



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS

MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BASTOS

**PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E INTERFERÊNCIA DO BANCO
MUNDIAL: análise da política social sob o contexto atual do capitalismo dependente**

Brasília

2025

MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BASTOS

**PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E INTERFERÊNCIA DO BANCO
MUNDIAL: análise da política social sob o contexto atual do capitalismo dependente**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Professora Dra. Liliam dos Reis Souza Santos.

Brasília

2025

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B327p Bastos, Maria da Conceição Silva
Privatização da saúde no Brasil e interferência do
Banco Mundial: análise da política social sob o contexto
atual do capitalismo dependente / Maria da Conceição
Silva Bastos; orientadora Liliam dos Reis Souza Santos.
Brasília, 2025.
125 p.

Dissertação (Mestrado em Política Social) Universidade
de Brasília, 2025.

1. Privatização. 2. Política de saúde. 3. Banco
Mundial. 4. Capitalismo dependente. I. Santos, Liliam dos
Reis Souza, orient. II. Título.

MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BASTOS

**PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E INTERFERÊNCIA DO BANCO
MUNDIAL: análise da política social sob o contexto atual do capitalismo dependente**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito obtenção do título de Mestre em Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Liliam dos Reis Souza - Orientadora

Professora Dra. Miriam Souza Leão Albuquerque – Avaliadora interna

Assistente Social Dra. Jamila Zgiet Rodrigues Santos – Avaliadora externa

Professora Dra. Janaína Lopes do Nascimento Duarte – Suplente

A minha família, fonte da minha força, coragem e determinação, em especial à minha mãe Francisca (*In memoriam*), meu maior exemplo para não desistir, apesar das dificuldades que tentaram me levar para caminhos opostos.

Ao meu filho João Lucas, o amor mais profundo em quaisquer circunstâncias.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me concedeu saúde, paciência e força para a realização deste trabalho. Aos familiares e amigos, que mesmo distantes acreditaram no meu sucesso e apoiaram nos momentos de total desânimo. Ao meu marido Emerson pelo apoio incondicional, força, paciência e incentivo durante todo este percurso. Ao meu filho, João Lucas, pelo amor incondicional e até pela falta de compreensão nos muitos momentos de ausência. Sem vocês, nada valeria à pena. Aos professores do Programa, pela experiência e empenho para que a formação acadêmica fosse também um aprendizado de vida. À banca examinadora pelas valiosas indicações e orientações para que este trabalho alcançasse o seu propósito. Agradeço, em especial, a minha orientadora Lilia, pela paciência, dedicação, estímulo, que nos vários momentos de total desespero disse repetidamente, “vamos conseguir”. Levarei seus ensinamentos por toda minha jornada, muito obrigada!

A violência do capitalismo mundial sobre os países periféricos é uma coisa inominável, no caso do Brasil, é inominável mesmo. Mas fomos rápidos, somos modernistas, estamos sempre atrás da modernidade. Cada onda de modernidade é pau no lombo do povo, evidentemente.

Maria da Conceição Tavares

RESUMO

Este trabalho faz uma análise dos documentos do Banco Mundial para o Brasil no período de 2016 a 2023, com o objetivo de identificar recomendações de cunho privatista para a política de saúde brasileira, considerando as relações estabelecidas por esta agência multilateral com os governos Temer (2016-2018) e o governo de extrema direita de Bolsonaro no contexto da pandemia de covid-19; atrelando essa interação com a condição de dependência brasileira ao capitalismo central. O referencial teórico e metodológico em que está embasado é o materialismo histórico-dialético, por considerar indispensável para compreensão das relações concretas na sociedade capitalista. O trabalho também como procedimentos investigativos, a pesquisa documental com abordagem quanti-qualitativa realizado através de análise bibliográfica e documental e está estruturado em três capítulos. O primeiro aborda o processo do capitalismo dependente brasileiro, o papel que o Estado assume nesta na condição da dependência. Faz-se também uma análise da política social e da política de saúde, no contexto do neoliberalismo, da contrarreforma do Estado nos anos de 1990. O segundo faz um percurso da implementação do SUS, o golpe de 2016, os processos de privatização do SUS e a relação com as agências internacionais. O terceiro, no qual conta a pesquisa documental, discorre sobre o Banco Mundial e sua relação com as políticas sociais direcionadas aos países de economia dependente, como o Brasil. A pesquisa indica que no período pesquisado não há novas orientações para privatização da saúde brasileira, o que há em todos os documentos analisados é um reforço para a necessidade de aprofundamento dos processos privatistas indicados nos documentos nas décadas de 1990 e 2000, por meio do estímulo para o repasse das atividades do SUS para Organizações Sociais - OS como forma de tornar a saúde mais eficiente. Este foi um elemento muito evidente neste trabalho, indicando que, embora não tenha sido identificados novas formas de privatização nos documentos, os elementos privatistas indicados pelo Banco estão presentes na política de saúde.

Palavras-chave: privatização; política de saúde; Banco Mundial; capitalismo dependente.

ABSTRACT

This paper analyzes World Bank documents for Brazil from 2016 to 2023, with the aim of identifying privatizing recommendations for Brazilian health policy, considering the relationships established by this multilateral agency with the Temer (2016-2018) and far-right Bolsonaro governments in the context of the COVID-19 pandemic, linking this interaction to Brazil's condition of dependence on central capitalism. The theoretical and methodological framework on which it is based is historical-dialectical materialism, as it is considered essential for understanding concrete relationships in capitalist society. The work also uses investigative procedures, documentary research with a quantitative and qualitative approach carried out through bibliographic and documentary analysis and is structured in three chapters. The first addresses the process of Brazilian dependent capitalism, the role that the State assumes in this condition of dependence. An analysis is also made of social policy and health policy, in the context of neoliberalism, of the State counter-reform in the 1990s. The second takes a path from the implementation of the SUS, the 2016 coup, the privatization processes of the SUS and the relationship with international agencies. The third, which includes documentary research, discusses the World Bank and its relationship with social policies aimed at countries with dependent economies, such as Brazil. The research indicates that during the period studied there were no new guidelines for the privatization of Brazilian health care. What is present in all the documents analyzed is a reinforcement of the need to deepen the privatization processes indicated in the documents from the 1990s and 2000s, through the encouragement of the transfer of SUS activities to Social Organizations (SOs) as a way of making health care more efficient. This was a very evident element in this work, indicating that, although no new forms of privatization were identified in the documents, the privatization elements indicated by the Bank are present in health policy.

Keywords: privatization; health policy; World Bank; dependent capitalism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documento de 2016	80
Quadro 2 – Documentos de 2017	81
Quadro 3 – Documentos de 2018.....	88
Quadro 4 – Recomendações de 2018	90
Quadro 5 – Documentos de 2019.....	91
Quadro 6 – Documentos de 2020.....	93
Quadro 7 – Documentos de 2021.....	97
Quadro 8 – Documentos de 2022.....	98
Quadro 9 – Documentos de 2023.....	101

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO, CONTEXTUALIZAÇÃO, DELIMITAÇÃO DO OBJETO E PERGUNTAS DA PESQUISA	12
1.1	Objetivos.....	16
1.1.1	<i>Geral</i>	16
1.1.2	<i>Objetivos específicos:</i>	16
1.2	Metodologia	17
1.2.1	<i>O Método</i>	17
1.2.2	<i>Procedimentos metodológicos</i>	18
2	A CONDIÇÃO DA DEPENDÊNCIA DO BRASIL, A POLÍTICA SOCIAL E DE SAÚDE	22
2.1	As particularidades da formação social brasileira: dependência e autocracia.....	22
2.2	Estado e Política Social no capitalismo dependente	28
2.3	A Política de Saúde	36
2.4	Crise estrutural do capitalismo	44
3	A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DE RECOMPOSIÇÃO DA DEPENDÊNCIA NOS PILARES NEOLIBERAIS E DA FINANCEIRIZAÇÃO DO CAPITAL	49
3.1	Financeirização, neoliberalismo e contrarreformas sociais no Brasil	49
3.2	Da implementação do SUS ao golpe de 2016 - ingerências do Banco Mundial.....	56
3.3	O SUS depois do golpe de 2016 e a Pandemia da Covid-19	63
3.4	Os processos de privatização do SUS e sua relação com as agências internacionais	70
4	INFLUÊNCIAS DO BANCO MUNDIAL PARA O BRASIL 2016-2023 E AS MODALIDADES DE PRIVATIZAÇÃO INCORPORADAS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO PERÍODO	76
4.1	A contextualização do Banco Mundial na conjuntura mundial e no Brasil.....	76
4.2	Exposição da pesquisa sobre os documentos do Banco Mundial produzidos no período de 2016 a 2023	79
4.3	Orientações verificadas nos documentos e sua inserção na política pública de saúde no Brasil	103
4.4	Subordinação e dependência – como as orientações do Banco Mundial se atrelam ao debate do capitalismo dependente no Brasil?	110

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS.....	119

1 INTRODUÇÃO, CONTEXTUALIZAÇÃO, DELIMITAÇÃO DO OBJETO E PERGUNTAS DA PESQUISA

Este trabalho tematiza os processos de privatização que vêm acometendo a política social de saúde no Brasil. Entende-se que eles possuem várias determinações, entre elas, orientações e prescrições de organismos multilaterais, a exemplo do Banco Mundial que, desde sua institucionalização, atua como fomentador de uma governança mundial no campo das políticas sociais. Assim como as particularidades do capitalismo dependente estruturado neste país que reforçam práticas e posturas subordinadas às dinâmicas de dominação externas e imperialistas.

No âmbito desse debate, vários estudos acadêmicos e científicos já foram produzidos e evidenciaram a influência dessa agência nos processos privatistas no campo das políticas sociais, delimitando as formas e elementos concretos de privatização na saúde pública. A exemplo disso, temos Rizzotto (2000); Correia (2007); e Santos (2010, 2018).

Contudo, entendemos que essa problemática ainda carece de mais estudos e investigações científicas, especialmente, a partir do marco do golpe parlamentar de 2016, o governo de extrema direita entre 2019 e 2022 e da pandemia de covid-19 que abalou as estruturas institucionais e organizativas das políticas sociais de saúde globalmente. Assim como de análises que relacionem a inserção dessas agendas na condução das políticas sociais brasileiras, ao debate das relações de produção de cunho dependente, que conforme Marini (1973) e Fernandes (1975) caracterizam o capitalismo brasileiro.

Na delimitação do objeto da pesquisa circunscrito a esta problemática, a pesquisa assume que a política social se situa em um conjunto de relações econômicas e políticas dialéticas. Este aspecto indica, que é decorrente de um processo complexo de contradições sociais determinadas pelas relações de produção burguesas organizadas a partir de um processo produtivo coletivo, mas com apropriação privada. Assim, deve ser percebida como “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (Behring; Boschetti, 2008, p.36).

A política social expressa as conseqüentes lutas e reivindicações das classes subordinadas frente aos processos de exploração e ao perfil particular do Estado capitalista que, para manter a legitimidade de um Estado “neutro”, assume as relações e medidas de dominação frente às classes sociais no espaço da sociedade civil. Entende-se aqui que não se trata de uma

mera ação institucional e de provisão social autônoma, e sim de uma construção social a partir da relação conflituosa entre Estado e sociedade e, expressa-se em diversos âmbitos e necessidades sociais, entre elas a saúde.

Entendendo a saúde como dimensão necessária para a reprodução ampliada da força de trabalho, as políticas sociais de saúde agregaram uma rede de serviços sociais e estratégias públicas capazes de criar condições sanitárias favoráveis à promoção de bem-estar nesse campo. Essas mediações estiveram presentes nos sistemas de proteção social estruturados em países capitalistas centrais, especialmente os europeus, que deram base para o denominado Estado Social,¹ vigente no contexto da segunda-guerra mundial até a década de 1970, quando entra em crise com o advento do projeto neoliberal (Behring; Boschetti, 2008,).

