

Reforma do Estado: a saúde subordinada as contratualidades do mercado?

State Reform: health subordinated to market contracts?

Keli Regina Dal Prá*

Resumo: Trata-se da discussão do direito à saúde e sua submissão as contratualidades estabelecidas entre Estado e mercado no processo de reforma administrativa, onde as diretrizes para a reconstrução das funções estatais têm incidências diretas na política pública de saúde. Diretrizes estas orientadas por diagnósticos realizados pelos organismos internacionais com a intencionalidade de redefinir os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) aos cortes de recursos financeiros. As proposições, expressas em três dos principais documentos elaborados na década de 1990 para a discussão da reforma do setor, confrontam-se com o disposto na *Constituição Federal Brasileira* de 1988. Mesmo, passado mais de uma década o debate e as indicações para a área continuam reafirmando a importância e a necessidade de racionalização financeira, focalização do atendimento em segmentos populacionais específicos e a incoerência de se estabelecer um sistema de proteção social em saúde com os princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-chave: Reforma do Estado; Sistema Único de Saúde; organismos internacionais.

Introdução

O estudo e a defesa dos direitos, principalmente dos direitos sociais, no momento de transformações em escala mundial, constitui-se num dos desafios postos àqueles que se propõem, árdua e continuamente, a essa tarefa. Nas páginas que seguem procura-se problematizar a temática do direito à saúde no contexto da reforma do Estado brasileiro, a partir de pesquisa documental às principais fontes bibliográficas produzidas pelo Banco Mundial e pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Não houve a pretensão de esgotá-la, pois se reconhece a amplitude e complexidade que esta discussão demanda e a possibilidade de outras interpretações e abordagens do tema.

A discussão do direito à saúde ocorre permeada por várias clivagens e na atualidade ocupa um lugar central na agenda de muitos Estados nacionais, como é o caso brasileiro. Esta centralidade se deve, principalmente, em relação à sua efetivação concreta, a partir de políticas

* Assistente Social; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

públicas que, no atual contexto de reformas administrativas setoriais, sob a égide do projeto neoliberal, passam a ter que se preocupar com as orientações de reordenamento dos gastos sociais públicos. Assim, o Estado deixa de ser aquele que garante os direitos sociais e passa a ser aquele que prioriza o vetor econômico visando à reprodução do capital. Por isso, no período compreendido do final da década de 1980 até os dias atuais torna-se fundamental a apreensão das transformações do direito à saúde “subsumidas as contratualidades presentes entre o Estado, capital e trabalho” (Nogueira, 2002, p. 88).

A ocorrência destas transformações implica compreender qual o *novo papel* desempenhado pelo Estado nos últimos anos e o grau de influência dos organismos internacionais no que se refere à garantia do direito à saúde. Principalmente quando, em período mais recente, a atenção à saúde, juntamente com uma gama de outros serviços sociais, é remetida ao interior do mercado por representarem atividades econômicas de grande importância. Segundo Laurell (2000, s/p), há o interesse e “la intención de recuperar y legitimar la atención a la salud como actividad económica privada y convertirla en un nuevo campo de acumulación capitalista”.

Pode-se apontar, com isso, que o enfoque privatista dado pelos Estados nacionais a algumas políticas setoriais, incluída a política de saúde, deve-se ao fato destas se apresentarem como nova ocasião para a obtenção de vantagens lucrativas pelo mercado. A garantia dos direitos sociais, configurados nas políticas setoriais, exige uma intervenção das instâncias públicas voltada para sua efetivação concreta. No entanto, o atual cenário político se encontra desfavorável ao fortalecimento dos direitos sociais em perspectivas universalizantes e equânimes. Observa-se a apropriação destes direitos e políticas sociais como possibilidades de lucro para o setor privado ao mesmo tempo em que sua garantia exclusiva por parte do aparelho estatal é considerada onerosa.

Assim, no estágio atual do sistema capitalista, os direitos sociais não deixam de ser discutidos no âmbito do Estado, porém passam a ser pensados dentro de políticas públicas setoriais restritas onde o caráter do Estado sofre redefinições e seu papel passa a ser reduzido à formulação e regulação de políticas sociais. Através de uma imagem de Estado ineficaz e incompetente, transfere-se a responsabilidade estatal para os setores da sociedade e do mercado.

