetivo a modernização dos Hospitais Universitários (HU), através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). “O Banco Mundial pretende com essas orientações, a inovação tecnológica dentro da gestão, através de pesquisas educacionais de prestação de contas e no gerenciamento desses hospitais”.

O Segundo documento, tem como título: “*20 Anos de Construção do Sistema de Saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde*” (BANCO MUNDIAL, 2013), cuja autoria refere-se respectivamente a Michele Gragnolati, Magnus Lindelow e Bernard Couttolenc.

Esse documento foi publicado em meados de 2013 e busca responder a algumas questões centrais tais como: o contexto em que se deu a construção do SUS, se o mesmo transformou o sistema brasileiro de saúde, se esta construção tem produzido resultados melhores (segundo os critérios do Banco Mundial), uma síntese dos 20 anos de implementação do SUS, analisa a avaliação de seu desempenho, a expansão e reorganização da provisão de serviços, a equidade no que diz respeito ao financiamento da saúde, bem como melhoria da governança do sistema de saúde (também segundo os critérios do Banco Mundial) (GARCIA, 2018).

Por fim, em 2017, durante o governo Temer foi publicado pelo Banco Mundial um documento sob o título de: “*Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*” (BANCO MUNDIAL, 2017). Esse documento tem em sua essência um cerne meramente político, que veio compactuar com os desmontes acarretados nas políticas públicas no Brasil, após o golpe de 2016, entre eles a Emenda Constitucional – EC 95, Reforma da Previdência, Reforma Trabalhista, Política de Atenção Básica de 2017, e durante o governo Bolsonaro a Política Nacional de Atenção Básica de 2019 e o Previner Brasil.

O Banco Mundial tem como objetivo, nesse relatório defender um Estado mínimo no campo social, no que se refere ao capítulo da saúde atribuiu explicitamente ao SUS ineficiências inerentes aos gastos públicos que gasta mais do que pode e, além disso, gasta mal.

Dessa forma, as recomendações do Banco Mundial presentes nesse relatório visam sobre a necessidade de orientar cortes de gastos públicos e em especial nas políticas sociais. Entretanto, fundamentados na teoria social crítica de Marx torna-se necessário questionar a realidade: será que o governo brasileiro realmente gasta muito com saúde? A resposta é; claro que não. Ao comparar os gastos em saúde nacional com outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) observamos que os gastos públicos com saúde no Brasil correspondem a menos de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), e em países da OCDE em média, o gasto com saúde é de cerca de 7% do PIB.

O Banco Mundial também propõe a partir desse relatório, um corte de 23% no nível da atenção básica o que representaria uma economia de R\$ 9,3 bilhões, e 34 % nos serviços hospitalares, o que traria uma economia de R\$ 12,7 bilhões. O relatório ainda conclui que se poderia “cortar R\$ 22 bilhões, ou seja, 0,3 do PIB, no SUS sem nenhum prejuízo aos resultados nos atendimentos da saúde” (BANCO MUNDIAL, 2017, p.112). A eficiência nessas direções está associada ao porte, tamanho do município, o número de leitos e o tamanho dos hospitais.

É importante ressaltar que, atualmente muitos hospitais de pequeno porte não se encontram cadastrados como hospital, bem como, os municípios pequenos não estão recebendo o repasse de média complexidade correspondente aos atendimentos realizados. Não obstante, é perceptível que o tema de regionalização e a relevância do nível estadual nesse processo, não aparecem no relatório. Suas diretrizes apenas reconhece a necessidade de uma maior integração do sistema e a coordenação entre os níveis primário, secundário e terciário, ou seja, atenção básica, média complexidade e alta complexidade, recomendando a ampliação da atenção primária forte para alcançar a eficiência.

Além dessas bárbaras orientações, o Banco Mundial ao desconhecer a realidade brasileira na atenção primária propõe a substituição dos médicos por enfermeiros nesse setor no que diz respeito à realização de determinados procedimentos.

Se o número de consultas e internações aumentasse, e os procedimentos mais rotineiros fossem realizados por profissionais de saúde de nível mais baixo (por exemplo, enfermeiros), seria possível melhorar significativamente a eficiência e a qualidade dos atendimentos. As normas poderiam ser ajustadas para permitir que os profissionais de enfermagem realizassem consultas e prescrevessem certos medicamentos e exames em unidades de atendimento primário (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 117).

Essa é uma realidade existente na Estratégia Saúde da Família em muitos municípios brasileiros diante da ausência ou intermitência do médico em longos períodos sem médicos nas equipes. Outro ponto negativo que contribui para esta ampliação são as disputas corporativas, principalmente pelos médicos que não chegam a reconhecer que o Brasil apresenta uma carência de médicos.