O avanço da agenda neoliberal viabilizou-se, particularmente, por meio de reformas sociais no campo da proteção social pública, com as justificativas ideológicas de equilíbrio fiscal. Nesse contexto, tem se advogado a premissa de que a proteção social deve sair da responsabilidade do Estado e ser repassada ao mercado, para ser autoprovinda por consumidores, perdendo seu elemento de direito social. Em processo lento, porém gradual, verifica-se o andamento desse projeto. No campo da saúde, essa desestruturação vem ocorrendo por diversas formas, e fomentada por diversos agentes, entre eles o Banco Mundial. O resultado concreto dessas ações é a configuração de uma mercantilização dessa política a nível mundial.

Para situar essa problemática no Brasil é necessário contextualizar, minimamente, as particularidades de organização dessa política social neste território, que sob os moldes do capitalismo dependente, estruturou-se de forma corporativa, fragmentada e permeada por elementos que permitiram forte inserção de segmentos mercantis ao seu desenho institucional. A baixa resolutividade das iniciativas no período ditatorial resultou em várias lutas sociais, entre elas o movimento de Reforma Sanitária, de grande importância no período de redemocratização brasileira na década de 1980, conseguindo instituir a saúde como direito social de caráter universal.

Assim, a política de saúde como direito social foi assegurada no Brasil por meio de uma política social abrangente, democrática, inclusiva e é fruto de luta social frente a interesses antagônicos na sociedade capitalista. Instituído na Constituição Federal de 1988, esse direito social incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Esse marco normativo que

¹ Também conhecido como Welfare State (1947-1973), atrela-se às políticas macroeconômicas de dimensões política, econômica e social encabeçada difundidas por John Keynes (1883-1946), defendia que o Estado tivesse, naquele momento histórico, o papel ativo na produção e regulação das relações econômicas e sociais. Como forma de restabelecer a economia capitalista pós-crise de 1929 (Behring; Boschetti, 2008).

reconheceu o direito à saúde como direito universal e dever do Estado, tem sido assegurado mediante um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (Paim, 2013).

Esta vitória no campo dos direitos sociais, contudo, não rompe com a lógica privatista que sempre a permeou. A conjuntura neoliberal que se firma no Brasil a partir da década 1990, fortalece o projeto privatista em torno da saúde e fragiliza as conquistas do movimento de Reforma Sanitária. Esse processo se manifesta de várias maneiras, uma delas é pela focalização da assistência à saúde pelo SUS nos mais pobres, amplamente recomendado pelo Banco Mundial, porque quem pode pagar é incentivado a buscar os serviços e planos privados.

O Banco Mundial também orienta que o Estado atue via parcerias público-privadas (PPP). Esta forma de gestão tem se ocupado de oferecer serviços complementares ao SUS, além da privatização da gestão dos serviços de saúde, por meio de arranjos administrativos como Organizações Sociais da área da Saúde (OSS), institutos e empresas de direito privado, que têm transformado a execução de serviços de saúde em um mercado amplamente lucrativo, visto que conta com financiamento público (Alves, *et al.*, 2022).

Assim, a permeabilidade das demandas mercantis na política social de saúde, conforme Santos (2018), decorreu principalmente da contrarreforma do Estado, implementada no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, que desencadeou a contrarreforma na saúde. Estes processos tiveram como mentores conceituais e políticos o Banco Mundial, que teceu vários documentos por meio de diagnósticos e relatórios institucionais sobre o desenho mais favorável ao equilíbrio fiscal brasileiro.

Essencialmente, essas orientações na década de 1990 tiveram o propósito de reduzir o papel do Estado no campo social, ampliando a inserção do mercado no âmbito da proteção social. Na saúde, as principais modalidades de privatização desses processos expressam-se na ampliação dos planos privados, criação de agências de regulação e fomento do mercado em saúde e terceirização da gestão via Organizações Sociais.

Esta agenda tem sido mantida no Brasil por todos os blocos de poder que assumiram o controle do Estado brasileiro, entre eles, os governos de coalizão petistas. Contudo, defende-se neste trabalho que ela se fortaleceu a partir do golpe parlamentar de 2016 e com a ascensão da extrema-direita ao poder com o governo de Jair Bolsonaro, que aprofundou a redução de direitos em todos os âmbitos das políticas sociais ao comando do governo de cunho neoliberal, especialmente em relação à instauração de práticas e ideologias conservadoras que permeiam todo o tecido das relações sociais sob o comando do sistema capitalista central. Acredita-se que este movimento tenha como objetivo garantir os interesses da classe dominante e reafirmar a

condição de dependência dos países periféricos, como o Brasil (Santos; Silva, 2020).

Neste cenário de ascensão da extrema direita e aumento do ataque aos direitos sociais, de 2020 a 2022, o mundo vivenciou a pandemia de covid-19 que acentuou o grave caos social já instalado mundialmente com as sucessivas crises capitalistas. A pandemia teve efeitos em todos os âmbitos sociais, contudo, seu maior encargo foi na política social de saúde. Diante deste quadro, a resposta do governo brasileiro aos efeitos da Pandemia da Covid-19 foi desastrosa e perversa, com falta de coordenação e cooperação intergovernamental para as ações de enfrentamento da doença. Bem como negacionismo da ciência e das vacinas, ameaças aos opositores, a disseminação de notícias falsas sobre prevenção e combate.

Além disso, houve uma inicial e contínua priorização da atenção hospitalar para prevenção de complicações e óbitos dos casos graves, a partir da abertura de hospitais de campanha e leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que se deu em detrimento do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) e sua abordagem comunitária. Em meio a este cenário, o governo brasileiro avançou na privatização da saúde, com repasse de recursos para iniciativa privada, muito pela via dos hospitais de campanhas que foram a marca desse momento². Assim, o que se assistiu no Brasil de 2021 foi um contexto de crise social e econômica agravada, com taxa de desemprego de 14%, mais de 50% da população com algum grau de insegurança alimentar, somada aos elevados números de Síndrome Pós-Covid-19 com sequelas físicas e mentais (Méllo *et al.* 2022).

Nessa conjuntura, os nexos com o Banco Mundial permaneceram. Com apenas três meses do surgimento dos primeiros casos da pandemia no Brasil, o Banco Mundial publicou um relatório falando dos impactos e respostas das políticas públicas brasileiras à Pandemia da covid-19. De acordo com o Banco Mundial (2020), este documento seria para contribuir com diálogo sobre políticas públicas brasileiras em resposta à pandemia e à crise econômica aprofundada com a covid-19, além de ajudar os formuladores de políticas públicas a elaborarem medidas para o futuro. Para esta agência, a pandemia causou uma grande recessão no país, com aumento da pobreza, e colocou em risco a sustentabilidade fiscal que vinha sendo controlada nos anos anteriores.

Ainda que com variações entre os blocos de poderes que passaram pelo Estado brasileiro, identifica-se a subordinação da política social de saúde aos interesses e ditames internacionais, como os que se viabilizam pelo Banco Mundial. Assim, este trabalho defende

² Em relação à privatização dos hospitais de campanha, vale mencionar que existe no Brasil uma cultura disseminada de que o serviço público é corrupto, e isso faz com que o próprio Estado recorra a instrumentos burocráticos que podem tornar o sistema mais lento dificultando os avanços do setor público.

que o processo de privatização do SUS, em suas diversas modalidades, têm seus fundamentos nas diretrizes do capitalismo central, para o ajustamento do Brasil à ampliação e reprodução do capitalismo global. E, expressa a dinâmica do capitalismo dependente no âmbito da política social e, conseqüentemente, na política de saúde.

Essa atividade se materializa por meio de documentos periódicos contendo prescrições, direcionamentos, oferta de cooperação técnica, estudos, palestras, entre outros. E o Brasil, na condição dependente do capitalismo central, consente e até solicita cooperação técnica dos organismos multilaterais. Diante disso, faz-se uma reflexão sobre os processos de mudanças e transformações que envolvem as orientações para a política de saúde brasileira, desde o golpe de 2016, o período pandêmico e a conjuntura atual, atualizando e ampliando o debate acadêmico a respeito das incursões dos organismos internacionais às políticas sociais brasileiras e, neste caso, a política de saúde.

Com esta perspectiva, esta pesquisa tem como **objeto** de estudo a privatização da política social de saúde brasileira e sua relação com as recomendações do Banco Mundial nos documentos produzidos no período de 2016 a 2023. A pesquisa buscou responder às seguintes **questões**: 1. Em que medida o golpe de 2016, o governo de extrema direita e a pandemia de covid-19 afetaram as relações de dependência do Brasil com o Banco Mundial? 2. Como se evidenciam os impactos das recomendações do Banco Mundial na política de saúde brasileira, a partir do golpe de 2016, do governo de extrema direita e da pandemia de Covid-19? 3. Considerando a condição de dependência brasileira ao capitalismo central, como as políticas brasileiras reagem às recomendações de caráter privatista advindas do Banco Mundial realizadas entre 2016 e 2023.

1.1 Objetivos

A seguir, nos itens 1.2.1 e 1.2.2, a pesquisa detalha os objetivos gerais e específicos.

1.1.1 Geral

Analisar as orientações de documentos do Banco Mundial para a política de saúde brasileira no período de 2016 a 2023, com intuito de identificar se elas aprofundam os processos de privatização dessa política em curso, atrelando esse debate à particularidade dependente do capitalismo brasileiro. Para tanto, este trabalho adotou como:

1.1.2 Objetivos específicos:

- a) Problematicar sobre a particularidade do capitalismo dependente no Brasil, suas características, determinações e relações externas e suas incidências sobre as políticas sociais diante da dependência;
- b) Discorrer sobre a Política de Saúde no Brasil, sua historicidade, contradições, tendências, disputas a partir dos marcos do capitalismo dependente sob o comando da ofensiva neoliberal;
- c) Analisar os documentos do Banco Mundial, que incidem sobre a Política de Saúde brasileira no período 2016 a 2023, considerando a complexidade do período pandêmico, suas reverberações e disputas nos processos de privatização da política de saúde diante do avanço da agenda privatista no Brasil.

1.2 Metodologia

Tendo em vista o objeto de estudo desta pesquisa - a privatização da política social de saúde brasileira e sua relação condicionalidades, orientações e imposições do Banco Mundial no período de 2016 a 2023. A metodologia é organizada em dois eixos estruturantes: o método e os procedimentos metodológicos.

1.2.1 O Método

Para apreensão deste cenário complexo, esta pesquisa tem como base teórico - metodológica, o pensamento crítico da tradição marxista como forma de compreender as contradições e interesses que envolvem a organização do Estado e suas relações sociais no sistema de produção capitalista.

No processo de conhecimento desse objeto de estudo, o método de Marx, *materialismo histórico-dialético* possui potencialidade para analisar os fenômenos sociais deste modelo de sociedade, observando suas contradições, conflitos e transformações. Este método desvela as relações sociais e contribui para a compreensão do real, ao ultrapassar esse imediatismo colocado pelo pensamento neoliberal (Netto, 2009).

Essa construção teórica implica em apreender a dinâmica e a estrutura do objeto estudado, no caso, o movimento das relações sociais no capitalismo dependente na cena contemporânea, entendendo-o como um processo, que não está sozinho, descolado de todas as outras questões internas e externas ao Brasil, mas sim envolvido em uma totalidade que não foi dada, e não está pronta e acabada, mas que está sendo construída historicamente (Netto, 2009).

Para Netto (2009), este método é essencial para compreensão da estrutura e da dinâmica

do objeto estudado, pois ele alcança a essência do objeto, “capturando sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimento analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método” (Netto, 2009, p. 674).

Neste sentido, ao utilizar este método para analisar as orientações do BM e mudanças que ocorreram na política de saúde no pós-golpe de 2016 a 2023, busca-se compreender a política social, a proteção social da seguridade social e a política de saúde como espaços de disputas de classes pelo fundo público, diante da oposição entre a agenda privatista e as lutas pela consolidação do SUS. Pensar sobre tudo isso exige considerar o desenvolvimento do capitalismo dependente brasileiro sob o controle externo do capitalismo central, por meio das imposições e exigências dos organismos internacionais.