A reforma do Estado brasileiro: as orientações do MARE para a “reconstrução” administrativa do Estado

O Estado brasileiro merece destaque no que se refere à discussão do seu papel na garantia dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, principalmente após o processo de reforma administrativa. Costa (2002) traz para o debate alguns elementos importantes no que se refere à introdução das políticas macroeconômicas de reforma no país. O autor refere que, pelo menos até o início da década de 1990, quando em muitos Estados nacionais não desenvolvidos, como é o caso dos países da

América Latina, as políticas macroeconômicas já estavam implementadas ou em vias de consolidação, o Brasil, no regime democrático, em 1985, decide por uma agenda orientada para interesses domésticos e não internacionais. Ou seja,

no contexto da redemocratização dos anos 80, a economia brasileira resistia ao processo de difusão e aprendizado de orientações normativas do ajuste macroeconômico. As decisões de política econômica respondiam com elevado grau de autonomia aos incentivos e condicionalidades em políticas, definidos pela comunidade financeira internacional (Costa, 2002, p. 17).

Neste período, o mesmo autor assinala também que as tentativas de introduzir no país políticas de estabilização e ajuste macroeconômico produziram impactos residuais sobre o sistema de proteção social e, conseqüentemente, nos indicadores de acesso e utilização de serviços sociais. Serviram como impermeabilizantes dessas políticas de ajuste no setor social as tradições organizacionais das políticas setoriais e as exigências do sistema político democrático recém-instituído (Costa, 2002). Tanto foram impermeabilizantes que a década de 1980 foi marcada pela incorporação de novos sujeitos, de uma nova clientela no sistema de proteção social, formalizado na Constituição Federal Brasileira de 1988. E também pelo contínuo crescimento da proteção social com a expansão do gasto público e a adoção de critérios universalistas para definição de direitos.

No entanto, não se pode dizer o mesmo do período posterior, meados da década de 1990, mais exatamente após 1994. A estabilização proposta pelo Plano Real, articulada a um conjunto de instrumentos e políticas econômicas que são adotadas pelo Estado, sofre uma centralização organizada com o objetivo de estabilizar os gastos públicos, com efeitos importantes sobre a inserção da economia brasileira no mercado global. Em outros termos, estão dadas as condições para a consolidação da reforma do Estado brasileiro, reforma esta que explicará a dinâmica da proteção social a partir de 1994.

Frente à crise do Estado, que segundo Bresser Pereira¹ (1997, p. 12) está associada, “de um lado, ao caráter cíclico da intervenção estatal, e de outro, ao processo de globalização, que reduziu a autonomia das políticas econômicas e sociais dos estados nacionais”, surge a necessidade de se pensar sua reforma. O Estado brasileiro, através dos esforços dos técnicos do MARE, dentre os quais Bresser Pereira, conduz os rumos do debate a cerca da direção teórica do processo de reforma do Estado.

¹ Economista e cientista político. Foi ministro da Administração Federal e Reforma do Estado durante o primeiro mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso, entre os anos de 1995-1998, onde orientou intelectualmente o processo de reforma do Estado brasileiro.

No documento *A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle*, estão expressos os componentes básicos da reforma do Estado brasileiro a serem consolidados na década de 1990 com o intuito de conduzirem o país a um Estado Social-Liberal². Na descrição de Bresser Pereira (1997) são quatro estes componentes.

O *primeiro componente* se refere a delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho através de programas de privatização³, terceirização⁴ e publicização⁵. A proposição de enxugamento da máquina estatal envolve a delimitação de sua abrangência institucional e a redefinição de seu papel devido ao crescimento excessivo do Estado no último século, após o período do *welfare state*, onde este crescimento foi acompanhado da ampliação de suas funções, principalmente, na área social (Bresser Pereira, 1997).

A redução das funções do Estado passa pelo reconhecimento de que este não deve executar diretamente inúmeras tarefas, deixando para o setor privado e para o setor público não-estatal as atividades que não lhe são específicas.

Bresser Pereira (1997, p. 22) especifica quais são as áreas de atuação do Estado: “(a) atividades exclusivas; (b) os serviços sociais e científicos; e (c) a produção de bens e serviços para o mercado”, conforme descreve o Quadro 1.

² “Estado Social-Liberal: social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; liberal, porque o fará usando mais os controles do mercado e menos os controles administrativos, porque realizará seus serviços sociais e científicos principalmente através de organizações públicas não-estatais competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação dos seus recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional” (Bresser Pereira, 1997, p. 18).

³ Processo de transformar uma empresa estatal em privada.

⁴ Processo de transferir para o setor privado serviços auxiliares.

⁵ Processo de transformar uma organização estatal em uma organização de direito privado, mas pública não-estatal.