A defesa dessas ideias objetiva a busca por lucro e a acumulação de capital e tem como estratégia colocar que o setor privado se apresenta como saída frente à ineficiência do SUS.

## **Considerações Finais**

O protagonismo do Banco Mundial na área da saúde, no Brasil, ocorre a partir da década de 1980, período em que as instituições financeiras (FMI e BM) assumem um papel importante no processo de internacionalização do capital diante da crise da dívida externa nos países devedores e a redução dos bancos privados internacionais na concessão de empréstimos.

Para alcançar esses objetivos, como foi demonstrado no decorrer do estudo, o Banco Mundial estabeleceu um conjunto de diretrizes expressos em diversos documentos publicados por essa instituição, para orientar a atuação dos governos brasileiros ao longo dos anos, sendo um total de 12 documentos publicados desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) até a atualidade.

Essa influência está relacionada à crise estrutural do sistema capitalista que tem levado cada vez mais o capital a expandir-se por todos os espaços da vida social, transformando-os em esferas de valorização do capital. Nesse contexto a saúde se apresenta como um espaço importante de acumulação capitalista e o Banco Mundial assume um papel decisivo ao estabelecer condicionalidades que objetivam a busca por lucro ao incentivar a expansão do setor privado.

Assim sendo, este estudo se posiciona em defesa dos interesses da classe trabalhadora, fortalecendo-os no processo de luta de classes, por meio do aprofundamento do conhecimento da realidade sobre a qual se intervém politicamente, fundamentando sua ação prática.

E como aporte teórico, o método do materialismo histórico e dialético de Marx (marxismo) visto ser um método que possibilita uma melhor compreensão da totalidade da vida social, considerando suas contradições, conflitos e transformações produzidas ao longo do processo sócio-histórico, portanto é um método que busca conhecer para transformar a realidade, caracterizando-se assim como uma pesquisa qualitativa.

Neste sentido, a defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS, pode se constituir em uma importante bandeira política, onde todos os que desejam construir uma sociedade que rompa com a expropriação nas relações entre os homens, podem se engajar, haja vista que, na atual conjuntura nacional para se efetivar um Sistema de Saúde com as características do SUS, é preciso mais do que “vontade política”, faz-se necessário romper com a lógica que submete as questões sociais à dinâmica das relações econômicas de exploração, que o capitalismo ao longo dos séculos tem incumbido de ampliar e aperfeiçoar. Portanto, torna-se primordial, analisar a realidade nacional no contexto do capitalismo mundial, buscando identificar as possibilidades objetivas/subjetivas de transformação existentes com vistas para a construção de uma nova ordem societária.

## Referências

- ANDREAZZI, M. F. S. de. **Recuperação de Custos em Unidades Públicas de Saúde**: subsídios para o debate sobre novas fontes de financiamento. Rio de Janeiro, 31(5): p. 153-169. set./out. 1997.
- 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.
- BANCO MUNDIAL. **Brasil**: novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C., (série de estudos do Banco Mundial sobre países), 1991.
- BANCO MUNDIAL. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil**: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., (Relatório n. 12655 – BR), 1995.
- BANCO MUNDIAL. **Do Confronto à Colaboração**: Relações entre sociedade Civil, o Governo e o Banco Mundial. Washington, D.C. Junho de 2000.
- BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil**. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Washington: Banco Mundial. 2007. Disponível em: Acesso em: 13 jan. 2020.
- BANCO MUNDIAL. **20 Anos de Construção do Sistema de Saúde no Brasil**: uma análise do Sistema Único de Saúde / Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde. Washington, D.C; The world bank; 2013.
- BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo**: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil: Brasil: revisão das despesas públicas. V.I: Síntese. Whasington (DC), nov. 2017.
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**.
- BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil**. Brasília, 1995.
- CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, 2005.
- CORREIA, M. V. C. **A Influência do Banco Mundial na Orientação Da Política De Saúde Brasileira**. III Jornada Internacional de Políticas Públicas, Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.
- GARCIA, M. C. dos S. **As Recomendações do Banco Mundial Para a Política de Saúde no Brasil Durante os Governos Lula**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2018.
- MATTOS, R. A de. **Desenvolvendo e Oferecendo Ideias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. 2000. 307f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- MONTAÑO, C. DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTA, A. E. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

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

SANTOS, V. M. dos. A privatização da Saúde Pública Brasileira: a utilização do fundo público para o setor filantrópico/privado. In.: **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão. 20-23 agosto, 2013.