Logo, este método torna-se imperioso para esta análise, caso contrário, corre-se o risco de se ignorar elementos essenciais para o entendimento das complexas relações sociais capitalistas. Por este método se consegue “[...] a reprodução ideal do movimento real”, apreende-se “o objeto tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva”, independentemente dos desejos, aspirações e das representações do pesquisador (Netto, 2009, p. 673). Desta forma, assume-se que a realidade tem existência objetiva e independente de qualquer interesse da pesquisa e da vontade do pesquisador, conseguindo então, apreender o objeto pesquisado em sua dimensão de *totalidade*³. E, sem esse percurso metodológico, não é possível conhecer o objeto como realmente ele é na sua integralidade, que é contraditória e não mecanicamente funcional.

1.2.2 Procedimentos metodológicos

Para subsidiar o método, os procedimentos metodológicos e instrumentais estão organizados por meio de dois momentos: a) levantamento bibliográfico; e b) pesquisa documental.

Para o estudo bibliográfico foi realizada uma leitura e análise de literaturas referentes ao debate sobre: a relação entre dependência e imperialismo no capitalismo; o Estado no capitalismo e sua particularidade dependente; a luta de classes diante da dependência no Brasil; a crise estrutural do capital; a contrarreforma do Estado neoliberal no país; políticas sociais e

³ Na perspectiva marxiana a categoria *totalidade* é a que permite a compreensão de que o objeto de pesquisa é um todo complexo constituído de leis de tendências e relações conectadas entre si, por um movimento que não é linear, ou de causalidade, mas dialético; e, por isso, caracterizado por contradições das quais resulta a unidade de contrários que, ao mesmo em que se opõem se influenciam mutuamente. (Santos, 2018).

ajustes neoliberais diante da condição de dependência; política de saúde no Brasil. agenda privatista e Banco Mundial entre outros, constituídos principalmente por livros, revistas, artigos e periódicos. Esta foi base para construir a trajetória histórica em que as decisões estão sendo tomadas no processo de privatização do SUS, identificando sentidos e significados no atual desenvolvimento do capitalismo dependente.

Sobre o estudo documental, foram selecionados e analisados 11 (onze) documentos produzidos pelo Banco Mundial no período de 2016 a 2023. Entre relatórios, diagnósticos e estratégias, o olhar aqui foi para as orientações diretamente relacionadas com a política de saúde brasileira no período. Nesta análise buscou-se compreender os mecanismos de orientação dos documentos elaborados por esta agência, elucidando as pautas para a atualidade dos países de desenvolvimento capitalista dependente, como o Brasil.

Com base nesses documentos, realizou-se uma pesquisa de cunho **quanti-qualitativo**, na medida em que se pretende contribuir com uma análise crítica a respeito do processo implementação das orientações do BM na política de saúde brasileira. Observando o seu contexto econômico, histórico, político e social sob o qual vem sendo desmontada a saúde pública, identificando e analisando nas referências bibliográficas, nos documentos do BM, nas ações das secretarias de saúde dos Estados do Centro-Oeste e nas pesquisas recentes componentes que expressem os fenômenos que representam as particularidades do capitalismo dependente brasileiro, materializado na política de saúde.

No decorrer da pesquisa fez-se uma breve análise das seguintes categorias: Estado, capitalismo dependente, ajuste fiscal, contrarreforma do Estado, política social, política de saúde entre outras, para mostrar como essas categorias são ressignificadas no capitalismo dependente contemporâneo com o objetivo de elevar a disputa pelo fundo público e ampliar a acumulação do capital.

Com base nessas duas modalidades de pesquisa, este trabalho, além da seção introdutória, está dividido em três partes:

Na **primeira parte** deste trabalho faz-se a fundamentação teórica da temática abordando a condição de dependência do Brasil inerente à forma de organização e desenvolvimento capitalista. Com base na teorização de analistas clássicos da formação social brasileira, como Florestan Fernandes (1975), (1995), entre outros. Depois, faz-se uma breve análise do Estado, da Política Social e da Política de Saúde e as conquistas e limites na sociabilidade capitalista. Para isso, temos Mandel (1982), falando do papel do Estado na fase do capitalismo tardio; Faleiros, (2000), que diz que a política social se tornou uma

grande estratégia na etapa do capitalismo monopolista do Estado; Bravo (2006), e as primeiras legislações sociais brasileiras; Fleury (2009) e Santos (2010), sobre o projeto da Reforma Sanitária e o processo constituinte, entre outros.

A **segunda parte** trata do processo da constituição do SUS nas particularidades do capitalismo dependente, o golpe de 2016 e pandemia. Tenta mostrar como o atual padrão de reprodução do capital, que atualmente tem na financeirização um de seus pilares fundamentais para acumulação. Neste debate está Braga (1997), afirmando que a financeirização como um novo padrão de acumulação de riqueza é originária das décadas de 1960, tendo os Estados Unidos como precursores; Bretas (2017) que considera que, nas economias dependentes, o fenômeno da financeirização é muito perverso, pois pressiona uma reorganização da base produtiva, onde se produz a riqueza da sociedade; Pereira; Duarte; Santos (2021) abordando os tempos difíceis e complexos na dinâmica atual do capitalismo dependente com avanços ultraliberais e ultraconservadores e um Estado comprometido com os privilégios da autocracia burguesa; e Rizzotto (2000), que aborda a relação BM e política de saúde.

A **terceira parte** é a análise dos dados coletados que nesta pesquisa ocorreu em dois momentos: no primeiro momento foram realizadas buscas no sítio eletrônico do Banco Mundial de documentos no período de 2016 a 2023 que abordassem a temática da saúde. Após esta etapa, foram selecionados onze documentos do Banco Mundial para o Brasil no período. Foi verificado que o Banco organiza suas produções da seguinte forma: documentos de planejamento estratégico, documentos de diagnóstico, documentos de projetos e relatórios anuais. Dos quais: quatro documentos exclusivos para a saúde foram identificados e analisados, dois documentos de 2018, um de 2020, um de 2023.

Para o segundo momento, foi realizada uma busca nos sítios das Secretarias de Saúde dos Estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. Também foi feita a análise da pesquisa *Estadic* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2022, e no Censo das Organizações Sociais Brasileiras: levantamento e caracterização, de 2021, realizado por Barcelos, *et al.* (2021), que buscou identificar e caracterizar os estabelecimentos geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSSs) no Brasil. Estas buscas foram para identificar elementos que caracterizassem a privatização da saúde, se orientações do Banco Mundial foram e/ou estão sendo incorporadas e/ou aprofundadas na política de saúde brasileira.

A pesquisa tentou mostrar que o processo de dependência, no qual o avançado processo de privatização da política de saúde brasileiras está inserido, tem, e muito, o braço forte do BM atuante como disseminador e provedor da ideologia neoliberal, que busca continuamente

estratégias para o fortalecimento do capitalismo, principalmente em países de economia dependente.

Não há, neste trabalho, pretensão de esgotar análise das diversas modalidades de privatização que temos vivenciado. Mas há uma atualização do debate, a respeito do avanço da prestação dos serviços de saúde via Organizações Sociais com utilização do fundo público. Além disso, a pesquisa nota um aprofundamento da defesa para redução do atendimento pelo SUS nas demandas de alta complexidade, a defesa de um sistema pobre direcionado aos pobres, que seja focado somente na atenção básica. Estes são elementos que estão enfraquecendo a confiança no SUS, até mesmo entre os seus usuários, com exemplar e bem-sucedida campanha realizada pelos meios de comunicação a serviço da classe dominante externa e interna.

2 A CONDIÇÃO DA DEPENDÊNCIA DO BRASIL, A POLÍTICA SOCIAL E DE SAÚDE

Para falar sobre a condição de dependência do Brasil é necessário trazer alguns dos grandes pensadores da sociologia clássica, entre eles Florestan Fernandes (1920-1995), que faz um debate minucioso sobre a formação sócio-histórica brasileira e o desenvolvimento do capitalismo dependente no Brasil. Além disso, este autor faz uma análise criteriosa a respeito das especificidades da formação e dominação burguesa no Brasil e, claro, da luta de classes. Entende-se que estas são questões essenciais porque incidem diretamente na dinâmica do capitalismo, do Estado e das políticas sociais no Brasil. Afinal, como disse Fernandes (1968, p. 21) “O capitalismo não é apenas uma realidade econômica. Ele é também, e acima de tudo, uma complexa realidade sociocultural [...]”.

2.1 As particularidades da formação social brasileira: dependência e autocracia

O subdesenvolvimento dos países surge e se reproduz continuamente no interior do processo de expansão capitalista. Dessa maneira, a contínua reprodução da situação de subdesenvolvimento faz com que esta não seja uma etapa a ser superada, mas sim uma forma de ser das economias dominadas pelo capital e pelos países centrais.

Ao longo da sua vasta obra, Florestan Fernandes – aqui faz-se referência a algumas que são base para abordagem desta temática: *Em busca do Socialismo* (1995), *Revolução burguesa no Brasil* (1976), *Sociedade de classes e subdesenvolvimento* (1968), e *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina* (1972) – construiu uma problematização sobre a formação da sociedade brasileira que carrega grande relevância teórica e política, em especial para o contexto de crises, redução de direitos e privatizações, como elemento estrutural e estruturante do capitalismo dependente.

Fernandes (1972, p. 13) afirma que o sistema básico de colonização e de dominação externa, vivenciado por quase todas as nações latino-americanas durante pelo menos três séculos, foi constituído de acordo com os requisitos econômicos, culturais e políticos do chamado “antigo sistema colonial”. Os colonizadores eram submetidos às vontades e ao poder das coroas de Espanha e Portugal, às quais deviam obediência e lealdade. Foi sendo formada e organizada na América Latina uma sociedade de dominação colonial.

[...] os fundamentos legais e políticos dessa dominação colonial exigiam uma ordem social em que os interesses das Coroas e dos colonizadores pudessem ser institucionalmente preservados, incrementados e reforçados, sem outras considerações. A estratificação resultante, porém, possuía grande flexibilidade,

favorecendo a absorção e o controle de massas de nativos, africanos e mestiços, classificados em categorias de castas ou mantidos fora das estruturas estamentais, como estratos dependentes. Sob tais condições societárias, o tipo legal político de dominação colonial adquiriu o caráter de exploração ilimitada, em todos os níveis da existência humana e da produção para o benefício das Coroas e dos colonizadores (Fernandes, 1972, p. 13).

Ainda de acordo com Fernandes (1972), esse período é compreendido entre os séculos XVI e início do XIX, e esta dominação externa calcada em relações políticas, econômicas e jurídicas impostas por Portugal e Espanha à América Latina corresponde à consolidação dos monopólios, no centro do capitalismo, que significa a própria consolidação do capitalismo enquanto modo de produção. Aqui o autor se refere à primeira fase de dominação externa da América Latina, a fase do colonialismo. Na sua análise das formas que o capitalismo assumiu ao longo da história do Brasil as fases de dominação externa da América Latina, além do colonialismo, o autor faz referência ao neocolonialismo, imperialismo e imperialismo total. Isso não quer dizer que finalizada uma inicia-se outra fase; o que acontece é que no decorrer do desenvolvimento do capitalismo estas fases vão se mesclando e se ajustando às novas necessidades e realidades dos mercados.

Apenas a partir do final do século XIX, as possibilidades mais amplas de mudança seriam observadas, o imperialismo impôs uma integração mais ampla e profunda da região à economia mundial e, ao mesmo tempo, desencadeou o desenvolvimento do capitalismo dependente na região latina. O autor diz que o capitalismo dependente, que se forma e se expande na fase imperialista, se desenvolveu tendo como ponto de partida o final da sociedade escravista. Assim, o capitalismo dependente constituiu a via de desenvolvimento do capitalismo no Brasil e de todos os outros países latino-americanos. Desta forma, “a dominação externa tornou-se imperialista, e o capitalismo dependente surgiu como uma realidade histórica na América Latina” (Fernandes, 1972, p. 16).