Quadro 1 – Delimitação das atividades do Estado com o processo de reforma administrativa

Atividades Exclusivas (monopolistas⁶)	Serviços Sociais e Científicos	Produção de Bens e Serviços para o Mercado
<p><i>Clássicas Liberais:</i> poder de definir as leis do país; poder de impor a justiça; poder de manter a ordem; de defender o país; de representá-lo no exterior; de policiar; de arrecadar impostos; de regulamentar as atividades econômicas; fiscalizar o cumprimento das leis;</p> <p><i>Sociais:</i> formular políticas na área econômica e social; realizar transferências para a educação, a saúde, a assistência social, a previdência social, a garantia de renda mínima, o seguro desemprego, a defesa do meio ambiente, a proteção do patrimônio cultural, o estímulo às artes.</p> <p><i>Econômicas:</i> garantia da estabilidade da moeda e garantia da estabilidade do sistema financeiro. Investimentos em infra-estrutura e nos serviços públicos⁷.</p>	<p>Escolas, universidades, centros de pesquisa científica e tecnológica, creches, ambulatórios, hospitais, entidades de assistência aos carentes principalmente aos <u>menores</u> e aos <u>velhos</u>, os museus, as orquestras sinfônicas, as oficinas de arte, emissoras de rádio e TV educativa ou cultural.</p>	<p>Serviços públicos, de infra-estrutura, setores industriais e de mineração.</p>

Fonte: sistematização da autora a partir de Bresser Pereira (1997)

Quanto à delimitação da primeira coluna, Bresser Pereira (1997) esclarece que nem todas as atividades descritas são monopolistas ou exclusivas do Estado. Porém, dado o volume de transferências de recursos orçamentários e o argumento ético de que são atividades que envolvem direitos humanos fundamentais que qualquer sociedade deve garantir a seus cidadãos, são de fato atividades exclusivas do Estado e que, portanto permanecerão dentro de sua estrutura.

No entanto, dentro da estrutura do Estado pode-se distinguir: um núcleo estratégico, as secretarias formuladoras de políticas públicas, as agências executivas e as agências reguladoras. Bresser Pereira (1997) indica a separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas, de caráter centralizado, e as unidades descentralizadas, executoras dessas mesmas políticas, onde uma parte destas unidades descentralizadas será responsável pelas atividades exclusivas do Estado e outra pelos serviços sociais e científicos onde o poder do Estado não estará envolvido.

⁶ Atividades monopolistas não permitem concorrência (Bresser Pereira, 1997).

⁷ Os serviços públicos constituem-se em atividades auxiliares, na medida em que podem ser objeto de concessão (Bresser Pereira, 1997).

Os serviços sociais e científicos, como atividades competitivas passíveis do controle social e da administração pública gerencial serão publicizados. Terão sua execução transferida para o setor público não-estatal (para usar as designações mais difundidas: terceiro setor, entidades sem fins lucrativos, organizações não-governamentais (ONG's), entidades filantrópicas, organizações sociais e organizações voluntárias) pela maior adequação e eficiência com que essas instituições prestam os serviços sociais (Bresser Pereira, 1997). O processo de reforma administrativa do Estado marca o período de crescimento do setor público não-estatal no país justamente pela maior transferência de funções e pelo aumento do financiamento público repassado ao setor através de subvenções.

Já a produção de bens e serviços pode ser melhor e mais eficientemente controlada pelo mercado do que pela administração estatal e também o controle do Estado pode ser ineficiente, apresentar problemas, quando comparado ao mercado. A privatização da produção de bens e serviços é consenso dada a crise fiscal do Estado e a maior eficiência e menor subordinação a fatores políticos das empresas privadas.

O *segundo componente* se refere a “redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário através de programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado [...]” (Bresser Pereira, 1997, p. 18).

A questão da desregulação diz respeito ao maior ou menor grau de interação do Estado no funcionamento do mercado, ou seja, este se isentará do processo de execução das políticas públicas passando apenas a regulá-las. Como regulador, intervém de forma a favorecer os investimentos estrangeiros e as importações, o desenvolvimento da tecnologia de ponta pela iniciativa privada, o capital industrial em detrimento do capital de empréstimo e especulativo. Observa-se que o Estado prioriza as suas ações para o crescimento econômico, estimulando a iniciativa privada – o mercado. A orientação da reforma é de que se torna necessário, “ao mesmo tempo desregular e regular: desregular para reduzir a intervenção do Estado; regular, para viabilizar a privatização” (Bresser Pereira, 1997, p. 33).