No Brasil, este movimento corresponde a um momento histórico de formações nacionais recentes ou em transição, no qual o modo de produção capitalista só pôde se estabelecer, de forma hegemônica, dadas as próprias vinculações históricas e pela conjugação de interesses entre os agentes econômicos privilegiados daqui e os do imperialismo central. Para Corsi (2022), o capitalismo impunha de fora para dentro novos padrões sociais, políticos, culturais e econômicos. Contudo, esses padrões eram reelaborados e modificados a partir das condições sociais, políticas e econômicas internas, comandados pela classe dominante interna. Ou seja, eram absorvidos seletivamente e adaptados às circunstâncias locais, gerando diferentes e peculiares articulações entre aspectos sociais e econômicos modernos e atrasados.

Nas palavras de Fernandes (1972), aqui no Brasil o moderno se manteve articulado ao atrasado, e a manutenção dessa articulação foi considerada fundamental para garantir os privilégios da classe dominante local. E desta forma, o desenvolvimento do capitalismo dependente ampliou consideravelmente os espaços de acumulação de capital para os países imperialistas e para os capitais nacionais, em decorrência de uma série de fatores, cabendo destaque para a ampliação dos mercados internos, dos investimentos na infraestrutura e das dívidas dos países latino-americanos: “em síntese, as economias dependentes foram transformadas em mercadorias, negociáveis à distâncias, sob condições seguras e ultra-lucrativas” (Fernandes, 1972, p. 17).

Na visão de Marini (2011), no Brasil havia interesses na dependência como vínculo estrutural, cuja existência delimitou a superexploração da força de trabalho e a espoliação dos recursos naturais, posto que a divisão internacional do trabalho necessitava ser conformada pela intensificação da desigualdade entre países que dessem vida a uma taxa média de lucro a ser apropriada pelos capitais financeiros monopolistas.

Assim, pode-se entender que a estrutura da organização da produção capitalista na América Latina e, claro, no Brasil nasce vinculada aos interesses do capitalismo central, num momento em que este redesenha sua própria dinâmica de valorização e coloca novas funções para o Estado. O Estado no capitalismo dependente atua radicalizando a histórica desigualdade social, herança das colonizações e fundamento da própria dependência. Vários autores concordam que, diferente dos centros capitalistas dos monopólios, onde este período correspondeu a uma certa ampliação da legislação social, no capitalismo dependente as funções do Estado, no que diz respeito à proteção social da classe trabalhadora, refletem as contradições da dominação externa.

Assim, em nossa região, o Estado atua para a acumulação do capital tanto para a burguesia nacional quanto para a imperialista, amplificando o papel coercitivo e de controle extraeconômico do Estado diante de suas debilidades estruturais. Sobre essa dominação externa Fernandes fala de três realidades que se apresentam no processo de constituição do capitalismo dependente:

A dominação externa, em todas as suas formas, produz uma especialização geral das nações como fonte de excedente econômico e de acumulação de capital para as nações capitalistas avançadas. Assim, as diferentes transições da economia colonial para a economia nacional ou da escravidão e do capitalismo comercial para o capitalismo industrial sempre produzem três realidades estruturais diversas. Primeiro, a concentração de renda, do prestígio social e do poder nos estratos e nas unidades ecológicas ou sociais que possuem importância estratégica para o núcleo hegemônico de dominação externa. Segundo, a coexistência de estruturas econômicas, socioculturais e políticas em diferentes “épocas históricas”, mas

independentemente e igualmente necessária para articulação e expansão de toda economia, como uma base para exploração externa e concentração interna de renda, do prestígio social e do poder [...]. Terceiro, a exclusão de uma ampla parcela da população nacional da ordem econômica, social e política existente como um requisito estrutural e dinâmico da estabilidade e do crescimento de todo o sistema. (Fernandes, 1972, p. 20).

Vale destacar que no processo de constituição do Brasil como um país do capitalismo dependente, as classes dominantes locais da época, não lutaram por sua autonomia em relação ao centro capitalista, estavam conformadas em atuar como forças subalternas, por receio de perder seus privilégios. A fragilidade da classe dominante, de acordo com Fernandes (1972), devia-se sobretudo à incapacidade de desenvolver o capitalismo a partir de recursos internos e ao perigo latente de revolta das classes dominadas. Dessa forma, abdicaram, receosas de perder a posição social que ocupavam, de promover qualquer transformação estrutural. Percebe-se então, que este comportamento se tornou recorrente na história desta região, ou seja, tornou-se um padrão de comportamento das classes dominantes da América Latina e no Brasil.

O autor afirma, ainda, que não haveria possibilidade de um desenvolvimento autônomo, que estaria fadado ao subdesenvolvimento, devido sobretudo à debilidade das burguesias locais e a perda de grande parte do excedente econômico. Diante do insuficiente excedente, as burguesias latino-americanas imprimiam uma superexploração do trabalho, o que requeria regimes autoritários (Fernandes, 1972). Sobre esta debilidade o autor afirma que:

[...] essa burguesia só é débil para promover a revolução burguesa segundo o modelo “clássico”, nacionalista democrático. Ela é bastante forte para se proteger e, especialmente, para estabelecer políticas econômicas que assegurem continuidade e aceleração do crescimento sem maiores repercussões no grau de democratização e de nacionalização das estruturas de poder (Fernandes, 1995, p. 134).

Sobre este ponto, Marini (2011), diz que tais debilidades dizem respeito à própria forma de integração ao mercado mundial, na esfera econômica com fragilidades produtivas frente à divisão internacional do trabalho e na esfera política da burguesia local, que não constroem projeto autônomo de desenvolvimento. Isso leva a uma dinâmica própria de desenvolvimento, como a concentração da renda, da propriedade, do poder e do prestígio social, características estruturais do capitalismo dependente, que gerou e mantém a exclusão social, política e econômica da maioria dos trabalhadores.

A outra fase analisada pelo Fernandes (1972), é a imperialista, situada no período que se seguiu a Segunda Guerra Mundial, que consolidou a ascensão dos Estados Unidos como potência hegemônica mundial e possibilitou a expansão do capital internacional na busca por

novos investimentos. As empresas multinacionais penetram profundamente em algumas economias periféricas, dominando seus setores mais dinâmicos e introduzindo novas formas de consumo, de organização empresarial, de concorrência, de propaganda e de produção num processo de integração da economia mundial. Essa convergência entre interesses externos e das elites locais conferiu estabilidade econômica e política à dominação burguesa no Brasil.

Este processo, na visão desse autor, reforça o subdesenvolvimento, dissolvendo qualquer ilusão de desenvolvimento autônomo. E este movimento de expansão determinado pelos interesses imperialistas se associa a uma burguesia nativa extremamente antinacional e antissocial, cuja mentalidade encontra suas raízes na mentalidade racista e violenta do senhor rural. Importa reforçar, que na visão dos autores, tanto a burguesia dependente como o Estado dependente são marcados por debilidades estruturais que precisam ser compensadas por ações autoritárias do Estado. Pois a democracia, de acordo com Fernandes (1972), seria um obstáculo ao auto privilégio que as classes burguesas se reservaram para enfrentar a industrialização e a transição para o capitalismo monopolista.

Sobre esse autoritarismo, Fernandes (1995) afirma que o Brasil é o que melhor representa o modelo de revolução autocrático-burguesa, pois a militarização do poder estatal serviu de apoio à reaglutinação e à reorientação da dominação burguesa, que se adaptou rapidamente às complexas exigências para o capitalismo monopolista, para a obtenção das vantagens econômicas e velhos e novos privilégios que se ajustaram. Assim, tanto a burguesia nacional quanto a burguesia das nações capitalistas hegemônicas se beneficiaram direta e indiretamente do desenvolvimento capitalista dependente, os demais vivenciaram o aprofundamento das desigualdades. E no momento de acirramento de classes que se constitui no Brasil a autocracia burguesa, como a forma política própria da dominação burguesa no Brasil. A autocracia como um dos elementos do regime anterior, que não se dissolveu totalmente e que foi renovado como forma de dominação burguesa.

Fernandes analisa também o Estado neste processo de autocracia burguesa, diz que:

Sob certos aspectos ele lembra o modelo ideal nuclear, como se fosse um Estado representativo, democrático e pluralista; sob outros aspectos ele constitui a expressão acabada de oligarquia perfeita que se objetiva tanto em termos parterralistas-tradicionais quanto em termos autoritários e modernos; por fim, vários aspectos trazer a existência de formas de coação, de repressão e de opressão ou de institucionalização a violência e de institucionalização da violência e do terror, que são indisfarçavelmente fascistas [...] O Estado se diferencia e, ao mesmo tempo, satura sua estrutura constitucional e funcional de uma maneira tal que fica patente ou que se pratica, rotineiramente uma democracia restrita ou se nega a democracia. Ele é literalmente um Estado autocrático e oligárquico. Preserva as estruturas e funções democráticas, mas para os que monopolizam simultaneamente, o poder econômico, o poder social e o poder político usam o Estado exatamente para criar e manter uma dualidade intrínseca da ordem legal e política, graças à qual o que é oligarquia ou

opressão para a maioria submetida, é automaticamente democracia e liberdade para a minoria dominante (Fernandes, 1976, p. 360).

Assim, o Estado na autocracia burguesa é o que garante a manutenção do poder e da ordem burguesa, no Brasil este Estado garantiu a incorporação dependente do país na economia mundial, sob o qual não há espaço para qualquer anseio democrático. Nesta mesma linha de Florestan Fernandes, Netto (2009) afirma que:

O Estado erguido no pós-64 tem por funcionalidade assegurar a *reprodução do desenvolvimento dependente e associado*, assumindo, quando intervém diretamente na economia, o papel de repassador de renda para os monopólios, e politicamente mediando os conflitos setoriais e intersetoriais em benefício estratégico das corporações transnacionais na medida em que o capital nativo ou está coordenado com elas ou com elas não pode competir (e não é infrequente que a coordenação se dê também por incapacidade de competir) (Netto, 2009, p. 27-28, grifos do autor).

A resistência por parte dos dominantes em promover transformações estruturais na sociedade e a manutenção de muitos de seus aspectos arcaicos se devem sobretudo a duas razões, a saber: “o receio de um levante das massas populares e a fraqueza das classes dominadas em termos de organização e consciência política” (Corsi, 2022, p. 239). Então o crescimento econômico do capitalismo brasileiro mostra-se incapaz de superar a situação de dependência externa, porque é também uma opção política das classes dominantes internas, que reconhecem no subdesenvolvimento e na dependência o seu interesse e a forma de manter sua posição econômica e social. E quando se sentem ameaçados fazem uso da força, da violência como forma de manutenção do poder.

Assim, considerando as análises destes autores, o projeto das classes dominantes da América Latina e do Brasil seria o de capitalismo dependente. Como ocorre com os interesses privados externos, os interesses privados internos estão empenhados na exploração do subdesenvolvimento em termos de orientações extremamente egoístas e particularistas. No debate de Florestan Fernandes é possível entender que o Estado foi um instrumento essencial dessa estruturação da dependência, se tornou o fio condutor para a adaptação do espaço econômico e político interno aos requisitos estruturais e dinâmicos do capitalismo central. Teve papel central em todo o processo de consolidação desses novos impulsos econômicos e políticos próprios da reorganização do capitalismo a nível mundial.

O capitalismo dependente como projeto poderia ser interpretado como a integração associada ao capital estrangeiro na fase do imperialismo total. A estratégia de integração neoliberal na fase de mundialização do capital, inspirada no Consenso de Washington, seria um desdobramento desse projeto, que avançou de forma avassaladora pela América Latina a

partir do final da década de 1980 e culminou aqui no Brasil nos anos de 1990.