Quanto ao *terceiro componente* o desafio está no aumento da governança, da capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal (Bresser Pereira, 1997). Ou seja, este componente da reforma tem o aspecto financeiro, de superação da crise fiscal como objetivo central, que implica a redefinição das formas de intervenção no plano econômico e social e a superação da forma burocrática de administrar o Estado.

Em última instância, um Estado nacional possui governança quando seu governo tem condições financeiras e administrativas para transformar em realidade as decisões que foram tomadas e quando a reforma do Estado for bem sucedida tornando-o mais forte financeira e estruturalmente (Bresser Pereira, 1997).

E, por fim, no referente ao *quarto componente*, a governabilidade, estão incluídos dois aspectos: a legitimidade do governo perante a sociedade e a adequação das instituições políticas para a intermediação dos interesses. O problema central de um Estado nacional que não possui governabilidade é a perda do apoio da sociedade civil, visto que a governabilidade implica e confunde-se, na prática, com a legitimidade do governo, com o apoio de que dispõe da sociedade civil (Bresser Pereira, 1997).

O autor pontua alguns elementos dos quais a governabilidade depende: da adequação das instituições políticas capazes de intermediar interesses dentro do Estado e na sociedade civil; de mecanismos de responsabilização dos políticos perante a sociedade; da capacidade da sociedade civil delimitar suas demandas mais urgentes e do Estado atendê-las; e da existência de um contrato social básico. Em países onde estes elementos estão ausentes ou deficitários há prejuízos para que o acordo se estabeleça.

No entanto, é interessante destacar que o processo de reforma do Estado assume expressões diferenciadas em cada nacionalidade, pois depende do desenvolvimento social, econômico e político de cada país. No caso dos países em desenvolvimento, tais expressões se assemelham: delimitação das funções do Estado através de programas que implicam a transferência de funções do setor público para o privado; desregulação de programas do Estado, ampliando os mecanismos de controle via mercado; ajuste fiscal e; aumento da capacidade política do Estado na intermediação de interesses com vistas a exercer seu papel de promotor do desenvolvimento. “A integração ao mercado globalizado, combinada com as mudanças nas economias nacionais, ameaçaram as funções do Estado pela tentativa de reversão das políticas universalistas de proteção social” (Costa, 2002, p. 01).

No caso do Brasil, a reforma do Estado significou a delimitação do seu papel com o aumento da governança na área administrativa e da governabilidade através das instituições políticas, privatização, publicização e terceirização. Quanto às políticas sociais, o Estado passa a fortalecer a sociedade civil e o mercado, objetivando com isso a transferência dos serviços tidos como auxiliares (não-exclusivos) para as organizações públicas não-estatais. Transfere também a autonomia e flexibiliza a prestação dos serviços sociais, bem como a participação da sociedade no controle e gestão desses serviços através de conselhos de administração centrados na figura do cidadão-cliente, e o estabelecimento de um contrato de gestão fortalecendo a parceria Estado-sociedade-mercado.

Cabe ainda destacar que a reforma do Estado tem sido viabilizada a partir de pacotes econômicos sugeridos pelos organismos

internacionais⁸ que desconsideram as especificidades de cada um dos países capitalistas periféricos, menosprezando sua história e tirando-lhes a capacidade de autonomia para se autogovernar a fim de garantir a reprodução e a concentração do capital.

De modo geral, os pacotes com as orientações dos organismos internacionais, em especial do FMI, centralizam-se em uma visão estreita e focalizada apenas no âmbito da economia desconsiderando o contexto social, político e cultural de cada Estado nacional. Exemplo disso foram as ações desenvolvidas em toda a década de 1990, onde o Fundo concentrou-se em fazer os países em desenvolvimento trabalharem para assentar seus orçamentos em ordem e controlar o crescimento. Em sua concepção original o FMI tinha a intenção de pressionar esses países, para que tivessem políticas mais expansionistas. No período atual sua função passou a ser pressionar os países em desenvolvimento, para que implementem políticas de maior retração, o que estes não escolheriam fazer por vontade própria (Stiglitz, 2002).

No entanto, o pacote de orientações igualmente imposto a todos os países que necessitassem de empréstimos do FMI demonstrou como resultado grandes lacunas entre as expectativas e a realidade após sua implementação. Em muitos países, não somente ex-socialistas em transição, mas também latino-americanos em desenvolvimento, a combinação de privatização, liberalização e descentralização não gerou e nem expandiu os benefícios prometidos pelos organismos internacionais que viriam com a integração à economia global.

A realidade da implantação das reformas propostas pelo Fundo gerou um aumento da pobreza e das desigualdades sociais. O elevado número de indivíduos em situação de pobreza, o considerável grau de corrupção dos governos, de desigualdade social e econômica se expandiu para todos os países em desenvolvimento de modo a modificar o discurso dos organismos internacionais. Stiglitz (2002) aponta que a retórica dentro dessas organizações centra-se, mais recentemente, na transparência, na pobreza, na participação, na democracia. Mas, que, no entanto, ainda há um vazio entre o discurso e a realidade, há uma superficialidade no trato dessas categorias nos programas propostos pelo FMI e Banco Mundial, que é sentida pelas nações que implementam esses programas e que depois tem que analisar e avaliar seus resultados. Em geral, a avaliação dos resultados dos programas de reforma é de insatisfação, uma vez que a amortização da desigualdade social não atinge estruturalmente o sistema posto.

⁸ Fundo Monetário Internacional (FMI), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

As incidências da reforma do Estado e das orientações internacionais no setor de saúde brasileiro – focalização dos gastos e da demanda em favor do mercado

Um dos grandes articuladores da reforma do Estado e do setor administrativo da saúde no Brasil tem sido o Banco Mundial, cujas orientações têm subordinado os gastos sociais ao sucesso do ajuste estrutural e limitado a ação do Estado à economia.

No caso da política de saúde, a indicação da redução do papel do Estado está expressa, a partir dos apontamentos realizados pelo Banco Mundial, no documento *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud*, que aponta a saúde como pertencente ao âmbito privado. Ou seja, cabe ao Estado ou governos ocupar-se das questões e problemas de saúde da população quando o âmbito privado não o puder resolver. Essa premissa reforça outras duas idéias, a primeira de que o setor público é frequentemente ineficiente e inequitativo, ao contrário do setor privado, que obedece à concorrência do mercado, e a segunda de que os recursos financeiros públicos para a saúde são reduzidos e cada vez mais escassos (Laurell, 2000).

Estas premissas propõem um novo desenho quanto às responsabilidades estatais no setor da saúde, deixando a cargo do Estado funções centrais de produção de bens públicos restritos. Isso evita o excessivo gasto financeiro público, medidas de regulação das imperfeições do mercado e desenvolvimento de algumas ações para aliviar a pobreza crítica de determinados segmentos populacionais.

Em relação a produção de bens públicos restritos e a contenção dos gastos em saúde a orientação é de que os Estados centralizem os investimentos em ações preventivas, pois um dos principais problemas dos sistemas de saúde está na alocação equivocada dos recursos financeiros em função dos custos. De um lado, há um alto gasto público com ações de saúde de alto nível de complexidade, como cirurgias, tratamentos oncológicos, cardíacos e de hemodiálise. Por outro, são insuficientes os recursos financeiros para ações eficientes em função dos custos, como o tratamento da tuberculose e de doenças sexualmente transmissíveis.

Quanto às ações de alívio da pobreza e de ingresso nos sistemas de saúde de determinados segmentos populacionais o diagnóstico do Banco Mundial é de que “los pobres carecen de acceso a servicios básicos de salud y la atención que reciben es de mala calidad”. Segundo indicações do documento, os pobres são desprivilegiados no ingresso às ações de saúde de forma gratuita ou com menor gasto possível, assim, para amenizar estas incorreções “la prestación de servicios de salud eficaces en función de los costos a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para *reducir la pobreza*” (Banco Mundial, 1993, p. 4-5).

A proposição do Banco Mundial, em última instância, é a focalização da atenção à saúde nas populações mais pobres⁹, onde o financiamento público para a atenção à saúde é justificado em razão do alívio da pobreza. O argumento da pobreza justifica também que o Estado adote diversas formas para prover a atenção à saúde à população mais pobre como: subvenções aos provedores privados e às ONG's que prestam serviços de saúde aos pobres; vales com os quais as pessoas possam pagar aos provedores que a elas atendem; e a prestação aos pobres de serviços de saúde pública de forma gratuita ou abaixo do custo (Banco Mundial, 1993).