Sobre o famoso Consenso de Washington Pereira (2009) discorre que se tratou de um amplo acordo econômico formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington, como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos. Dessa reunião, saiu um pacote com recomendações para reformas políticas e econômicas que deveriam ser seguidas por praticamente todos os países da América Latina e do Caribe, visando estabelecer metas de desenvolvimento econômico para os países de capitalismo dependente⁴.

No caso brasileiro, a forma pela qual se deu a inserção no capitalismo global, sob o comando de Fernando Henrique Cardoso, foi o aprofundamento do projeto da burguesia dependente brasileira. Este padrão histórico de comportamento político das classes dominantes brasileiras expressa as suas fraquezas, que derivam em última instância da própria situação de dependência, que por sua vez também condiciona o desenvolvimento desigual e combinado do capitalismo dependente (Corsi, 2022).

Cabe pontuar que esta condição de dependência dos países periféricos não se trata de uma inovação da era do capital imperialista mundializado, mas da readequação de um fenômeno antigo às necessidades contemporâneas de acumulação do capital. A acumulação capitalista contemporânea exige a centralidade do Estado no fomento e na garantia das condições gerais da acumulação, mas subordinado à dominação imperialista.

2.2 Estado e Política Social no capitalismo dependente

A relação capital/trabalho no capitalismo dependente tem como característica o aumento das expressões da questão social⁵ entre elas o pauperismo, o desemprego, a superexploração da classe trabalhadora e a violência para manutenção da exploração. Para Behring (2016), o ciclo de reprodução do capital nas economias dependentes agudiza a compressão do consumo e intensifica a separação entre a esfera produtiva e as necessidades reprodutivas da classe

⁴ O Consenso de Washington foi organizado em um conjunto de dez prescrições de política econômica consideradas eficazes, destinado aos países em desenvolvimento. As prescrições abrangeram políticas de promoção do livre mercado, como a liberalização comercial e financeira e a privatização de ativos estatais. Recomendavam também políticas monetárias e de gasto público destinadas a minimizar os déficits orçamentários e a despesa pública. O modelo foi imposto aos países pobres pelo imperialismo norte-americano e suas instituições aliadas. A mensagem foi o livre comércio sem tarifas e outras barreiras, o livre fluxo de capitais e a regulação mínima – um modelo que beneficiava especificamente a posição hegemônica dos EUA (Pereira, 2009).

⁵ A questão social é fruto da contradição capital x trabalho inscrita na sociedade capitalista sob a forma de exploração da classe trabalhadora pelo capital na produção da riqueza social. É uma categoria que reflete a contradição entre o proletariado e a burguesia (Iamamoto, 2004).

trabalhadora.

Nesse contexto, analisar política social é uma tarefa complexa e desafiante, pois esta categoria é compreendida como mediação do Estado com a sociedade a partir das pressões e lutas sociais determinadas pelas relações de produção capitalistas de cunho coletivo, mas com apropriação privada, que resultam em antagonismo entre classes sociais e suas consequentes desigualdades socioeconômicas.

As políticas sociais são entendidas aqui como resultados das reivindicações da classe trabalhadora, mas que colocam certo limite nos superlucros capitalistas e, também, acabam evitando, de certa forma, uma ruptura da sociabilidade capitalista. Para entender esta relação complexa e contraditória, no estudo da política social é preciso considerar o contexto histórico em suas dimensões econômica, social e política, além da relação contraditória do Estado com cada dimensão no referido contexto. Consiste também em desvelar e identificar as particularidades do capitalismo dependente que conformam as relações sociais e incidem de forma significativa na dinâmica das políticas sociais no Brasil. Como afirma Netto (2011),

[...] as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde por antecipações estratégicas. Entretanto, a dinâmica das políticas sociais está longe de esgotar-se numa tensão bipolar – segmentos da sociedade demandantes/Estado burguês no capitalismo monopolista. De fato, elas são resultantes extremamente complexas de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confrontos e conflitos (Netto, 2011, p. 29).

Antes de adentrar nestas particularidades é necessário relembrar que no decorrer do processo histórico foram constituídas diferentes formas de políticas sociais, compreendidas aqui como um conjunto de ações organizadas pelo Estado sem promover, contudo, alterações na forma de organização do modelo capitalista de produção. Ou seja, as demandas da classe trabalhadora foram sendo instituídas de forma tímida ao longo dos anos sem questionar a extração da mais-valia⁶ do trabalho pelo capital. O acirramento de classes se intensifica nos momentos de crise do capital, quando o Estado é chamado para gerir através do atendimento de demandas dos trabalhadores para acesso a bens ou serviços que possam promover ou ampliar a participação do trabalhador nesta sociedade (Behring, 2000).

Para Bravo (2006), a emergência das reivindicações por direitos sociais coincide,

⁶ A força de trabalho durante a jornada de trabalho produz mais valor que aquele necessário à sua produção/reprodução, valor esse expresso no salário; assim, mesmo pagando o valor da força de trabalho, o capitalista extrai da jornada de trabalho do trabalhador um excedente [...] do valor criado pela força de trabalho. A parte que excede o valor de sua produção/reprodução é apropriada pelo capitalista, a relação capital/trabalho, personalizada na relação capitalista/proletário. Consiste, pois, na expropriação do excedente devido ao produtor direto (o trabalhador). E é nessa relação de exploração que se funda o modo de produção capitalista. (Braz, Netto, 2007, p. 101).

aproximadamente, com o encerramento da etapa liberal do desenvolvimento capitalista e ocorre no interior de todo o sistema. No processo de industrialização nos países centrais, a assistência à saúde foi sendo assumida pelo Estado aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Refere-se diretamente às crises econômicas das primeiras décadas do século XX que levaram também à redefinição os subsistemas centrais e periféricos do capitalismo e à ampliação das funções do Estado, que passa a se configurar como um planejador, que organiza suas funções dentro da sociabilidade capitalista.

Neste sentido, é preciso compreender o papel do Estado e da luta de classes na dinâmica do capitalismo dependente e a configuração da política social no contexto. Por isso, estudar política social implica considerar o movimento do capital e, ao mesmo tempo, os movimentos sociais concretos, que, no contexto da política de saúde, o obrigam a cuidar da saúde, da duração da vida do trabalhador, da sua reprodução imediata e a longo prazo. Além disso, é necessário considerar também as conjunturas econômicas e os movimentos políticos em que se identificam alternativas a uma atuação do Estado.

Para Faleiros (2000), a política social se tornou uma grande estratégia na etapa do capitalismo monopolista do Estado. Aqui o papel do Estado é proteger, financiar e suportar o capitalismo monopolista, tanto nos países hegemônicos quanto nos países dependentes. Ele afirma também que com a crise de 1930, consolida-se o modo de produção capitalista monopolista, que entra numa fase expansionista depois da segunda guerra mundial, com a hegemonia americana. Para ele, se há um campo onde se torna necessário considerar o movimento real e concreto das forças sociais e da conjuntura, é o da política social.

A contradição inerente às políticas sociais acaba sendo dissimulada pelas ideologias humanistas, progressistas ou liberais, que apresentam estas medidas como instrumento de igualdade social, de melhoramento do bem-estar, de igualdade de oportunidade. No entanto, as mediações realizadas pelo Estado se limitam e se dinamizam pela força de dominação da burguesia e pela força dos movimentos das classes subordinadas, de sua capacidade de obter concessões e de constituir alternativas concretas ao poder existente (Faleiros, 2000).

Ao olhar para o cenário brasileiro, Bravo (2006) afirma que, aqui no Brasil, somente no início do século XX começam a surgir algumas iniciativas de organização de trabalhadores da economia capitalista exportadora cafeeira com reivindicações para melhores condições de vida e trabalho e, para questões ligadas à área da saúde, que foi evoluindo e se fortalecendo, tornando-se pautas de lutas.

Pela primeira vez, a saúde surgia como questão social no Brasil. Com o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento

industrial, a questão da saúde ganhou novos contornos, pois as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão-de-obra. As medidas de saúde pública caracterizaram-se pela tentativa de modernização e extensão de seus serviços por todo o país. A reforma promovida por Carlos Chagas em 1923 visava incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado (Lima; Pinto, 2003).

A Reforma Carlos Chagas de 1923, que foi a primeira grande reforma da Previdência Social no Brasil e marcou o início da organização do sistema previdenciário brasileiro. Implementada por meio da Lei Eloy Chaves, de 24 de janeiro de 1923, mas ficou conhecida como Reforma Carlos Chagas porque foi coordenada pelo médico e sanitarista Carlos Chagas, que presidiu a comissão encarregada de estudar e propor melhorias no sistema previdenciário, (Bravo, 2006).

Neste sistema, que também é conhecido como as primeiras iniciativas de uma Seguridade Social brasileira, eram previstos: “[...] assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral” (Bravo, 2006, p. 90). Esta reforma foi importante porque influenciou a criação de sistemas de proteção mais amplos, como os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), na década de 1930, e mais tarde o INSS. Diante destes movimentos, a partir dos anos de 1920 a 1930, inicia-se efetivamente a intervenção estatal via política social no Brasil, que é materializada pela estruturação do sistema previdenciário que, mesmo de forma inicial, demarca a instituição do sistema de proteção social brasileiro.

É importante mencionar aqui que a Lei Eloy Chaves foi elaborada com um caráter corporativista e setorial, voltado exclusivamente aos trabalhadores do setor ferroviário. Esse modelo acabou sendo replicado em outras categorias ao longo da década, mas sempre de forma fragmentada. Cada empresa ou setor tinha sua própria caixa de previdência, o que gerava uma profunda desigualdade no acesso aos benefícios, já que a qualidade da proteção social dependia da capacidade econômica e administrativa de cada empregador. Assim, trabalhadores de empresas menos estruturadas ficavam em desvantagem, o que se configura com a criação de uma nova desigualdade dentro de um sistema já extremamente desigual.

Outro aspecto desta lei é que era voltada apenas para os trabalhadores urbanos e assalariados, especialmente aqueles ligados ao setor público ou empresas estratégicas. Em um país majoritariamente agrário na época, a exclusão dos trabalhadores rurais do sistema previdenciário evidenciava a falta de universalidade da proposta, reforçando desigualdades sociais e regionais.

Além disso, a ausência de uma política nacional unificada de previdência prejudicava

a padronização e fiscalização das CAPs, que funcionavam de forma autônoma e descentralizada. Sem diretrizes gerais bem definidas, o sistema era vulnerável à má gestão, à falta de transparência e à ineficiência, o que acabou comprometendo sua sustentabilidade a longo prazo

Dessa forma, embora a Lei Eloy Chaves represente um passo importante na construção da seguridade social brasileira, é necessário compreendê-la dentro de seus limites históricos, sociais e estruturais. Sua implantação refletiu os interesses e prioridades de uma elite urbana e industrial, sem considerar amplamente os trabalhadores marginalizados, como os rurais e informais.

Neste processo os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) eram organizados por categorias profissionais, e com eles começava a existir assistência médica previdenciária. Por intermédio dessas autarquias, os IAPs, o Estado passava também a controlar a concessão de benefícios no âmbito da seguridade social (Lima; Pinto, 2003). Esse foi o momento histórico da aceleração do processo de urbanização, da ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, a acumulação de capital industrial, todos esses aspectos faziam com que a sociedade demandasse políticas sociais capazes de dar conta das questões sociais, sobretudo os de saúde.

Cabe pontuar sobre o processo de desenvolvimento dependente no qual o Brasil se organiza neste momento de estruturação da política social brasileira. A crise capitalista de 1929/1930 trouxe consigo modificações no comércio internacional que implicaram em expressivos problemas para os países latino-americanos, pois ocorreu uma redução das importações.