A gratuidade na prestação de serviços de saúde financiados com recursos públicos do setor restringe-se aos pobres e ao alívio de sua pobreza. Entende-se que os pobres aos quais a proposição do Banco Mundial se refere são os indivíduos que se encontram em situação de **pobreza extrema, absoluta ou miséria**¹⁰. A partir da definição de Sachs (2005)¹¹ estas famílias miseráveis não satisfazem as necessidades básicas de sobrevivência; sofrem de fome crônica; não têm acesso à saúde; não dispõem de água potável e esgoto; não podem oferecer educação para alguns ou todos os filhos e talvez tenham um abrigo rudimentar e artigos básicos de vestuário. Ou aos indivíduos que se encontram na situação de **pobreza moderada**, onde as necessidades básicas são satisfeitas, mas com muita dificuldade.

A orientação do Banco Mundial é clara quanto a intervenção estatal ser direcionada aos segmentos da população mais pobres, sendo assim, outros grupos populacionais e outras instituições entram em cena para assumir as responsabilidades quanto à assistência e garantia da saúde. O primeiro deles é a família que deve adotar condutas saudáveis e tratar suas enfermidades adquirindo os serviços médicos necessários no mercado. O objetivo é fortalecer a família, deixando a seu cargo as responsabilidades de saúde a fim de substituir ou descongestionar o setor público. O segundo são as organizações sociais e as ONGs, que, através da transferência de uma parte dos recursos financeiros públicos e de funções governamentais, devem atender a população de baixa renda que não pode recorrer ao mercado para resolver seus problemas de saúde. E o mercado terá sob sua responsabilidade a maioria dos serviços de assistência clínica com a garantia de uma clientela com capacidade de pagamento, ou seja, será um mercado estável (Laurell, 2000).

⁹ O Banco Mundial utiliza como padrão estatístico a seguinte distinção: renda de US\$ 1 por dia para determinar a quantidade de **miseráveis em todo o mundo** e renda entre US\$ 1 e US\$ 2 por dia para **medir a pobreza moderada**. Essas medidas aparecem com destaque em círculos de políticas públicas (Sachs, 2005).

¹⁰ Segundo Sachs (2005), ao contrário das pobreza relativa e moderada, a miséria só ocorre nos países em desenvolvimento.

¹¹ Sachs (2005) define também o conceito de **pobreza relativa**: em geral, interpretada como sendo uma renda familiar abaixo de uma determinada proporção da renda média nacional. Os relativamente pobres, em países de alta renda, não têm acesso a bens culturais, entretenimento, recreação e à saúde e educação de qualidade, bem como a outros privilégios da mobilidade social ascendente.

As orientações dos organismos internacionais trazem, na verdade, uma série de exigências de ordem política e econômica que vão alterando o direito à saúde em seu conteúdo, alcance e mecanismos para sua garantia, não somente no Brasil, mas de forma diferenciada em outros países da América Latina. Nogueira (2002) sinaliza que as tendências de ajustes estruturais nas economias nacionais tornam a análise dos direitos sociais e do direito à saúde um exercício contínuo de articulação global-local.

Segundo a autora, o direito à saúde e as políticas (públicas) setoriais na área vêm sendo constantemente atualizadas conforme cada período e espaço de tempo, mas principalmente atualizadas pela relação com os complexos mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual.

Especificamente no Brasil, observa-se a tentativa constante de retração do direito à saúde, pois cotidianamente esta política pública vem sendo reorientada para o fim do seu caráter universalista de atendimento. Isto é, suas ações estão sendo direcionadas para uma contínua focalização e seletividade que visa apenas aos segmentos mais vulneráveis da população.

O Banco Mundial analisa o sistema de saúde brasileiro em dois dos principais documentos: *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: agenda for the 90s* (1994) e *Brazil: The New Challenge of Adult Health* (1991)¹² – este último ao qual se fará referência. O organismo constata uma série de implicações: a inadequação dos gastos em saúde que seriam excessivos e não atingiriam os grupos sociais mais pobres; a centralidade do modelo no cuidado hospitalar e ambulatorial e de alta tecnologia, com pouco investimento em programas de saúde preventiva; as conseqüências institucionais da Constituição Federal Brasileira de 1988 e as implicações da Reforma Sanitária, especialmente a extensão da cobertura para todos os cidadãos dentro da lógica do SUS; a transferência, para os municípios, das responsabilidades e da totalidade dos recursos federais referentes à assistência à saúde; e as pesadas cargas financeiras com que o modelo tem onerado o setor público, criando expectativas para a população (Melo; Costa, 1994).

O Banco Mundial alerta ao Brasil para planejar as ações e serviços de saúde tendo como base principalmente a relação custo benefício: “[...] todas as intervenções preventivas e curativas resultam em melhorias de saúde e são, portanto ‘desejáveis’. Dada a limitação de recursos privados e públicos é necessário fazer opções” (Banco Mundial, 1991, p. 25).

As opções elencadas pelo Banco Mundial (1991), em termos gerais, no plano da prevenção em saúde devem focalizar os fatores de

¹² As inferências realizadas neste artigo quanto às proposições do Banco Mundial para o sistema de saúde brasileiro, levam em consideração os dados compilados no relatório Brasil: novo desafio à saúde do adulto (Banco Mundial, 1991).

risco e orientar os programas especificamente para o atendimento aos pobres considerando explicitamente sua situação. Isso se justifica uma vez que o Brasil possui alto grau de desigualdade social e econômica, onde a pobreza e os baixos níveis de educação emergem repetidamente como variáveis poderosas para explicar comportamentos e índices sociais. As populações pobres mantêm um comportamento de risco, pois não cumprem as prescrições médicas nem atentam para as orientações que conduzam a hábitos saudáveis como dieta alimentar, consumo de bebidas alcoólicas, comportamentos de risco em relação a doenças sexualmente transmissíveis, consumo de cigarros e drogas, condutas que influenciam os índices de doenças cardiovasculares, de casos de câncer, de aids, etc.

No que se refere ao financiamento o problema diagnosticado é a aplicação dos recursos de maneira ineficiente, ineficaz e onerosa, pois segundo o Banco Mundial (1991, p. 101) “[...] 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”. Para o Banco Mundial forças poderosas farão com que o gasto público em saúde reduza, ou seja, haverá pressão para que os gastos sejam menores devido a um prolongado período de austeridade fiscal.

Em suma, a alternativa do Banco Mundial para resolver o problema de financiamento público na área da saúde seria destinar dotação prioritária de recursos para os pobres e mobilizar recursos privados da classe média e rica para complementar a disponibilidade de fundos públicos para seu atendimento. Explicitamente a proposta é desenhar um sistema em que:

[...] **os pobres** sejam beneficiados com serviços públicos gratuitos e de **razoável qualidade**; as classes média e rica **paguem diretamente uma substancial parcela** das suas necessidades em saúde, sem deixar, porém, de receber certos benefícios do sistema financiado com recursos públicos (Banco Mundial, 1991, p. 102 – grifo nosso).

Esta proposição se reflete nas intencionalidades das reformas na área da saúde, que estão centradas em duas idéias principais: estabelecer um pacote básico de serviços clínicos e de prioridades de financiamento para esses serviços e o desenvolvimento de experiências de copagamento, o que rompe com os princípios de universalidade, integralidade, igualdade e equidade. Em outros termos, permanece sob responsabilidade do Estado apenas a atenção primária, já os serviços de alto custo passam a ser oferecidos pelo mercado àqueles que podem comprá-los (Melo; Costa, 1994).

A idéia de pacotes básicos ou de serviços clínicos essenciais significa, segundo o Banco Mundial (1993, p. 08) que “los gobiernos financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales”, considerando sempre o custo benefício. Estes pacotes consistem nas seguintes atividades: imunizações, serviços de

saúde centrados nas escolas, informações e serviços selecionados de planejamento familiar e nutricional, programas para reduzir o consumo de tabaco e álcool, medidas reguladoras, informação e intervenção pública limitadas para melhorar o entorno das unidades familiares e prevenção da aids. As atividades descritas centram-se prioritariamente no nível básico de atenção à saúde, no âmbito preventivo, com a intencionalidade de mudar o comportamento e a conduta das populações mais pobres através da informação sem demandar exagerados recursos financeiros para sua execução.

No intuito de fortalecer a orientação dos pacotes básicos de serviços de saúde, o Banco Mundial incentiva e financia o desenvolvimento e implementação de modelos de saúde que focalizam somente os grupos socialmente vulneráveis, que teriam suas necessidades e cuidados resolvidos com este pacote simplificado de ações e serviços de saúde.

Já os serviços de saúde que não estão incluídos nos pacotes devem ser comprados no mercado por aqueles cidadãos que puderem pagar. Em geral, os pacotes propõem os serviços de saúde sem considerar as demandas dos usuários, são programas prontos que não consideram as particularidades da população e que, no caso dos países subdesenvolvidos, são caracterizados por ações e serviços de baixo custo (Melo; Costa, 1994; Laurell, 2000).

O contexto de reforma setorial acaba por subordinar as políticas de saúde à lógica da contenção de gastos e à introdução de medidas restritivas e privatizantes em detrimento à orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde e a garantia das condições para que toda a população tenha acesso a esse direito. As orientações dos organismos internacionais negam as conquistas sociais inscritas na Constituição Federal Brasileira de 1988 e pressionam para que ocorram alterações constitucionais no sentido de restringir o acesso universal da saúde.