Esse cenário contribuiu para a adoção de um conjunto de políticas econômicas originalmente direcionadas ao combate dos efeitos da crise, que concorreram também para o processo de industrialização dos países da América Latina. Nesse processo tem-se o ator central, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), que busca por recomendações e medidas a serem tomadas pelos latino-americanos (Monteiro, 2022). No entanto, o que se viu foi a defesa do subdesenvolvimento da América Latina como parte do desenvolvimento do capitalismo e não como uma etapa anterior pela qual as economias precisam superar.

Também a partir década de 1930 vê-se um maior protagonismo do Estado frente ao acirramento das relações sociais capitalistas, enquanto instituição responsável pela organização e oferta de políticas sociais que melhorem as condições de vida e trabalho das pessoas e promovam a proteção social dos trabalhadores, ao tempo que atende,

inevitavelmente, as necessidades do capital. De acordo com Harvey (2006), Marx não abordou, propriamente, o papel do Estado neste contexto; mas, esta concepção está difundida em suas obras e, atualmente vários aspectos, tanto da produção quanto do consumo, estão afetados direta ou indiretamente por políticas do Estado que asseguram o funcionamento das relações de produção capitalista.

Nesta mesma perspectiva, Ernest Mandel (1982) faz uma divisão histórica e metodológica das fases do capitalismo para explicar qual é a função do Estado na fase atual de desenvolvimento das forças produtivas, o capitalismo tardio. Ele afirma que nesta fase o Estado é um produto da divisão social do trabalho, e delimita suas funções em 3 (três) grandes áreas de atuação, a saber:

1) criar condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas; 2) reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de parcelas da classe dominante através do aparato estatal (Exército, polícia, sistemas judiciário, monetário, penitenciário e aparato legal); 3) Criação de formas que garantam a ideologia da classe dominante seja aceita pela classe dominada como válida como forma de aceitar a exploração. Esta última seria então a função integradora do Estado que é efetivada através, sobretudo, de uma educação direcionada a reprodução e manutenção ideológica da sociedade. (Mandel, 1982, 332-333).

Este mesmo autor diz que, nos governos mais progressistas, há uma falsa crença de redistribuição que tira do capital para o trabalho. Na verdade, é um reformismo que tem como finalidade estabilização efetiva da economia capitalista e de seus lucros nos momentos de crise. Este *Estado social capitalista* assume importante papel na regulação das relações econômicas e sociais, constrói um sistema de proteção social de natureza capitalista, assentado em políticas sociais destinadas a promover trabalho, educação, saúde, previdência, habitação, transporte e, quando for o caso, assistência social. Sobre este ponto ele afirma:

[...] economicamente falando, essa “administração de crises” inclui todo o arsenal de políticas governamentais anticíclicas, cujo objetivo é evitar, ou pelo menos adiar tanto quanto possível, o retorno de quedas bruscas e catastróficas como a de 1929/32. Socialmente falando, ela envolve esforço permanente para impedir a crise cada vez mais grave das relações sociais de produção capitalista por meio de um ataque sistemático à consciência de classe do proletariado. Assim o Estado desenvolve uma vasta maquinaria de manipulação ideológica para “integrar” o trabalhador à sociedade capitalista tardia como consumidor, “parceiro social” ou “cidadão” [...] o Estado procura constantemente transformar qualquer rebelião em reformas que o sistema possa absorver [...] (Mandel, 1982, p. 340-341).

Neste sentido, é ilusório imaginar que o Estado capitalista possa ser transformado em socialista via reformas sociais, ou seja, pela via de políticas sociais organizadas em um sistema de proteção social, até porque não é uma oferta pontual ou a instituição de um programa que se

pode chamar de sistema de proteção social, como afirma Boschetti.

[...] só se pode falar em sistemas de proteção social públicos a partir da regulação estatal que passa a se materializar após a crise de 1929 e se expande após a Segunda Guerra Mundial. Isso porque um sistema de proteção social não é somente a justaposição de programas e políticas sociais, e tampouco se restringe a uma política social, o que significa dizer que a existência de políticas sociais em si não constitui um sistema de proteção social [...] tem como premissa o reconhecimento legal de direitos e a garantia de condições necessárias ao exercício do dever estatal para garanti-los (Boschetti, 2016, p. 26).

Ao buscar a teoria marxista do Estado, Harvey (2006) afirma, de antemão, que o Estado sempre esteve presente na sociedade capitalista e que assume diferentes atuações de acordo com a evolução e amadurecimento deste sistema. Este autor sustenta que, embora o Estado possua uma aparente autonomia em relação ao conjunto da sociedade, na verdade ele é a expressão da classe dominante, é um instrumento de dominação de classe, ele se organiza para sustentar as relações entre o capital e o trabalho. O capitalismo não se sustentaria sem o apoio do Estado. Além disso, o Estado inevitavelmente envolve-se na administração de crises e age contratendência da queda da margem de lucro. Em todos estes aspectos, a intervenção do Estado é necessária, pois um sistema com base em interesse próprio e na competição não é capaz de expressar o interesse de classe coletivo.

Sobre esta aparente autonomia ou neutralidade do Estado, Faleiros (2000) afirma que o Estado age como um formador de consensos entre o capital e o trabalho. Força as partes a negociarem e, se necessário, impõe uma solução à força para manter a forma mercantil global da sociedade.

O estado não é um árbitro neutro, nem um juiz do bem-estar dos cidadãos. Nem é um instrumento, uma ferramenta nas mãos da classe dominante, para realizar seus interesses. O Estado é uma relação social. Neste sentido o Estado é um campo de batalha, onde as diferentes frações da burguesia e certos interesses do grupo no poder se defrontam e se conciliam com certos interesses das classes dominadas [...] o Estado é ao mesmo tempo, lugar de poder político, um aparelho coercitivo e de integração, uma organização burocrática, uma instância de mediação para a práxis social, capaz de organizar o que aparece num determinado território com o interesse geral [...] o Estado resume, condensa, mediatiza as relações sociais [...] não está somente em função dos interesses da classe dominante. Ele pode integrar, dominar, aceitar, transformar, estimular certos interesses das classes dominadas. O Estado é hegemonia e dominação (Faleiros, 2000, p. 52).

Neste sentido, sendo o Estado o organizador e executor da política social, essa é sempre um resultado que envolve mediações complexas – socioeconômicas, políticas, culturais, e sujeitos políticos, forças sociais, classes sociais – que se movimentam e disputam hegemonia nas esferas estatal, pública e privada.

Boschetti (2016) diz que a intervenção estatal se tornou decisiva na definição de normas

e regras e na garantia de fundo público, necessárias ao desenvolvimento e sustentação de políticas sociais, que passaram a constituir novos sistemas de proteção social, inexistentes até então.

Concordando com os autores, entende-se, então, que as políticas sociais do Estado capitalista são contraditórias, porque ao mesmo tempo em que tem de atender necessidades sociais, impondo limites às forças e lucros do mercado, o faz preservando a integridade das relações do modo de produção capitalista, e ainda atua para a manutenção de um Estado dependente.

Monteiro (2022) reforça que não é possível compreender o desenvolvimento da política social na América Latina sem considerar seu histórico colonial, as lutas pela independência, o sistema escravocrata e a luta pela abolição da escravidão, porque, enquanto a Europa enriquecia, a América Latina lutava para romper laços de dominação externa e interna, inspirada ainda pela Revolução Francesa e pela independência das colônias americanas, tudo isso associado à condição de dependência.

Esse é o tipo de Estado que ocupa a centralidade na mundialização⁷ do capital, um Estado cuja soberania corresponde aos interesses do capital e da sua classe dominante externas e internas. Como afirmou Mandel (1982), no atual desenvolvimento das forças produtivas o Estado é, essencialmente, uma máquina capitalista; e que seu compromisso maior é com a criação de condições que possam assegurar a atividade privada.

Para Brettas (2017), a constituição das bases da política social brasileira se dá em um terreno permeado de contradições, a luta pela garantia de direitos se afirma no bojo da cultura do favor e do coronelismo. A autora afirma que:

A modernização conservadora, que caracteriza a consolidação do capitalismo monopolista, será marcada pela concentração de renda, intensificação das desigualdades regionais e pela precarização da classe trabalhadora em meio a uma ditadura empresarial-militar. Estes elementos têm desdobramentos sobre a dinâmica da luta de classes e, portanto, sobre as respostas que o Estado apresenta às expressões da questão social (Brettas, 2017, p. 6).

Desde a década de 1930, com o advento da consolidação do modo de produção capitalista há uma combinação do setor privado no provimento de serviços sociais associado a ações de caridade de forma que se configurou uma política social fragmentada e corporativa.

⁷ A mundialização do capital é o triunfo do capital financeiro e especulativo sobre o capital produtivo. “a palavra globalização ou mundialização representa um convite imediato a escolher ou criar instrumentos analíticos que permitam captar uma totalidade sistêmica”. É a pretensão do capital financeiro de dominar o movimento do capital em sua totalidade, acentuando os fatores de hierarquização entre os países, ao mesmo tempo que redesenham sua configuração. (CHESNAIS, 1996, p. 13-20).

Este modelo de garantia de direitos caminhou neste formato até a Constituição Federal de 1988.

Para o BM, a política social não é vista como um direito, mas como um paliativo para os momentos “difícultosos” do desenvolvimento do capital. Por isso, o Estado deve intervir de maneira residual, com políticas para incentivar e manter o consumo e não prejudicar a produção. Ou seja, é o capital preocupado em se manter vivo e forte e, para isso, orienta que o Estado mantenha as condições adequadas para o seu desenvolvimento.

E com todo este processo, a configuração das políticas sociais na economia dependente brasileira possui contornos bem distintos daqueles dos países do centro capitalista, mesmo com os limites e restrição próprios do sistema. Aqui, entre as características que assumem essas realidades, destaca-se a noção de que políticas sociais e garantias de direitos sociais são “gastos” que precisam ser controlados.

No Brasil, as políticas sociais são marcadas pela omissão estatal com políticas insuficientes, focalizadas, pontuais, subfinanciadas (disputa pelo fundo público), direcionadas a situações extremas de pobreza. Outro elemento importante é a superexploração da força de trabalho e a submissão a um mercado precarizado e informal com salários rebaixados. As políticas sociais na América Latina são estruturalmente inviabilizadas pela manutenção da situação de dependência e, no Brasil, a lógica das migalhas dá o tom das políticas sociais.

Diante deste cenário, Boschetti (2016) relembra a importância de se lutar pelas políticas sociais. Afirma que as políticas sociais são conquistas civilizatórias que não foram e não são capazes de emancipar a humanidade do modo de produção capitalista, mas instituíram sistemas de direitos e deveres que, combinados com a instituição de tributação mais progressiva e ampliação do fundo público, alteraram o padrão de desigualdade entre as classes sociais, sobretudo a partir de sua expansão na segunda metade do século XX.

2.3 A Política de Saúde

A saúde é uma dimensão necessária para a existência e dignidade humana. Nesse sentido, as políticas de saúde pública são de grande importância enquanto estratégias governamentais, capazes de criar condições sanitárias favoráveis, que visem preservar a saúde dos membros de uma sociedade. Desta forma, o estudo em políticas de saúde precisa considerar as múltiplas determinações que culminam na intervenção do Estado no sentido de promover acesso dos trabalhadores a este direito tão vital para sociedade.

Nesse aspecto é importante salientar que, até o século XVII, os cuidados coletivos dos doentes eram desempenhados pela assistência privada. Não havia, até esse momento, uma

preocupação com a saúde da população. De acordo com Foucault (1982), o deslocamento da assistência aos pobres para os cuidados com a saúde em geral é resultado dos efeitos econômicos e políticos da acumulação material. Esse processo se deu devido ao crescimento demográfico e ao desenvolvimento dos mecanismos de produção, em que a população se torna um elemento a ser governado a partir tanto dos efeitos de conjunto – natalidade, morbidades, mortalidades – quanto da necessidade não apenas de assujeitamento, mas de majoração de sua utilidade.