Considerações finais

A reforma do Estado brasileiro, iniciada a partir de 1994, fere os princípios de uma das políticas sociais do tripé da seguridade social que teve sua implantação e implementação mais completa e consolidada após inserção na Constituição Federal de 1988 – a saúde.

A regulamentação do SUS, em 1990, não foi obstáculo para que o governo desenhasse a reforma do setor de saúde baseada nos diagnósticos e nos modelos propostos pelo Banco Mundial. Concretamente, são exemplos de ações do governo no sentido de executar o Plano Diretor de Reforma do Estado na saúde: a implantação de programas mais focalizados à população, no primeiro nível de atenção, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Estes com baixos custos operacionais para a gestão do SUS, pois prevêm a contratação de pessoal despreparado e sem

formação profissional para o atendimento (como é o caso do PACS, onde, inicialmente a exigência era somente saber ler e escrever). Além da contratação de número reduzido de profissionais como na equipe mínima do PSF onde são contratados somente médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, reforçando a centralidade do sistema no modelo médico-hegemônico, já que deixa a cargo dos municípios a responsabilidade financeira para contratação de equipes multiprofissionais.

No segundo nível de complexidade observa-se a redução do número de consultas para as especialidades médicas nos ambulatórios públicos e a redução de medicamentos nas farmácias básicas do SUS. No nível de alta complexidade cresce com enorme velocidade a transferência da gestão dos serviços de saúde, em especial dos hospitais, às organizações sociais retirando desse setor estatal a responsabilidade de execução da política de saúde.

É visível a submissão da política de saúde aos interesses do setor privado, o crescimento das cooperativas médicas e dos planos e seguros de saúde comprovam o fortalecimento do setor a partir da migração numerosa de usuários do sistema público.

Por outro lado, observa-se a resistência do sistema público a todas as investidas neoliberais, principalmente pelo movimento de seus defensores. Seja por aqueles que se encontram diretamente relacionados a sua estrutura e aos serviços como gestores, profissionais da saúde de diversas categorias, conselheiros de saúde de todos os níveis. Pela comunidade usuária que reconhece e legitima a necessidade deste sistema permanecer público, gratuito e universal. E por aqueles que ligados indiretamente, como os pesquisadores e intelectuais acadêmicos (representantes e identificados com o Movimento de Reforma Sanitária) que fazem o embate teórico com o projeto neoliberal. O processo é de avanços e retrocessos em vários níveis de atenção do SUS, mas as investidas para sua privatização, terceirização ou publicização serão constantes, principalmente pela lucratividade deste setor.

Abstract: This is a discussion about the right to healthcare and its submission to the contractual agreements established between State and market in the process of administrative reform, in which the guidelines for the reconstruction of state functions have a direct impact on public healthcare policy. These guidelines are oriented by the diagnoses conducted by the international agencies in order to redefine the central principles of the Single Health System (SUS) based on cuts in financial resources. The proposals expressed in three of the principal documents prepared in the 1990's as part of the discussion about reform of the sector are compared with the determinations of the Brazilian Federal Constitution of 1988. Even, a decade later, the debate and the indications in the field continue to reaffirm the importance and need for financial rationalization, focusing on care for specific population segments and the incoherence in establishing a system for social protection in healthcare with the principles and guidelines of SUS.

Key words: State Reform; Single Healthcare System (SUS); international agencies.

Referências

BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud (resumen)*. Estados Unidos de América: Washington, 1993.

_____. *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*. Estados Unidos da América: Washington, 1991.

BRESSER PEREIRA, L.C. A reforma do estado nos anos 90: lógica e mecanismo de controle. *Cadernos do MARE*, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, v1, 1997.

COSTA, N. R. Política social e ajuste macroeconômico. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, sup. 2002.

LAURELL, A. C. La salud: de derecho social a mercancía. *Boletín APS*, Quito, n. 5, ago, 2000, p. 81-92.

MELO, M. A. B. C; COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 11, 1994, p. 49-108.

NOGUEIRA, V. M. R. *O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda*. Florianópolis, 2002. 333f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

SACHS, J. *O fim da pobreza: como acabar com a miséria nos próximos 20 anos*. São Paulo: Cia das Letras, 2005, p.31-103.

STIGLITZ, J. *A globalização e seus malefícios: a promessa não-cumprida de benefícios globais*. São Paulo: Futura, 2002.