Ainda de acordo com Foucault (1982), o que o século XVIII mostra é um processo de migração da saúde/doença de um campo privado (quando era assegurada por fundações de caridade) para uma dimensão coletiva e, por conta disso, pública, uma vez que o Estado se tornará uma das múltiplas instâncias que responderão a essas demandas da população. O surgimento progressivo da grande medicina não pode ser dissociado da organização de uma política de saúde e da consideração da doença como um problema político e econômico que se coloca às coletividades. Opera-se neste momento uma distinção entre os grupos de pessoas, como torná-las úteis, saudáveis e produtivas por mais tempo.

Desta forma, a saúde e o bem-estar físico da população se tornam objetivos essenciais do poder político, que passou a entender a saúde como a preservação, manutenção e conservação da força de trabalho (Foucault, 1982). Desta forma, percebe-se que a saúde como uma política social está associada ao desenvolvimento das forças produtivas e a preocupação com o controle e manutenção da força de trabalho.

A participação direta do Estado na área da saúde assumiu diferentes modalidades no decorrer dos anos. Donnangelo (1975) identificou duas linhas de abordagens predominantes na participação do Estado na oferta de serviços de saúde: A primeira é a tendência mundial de estatização dos serviços públicos, o que seria a incorporação de interesses coletivos como resultante do aumento das responsabilidades sociais do Estado na sua necessidade ao dar resposta e propiciar as condições para o desenvolvimento capitalista.

Seria, então, uma concessão de direitos da pessoa humana a um mínimo de bem-estar em um contexto de expansão do capitalismo e do adoecimento dos trabalhadores, aliada às dificuldades de acesso a este serviço devido ao alto custo. Mas esta participação assume particularidades distintas a depender do estágio de desenvolvimento do capitalismo em cada país.

A segunda linha de abordagem é caracterizada pela dimensão mais racional da ação estatal, sobretudo nas tarefas de coordenação dos serviços de saúde com vistas à elevação da produtividade deste serviço. Incorpora a primeira dimensão de atuação e realiza uma ação

centralizada no sentido de corrigir distorções no setor, compreendidos como “problemas administrativos”. Define também como seria a organização dos serviços de saúde como “insumos (política, planificação, recursos e programas), o processo (procedimentos, padrões, utilização, eficiência e custo), e o rendimento ou eficácia (estado de saúde da população, satisfação e comodidade dos usuários)” (Donnangelo, 1975, p. 02).

Além disso, em análises referentes à uniformidade e previsibilidade da ação estatal na correção dos desequilíbrios entre oferta e consumo, a participação do Estado no setor de assistência médica é condicionada ao volume e à natureza dos recursos disponíveis. É importante frisar aqui que esta participação foi resultado de uma pressão da classe trabalhadora no avanço de desigualdades econômicas e sociais no interior da organização social capitalista.

Nesta perspectiva, Donnangelo (1975) afirma ainda que a conquista de direitos sociais, mediada pela interferência estatal, diz respeito ao papel desempenhado pelo Estado de classe na manutenção da ordem social capitalista. Neste sentido, não se trata de dar uma resposta a interesses coletivos, mas de um processo de acomodação de interesses de diferentes classes sociais, diretamente relacionada à continuidade do sistema. Entende-se então, que o padrão de desenvolvimento dos direitos sociais em sua dimensão mais geral é um processo que ocorre no interior de todo o sistema capitalista e envolve também as configurações assumidas pelas dinâmicas das relações de classes e suas particularidades no capitalismo dependente.

Neste sentido, a participação estatal na assistência médica pode ser vista sob duas perspectivas: a primeira como uma conquista da classe trabalhadora via luta de classes por melhores condições de saúde; a segunda revela-se como parte de um processo de reatualização, pelo Estado, de condições necessárias à preservação e aos desdobramentos da sociabilidade capitalista (Donnangelo, 1975). Este é o elemento contraditório do Estado e da configuração da política social no capitalismo, não pode ser identificada somente como funcional ao sistema, ela é também uma conquista dos trabalhadores diante do avanço do capitalismo e da intensificação de exploração do trabalho pelo capital.

Como já abordado no item anterior, no Brasil, a partir da década de 1930, as características econômicas e políticas advindas do processo de industrialização impulsionam uma redefinição do papel do Estado em dar respostas às reivindicações da classe trabalhadora assalariada através da instituição de políticas sociais nacionais, que, nas palavras de Bravo (2006), ocorreram de forma “orgânica e sistêmica”. Este processo de instituição de política sociais se deu sob comando do capitalismo industrial e teve como uma de suas principais características a intensa urbanização, que se materializou na ampliação da classe trabalhadora

urbana vivendo em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Nesse período, a política de saúde já tinha adquirido um caráter nacional e foi organizada em duas linhas de atuação: saúde pública, que focalizou na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas; e a de medicina previdenciária.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado (Bravo, 2006, p. 92).

A autora segue avaliando que o modelo de saúde que passou a ser implementado nas décadas de 1930 a 1945 foi de “orientação contencionista”, ou seja, houve uma diminuição dos gastos com a política de saúde como efeito pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. Nas décadas seguintes, principalmente nos anos de 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, houve melhoria nas condições sanitárias da população, mas esse avanço não foi suficiente para eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

No período supramencionado, já havia uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, com uma corporação médica organizada ligada aos interesses capitalistas e que cobrava o financiamento do setor privado pelo Estado. Assim, havia uma defesa clara da privatização dos serviços de saúde pela classe médica da época. Mesmo assim, a assistência médica desta época era, essencialmente, ofertada pelo Estado via institutos, situação que se modifica a partir do golpe de 1964, quando se instala no Brasil o regime ditatorial que prevaleceu até meados da década de 1980.

O período ditatorial foi marcado pelo aprofundamento da questão social ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira vivenciou a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico, político e social que modelou uma nova forma de organização e intervenção estatal. Nesse período, a atuação do Estado oscilou no “binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade e suavizar as tensões sociais” (Bravo, 2006, p. 93). Com isso, era possível legitimar o regime de ditadura militar que teve como eixo central criar condições para acumulação do capital.

No entanto, este modelo, caracterizado pela predominância da participação da

Previdência Social, através de ações curativas e comandadas pelo setor privado, não conseguiu se sustentar por muito tempo. Assim, ao final da década de 1970, diante do agravamento da questão social e do acirramento da luta de classes, intensificaram-se as pressões por mais efetividade da intervenção estatal na saúde: eram os movimentos sociais rumo a construção do movimento da Reforma Sanitária.

Assim, o movimento da Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (Paim, 2013).

Este marco histórico da saúde brasileira, que surgiu em 1986, se constitui como um movimento de contestação ao regime ditatorial. Lutou pela ampliação do conceito e da assistência à saúde; defendeu que a saúde era um determinante para a melhoria das condições de vida e do bem-estar da população. “É este movimento que vai exercer a mais considerável força a favor de uma política de saúde pública se contrapondo ao setor privado, tão fortemente articulado na realidade brasileira, numa disputa que permanece contemporânea” (Santos, 2010, p. 86).

Vale ressaltar que este movimento não buscava somente melhorias na promoção da política de saúde pelo Estado, mas sim, uma mudança de mentalidade a respeito de direitos. Visava à construção de uma nova concepção de Estado, de sociedade, baseada nos princípios democráticos de igualdade e justiça social.

Neste sentido, Fleury (2009) diz que este processo se intensificou na década de oitenta através da articulação e aglutinação de sindicatos e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional. Toda esta efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987.

Em boa medida, a construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania (Fleury, 2009, p. 03).

Fundamentado pelos princípios da democracia, este movimento assume a saúde como direito universal inerente à cidadania e uma sociedade democrática, bebeu em fontes da teoria marxista e entendia a saúde como socialmente determinada pelo contexto social. Isso permitiu a formação de uma nova concepção que foi incorporada por estudantes e integrantes do movimento como os Conselhos Regionais de Medicina e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) – instituição que surge com o propósito de divulgar os ideais da reforma sanitária (Santos, 2010).

Como resultado desse movimento, foi aprovado um documento no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde que estabelecia princípios centrais a serem adotados pela reforma sanitária, tais como: o direito universal à saúde, o caráter intersetorial dos determinantes da saúde, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública.

O resultado desta luta por direitos, democracia, cidadania e justiça social encabeçadas por este movimento foi a incorporação da emenda popular na Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde, no art. 196, como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A força e a importância deste movimento têm vasto reconhecimento na literatura, é um grande marco na história da saúde brasileira, que lutou em prol de outro modelo de sociedade, mais justo e com equidade social. Porém, “[...] embora todo o caráter progressista do movimento, não foi possível romper os laços desta política com o setor privado, fortemente estabelecido a partir da década de 60” (Santos, 2010). E isso fez com que o texto Constitucional mantivesse a participação do setor privado de forma complementar na provisão dos serviços de saúde no Brasil. Mas foi mantida a garantia pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A constituição de 1988 consagrou um profundo avanço social resultado das lutas conduzidas pelos setores democráticos da sociedade. Foi, nas palavras de Netto (2003, p. 77), um “pacto social preciso” que se comprometia, mesmo mantendo os fundamentos da dinâmica capitalista e a ordem burguesa, com a diminuição das desigualdades

socioeconômicas geradas pelo padrão de desenvolvimento da ditadura através de políticas sociais de cunho universal. E ele reforça que:

O essencial da constituição de 1988 apontava para a construção – pela primeira vez na história brasileira – de uma espécie de Estado de bem-estar social. [...] consagram-se explicitamente, como tais e para além de direitos civis e políticos, os *direitos sociais* (coroamento como se sabe da *cidadania* moderna). Com isso, coloca-se o arcabouço jurídico-político para implantar, na sociedade brasileira, uma *política social* compatível com as exigências da justiça social, equidade e universalidade (Netto, 2003, p. 77, grifos do autor).

No processo constituinte brasileiro, no qual emerge a política social de cunho universalista, Netto (2003) diz que o essencial da constituição de 1988 encontrou grande resistência da burguesia, que não concordava, no plano econômico, com a redução da taxa de exploração. Inicia-se, então, um debate entre a massa trabalhadora e os ideais da classe dominante, e, com arranjos políticos, a classe burguesa conseguiu a vitória nas eleições de 1989, quando então se iniciou o processo de instalação do projeto neoliberal no Brasil.

Netto (2003) segue assegurando que, no pleito eleitoral seguinte⁸, apoiado pela burguesia nacional e pelos organismos internacionais, o novo eleito, juntamente com sua base parlamentar, tratou rapidamente de inviabilizar o projeto social contido na constituição de 1988. E, simultaneamente, efetivou o projeto político do grande capital, como podemos verificar na seguinte passagem:

Sua base parlamentar, articulada fisiologicamente e reunindo as velhas e novas oligarquias, garantiu-lhe precisamente a inviabilização do projeto social contido na constituição de 1988, sob o pretexto da “modernização do país”, do “ingresso no primeiro mundo” [...] sustentado por uma unanimidade da mídia que nem a ditadura forçosamente obteve [...] operou eficientemente contra a alternativa social da constituição. [...] no plano jurídico acabou por retirar da Carta elementos fundamentais (neste sentido, a “reforma da previdência” é emblemática) (Netto, 2003, p. 79, grifos do autor).

Estes dois acontecimentos – a inviabilização do que seria um Estado social brasileiro e a implementação do projeto neoliberal – se deram simultaneamente. Efetivou-se aí no Brasil o projeto político, econômico e social neoliberal com o objetivo de ingressar o país ao sistema econômico mundializado. O governo fez do “Plano Real⁹” um instrumento de estabilização monetária, o primeiro movimento para uma inteira abertura do mercado brasileiro para o capital internacional. Juntamente a isso, a desregulamentação estatal, privatização do patrimônio público, redução dos fundos públicos para as políticas sociais, mesmo diante de

⁸ Aqui o autor faz referência ao processo eleitoral de 1989 entre Fernando Collor de Melo e Luis Inácio Lula da Silva, no qual o primeiro sai vitorioso.

⁹ O Plano Real foi instituído em 1994 e exibido pelo governo como estratégia de estabilização monetária, como instrumento de redistribuição de renda e como base de democratização do consumo (Netto, 2003).

um quadro de aumento da receita do Estado, da forma como recomendou o Consenso de Washington (Netto, 2003).

No campo da saúde, a partir de então, coexistem duas estruturas institucionais: um sistema público universal e inclusivo e um sistema privado com muita força política de ideologia neoliberal e sede de obtenção de lucro na recém instituída política de saúde brasileira. Essa opção é preconizada por instituições internacionais de fomento e apoio técnico como formas de fortalecimento e participação privada na oferta dos serviços de saúde, tornando-se, então, um grande desafio para a efetivação do SUS.

Cabe pontuar aqui que o Banco Mundial criticou uma política de saúde pública de caráter universal, isso porque vai contra todos os interesses defendidos por esta agência. De acordo com Rizzotto e Campos (2016), para o Banco a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser ofertada pelo mercado, cabendo ao Estado somente a sua regulação. Mas dos conceitos que definem a saúde brasileira o que mais incomoda é o da universalidade, visto que essa agência defende políticas sociais focalizadas nos pobres.

É importante mencionar que a saúde não é o único setor de interesse do Banco nas políticas públicas brasileiras. De acordo com Pereira (2009), o Banco orienta desde educação, saúde, habitação, energia, agropecuária, política econômica, transporte, infraestrutura, desenvolvimento urbano e rural, indústria, comércio, meio ambiente e administração pública com assistência internacional ao desenvolvimento. Por sua vez, dentro de cada uma dessas áreas, o Banco atua em praticamente todos os âmbitos de especialização. Em outras palavras, não há política de desenvolvimento que não seja objeto da ação financeira e não financeira desse organismo internacional.

Em decorrência desse interesse do capitalismo central na política de saúde brasileira, a partir dos anos 1990, foi estimulada, formulada e implementada uma agenda de contrarreformas que foi intensificada a partir dos 2000. Essa agenda defende, entre outras ações, que a política de saúde seja retirada da provisão direta de serviços pelo Estado, e a defesa da introdução de mecanismos de mercado na gestão dos sistemas públicos, a redução do gasto público e privatizações.

Essa dinâmica retoma a perspectiva liberal na estruturação econômica e social, questiona o papel do Estado e altera suas relações com a sociedade, ameaçando seriamente os direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988 (Lima, 2006). É adesão do Brasil na condição de economia dependente às imposições do capitalismo central. Como afirmam Behring e Boschetti (2008), ocorreu uma espécie de reformatação do Estado brasileiro para uma adaptação passiva à lógica do capitalismo central, sob o comando dos

organismos internacionais, que deram a tônica e a receita das contrarreformas que reformulavam as políticas e as relações sociais brasileiras.

Todo este processo tem sido devastador para a política de saúde. O discurso de centralização no pobre, de aprimoramento da gestão ou “modernidade gerencial” que são, na verdade, o repasse para a iniciativa privada dos serviços que deveriam ser ofertados pelo Estado. No caso da saúde, a explosão das Organizações Sociais (OSs) para provisão de atendimento de saúde é um dos marcos deste momento, que vem avançando e se aprofundando ao longo dos anos. Adicionando incentivos aos planos privados de saúde que geram grandes lucros ao capital, os quais em 2015 passaram a receber investimento estrangeiro.

Assim, a interferência de organismos multilaterais como o Banco Mundial, na organização a saúde brasileira no início dos anos de 1990 e 2000 foi crucial para que a universalidade prevista no SUS, passasse a ser vista como impossível de ser efetivada, dada a complexidade alarmada pelos documentos do BM e largamente disseminada pelo meios de comunicação de massa, que assumiram durante todo esse período de organização do sistema de saúde brasileiro, a posição de interlocutores do grande capital e da burguesia nacional e internacional. Além da disputa pelo fundo público para o pagamento da dívida que leva ao subfinanciamento do SUS, reduzindo a possibilidade de ser, de fato, um sistema universalizado.

Logo, este processo privatista no âmbito das políticas e serviços sociais, e aí inseridos os de saúde, tem como objetivo econômico abrir espaço para o investimento e os lucros privados para atender as demandas do capitalismo interno e externo. É neste contexto que o sistema de proteção social brasileiro tem se organizado.

Antes, contudo, é preciso situar esse debate no contexto da crise estrutural do capital que expressa as contradições da economia capitalista e envereda contrarreformas no campo da mediação social do Estado com a sociedade.

2.4 Crise estrutural do capitalismo

Neste item discorreremos a respeito da crise estrutural do capital sob a visão de autores que compartilham de uma análise societária a partir da teoria social crítica. Daremos sequência desmistificando o discurso corrente na economia política sobre crises cíclicas com efeitos pontuais, locais e possíveis de superação dentro do sistema capitalista de produção.

A reação burguesa à crise do capital desencadeou formas de pressões para uma reconfiguração do papel do Estado capitalista nos anos 1980 e 1990, o que refletiu diretamente na forma de implementação das políticas sociais, evidenciando que a crise

estrutural apagou a ilusão de que as crises capitalistas poderiam ser controladas por meio da intervenção estatal, de tipo keynesiano. Diante das dificuldades de conter a crise estrutural, iniciou-se a implementação de programas de austeridade de natureza deflacionista, os chamados ajustes estruturais (Behring; Boschetti, 2007).

Mészáros (1998) afirma que depois dos anos 70 o mundo do trabalho tem vivenciado uma situação fortemente preocupante para a classe trabalhadora. O entendimento dos elementos constitutivos desta crise é muito complexo, mas a análise em sua totalidade é indispensável no esforço que se faz em compreender esse processo. Dessa forma, um breve retorno à fase anterior se faz necessário para a apreensão de suas determinações.

De acordo com este autor, a seriedade das crises do capitalismo é que ela está relacionada ao fato de ela ser estrutural ao próprio sistema capitalista e não conjuntural¹⁰ como defende a análise do capital. Para ele, não estamos frente a uma crise cíclica do capitalismo como presenciada no passado, como a crise de 1929, mas sim, diante de uma crise estrutural, profunda, do próprio sistema do capital.

E por isso, a crise está afetando densamente, pela primeira vez na história o conjunto da sociedade, exigindo de todos, como alternativa de sobrevivência, algumas mudanças fundamentais na forma como a sociedade é organizada. Ou seja, a atual conjuntura histórica é decisiva, pois, o aprofundamento da crise estrutural do capital está ameaçando a própria sobrevivência da humanidade.

A crise, na visão desse autor, possui algumas particularidades que merecem destaque para compreendê-la como global, e como uma grande ameaça: Em primeiro lugar ela atinge o capital de forma “*universal*”, não só o produtivo, mas todas as unidades socioeconômicas são afetadas, em maior ou menor grau, dependendo do nível de desenvolvimento do capital. Segundo, possui um *alcance global*, pois seus impactos alcançam todos os países de economia capitalista. Terceiro, é “*contínua*” e não cíclica. Por último, o seu modo de evolução é “*rastejante*”, não se manifesta com grande alarde. Chega aos poucos e corrói todos os setores da sociedade. Neste sentido, constitui uma crise estrutural de um complexo social em sua totalidade, que penetra todos os espaços, toda a sociabilidade (Mészáros, 2012, grifos do autor).

Esta é a forma de organização degradante que sustenta o modo de produção capitalista. Logo, as sucessivas crises que a sociedade vivencia são decorrentes dessa forma de organização social, ou seja, as crises são intrínsecas a esse modo de produção, e, como tal, ele

¹⁰ “A diferença crucial entre esses dois tipos de crise, acentuadamente contrastantes, é que a crise periódica ou conjuntural se desdobra e, é mais ou menos solucionada com sucesso dentro da estrutura estabelecida, enquanto a crise estrutural afeta a própria estrutura em sua totalidade” (Mészáros, 2011, p.03).

não pode e não vai ser superado dentro do próprio sistema de organização. O que o capital vem tentando fazer é apenas manter-se vivo através do ataque aos sistemas de proteção social via fundo público para sua própria sobrevivência, processo que se aprofunda a cada nova crise, como a crise dos *subprimes* em 2008/2009.

Desta forma, entende-se, que o que fora possível alcançar através das políticas sociais, durante os “anos dourados do capitalismo”, deveu-se à alta produtividade do capital e, por consequência, à alta exploração da força dos trabalhadores e extração de mais-valia, principalmente nos países de capitalismo dependente.

Para esse autor, esse sistema de controle impôs sobre a sociedade sua lógica expansionista cruel e fundamentalmente irracional, independentemente do caráter devastador e das consequências que a classe trabalhadora tenha que suportar. E as tentativas de responder às crises cada vez mais extensas, durante todo o século XX, foram todas frustradas, visto que ambicionavam a superação das limitações sistêmicas do capital; o que, como se percebe, é impossível na forma como o tal se organiza e se sustenta.

O que se conseguiu, de acordo com Mészáros (1998), foi a adoção e uma aceitação de um modelo de sociedade “híbrido”, que seria um modelo econômico sustentado pelo o mercado e pelo o Estado, ao intervir diretamente na reprodução social. Isto é, quando o capital se depara com uma crise, o Estado entra com medidas interventivas para garantir a sobrevivência do capital e a sustentação da sociedade. Assim, sob uma crescente interferência do Estado no processo socioeconômico de reprodução social, como uma tentativa de superar suas dificuldades, o que como vimos não é possível. Os efeitos decorrentes desse “hibridismo” são apenas paliativos. Além disso, o hibridismo do modelo econômico leva a um modelo de política social também híbrido, o que leva cada vez mais o Estado atender as necessidades do capital, isso porque, como diz esse autor:

[...] os representantes da “Direita Radical” continuam a fantasiar sobre “o recuo das fronteiras do Estado”, enquanto na realidade o oposto é claramente observável, devido à incapacidade do sistema para garantir a expansão do capital na escala requerida sem a administração, pelo Estado, de doses sempre maiores de “ajuda externa”, de uma maneira ou outra.[...] O capitalismo pode ter conseguido o controle na antiga União Soviética e no Leste europeu, mas é extremamente equivocado descrever o estado atual do mundo como dominado de maneira bem sucedida pelo *capitalismo*, apesar de estar, certamente, sob a dominação do *capital*. (Mészáros, 1998, p. 04, grifos do autor).

O que se percebe nesse fragmento é que o crescimento almejado pelo sistema capitalista é impossível de acontecer e se sustentar sem a intervenção direta e contínua do Estado. Além disso, ainda mostra a forma catastrófica como o capital tem se inserido e dominado algumas

sociedades, na tentativa de se manter vivo e imperante. E a ideia que tentam sustentar de que o sistema capitalista é exitoso pode ser derrubada a partir da observação de suas sucessivas crises.

Esse processo de crise tem resultado no atual estágio de desenvolvimento do capitalismo, que está centrado no deslocamento na aceleração da inovação tecnológica, na hiper valorização do capital financeiro, na desregulamentação estatal, na privatização das políticas sociais e na exploração cada vez mais intensa do trabalhador, aprofundada com a desregulamentação da legislação trabalhista, contrarreformas previdenciárias e de saúde nos últimos anos. Esses fenômenos recrudesce as contradições, o que necessita cada vez mais da intervenção estatal, com políticas direcionadas para amenizar os efeitos da crise do capital.

A crise é estrutural e intrínseca ao capitalismo, de acordo com Mészáros (1998, p. 05), uma vez que:

Nesse sistema, em todas as suas formas capitalistas ou pós-capitalistas sua expansão é orientada e dirigida pela acumulação. Naturalmente, o que está em questão a este respeito não é um processo delineado pela crescente satisfação das necessidades humanas. Mais exatamente, é a expansão do capital como um fim em si, servindo à preservação de um sistema que não poderia sobreviver sem constantemente afirmar seu poder como um modo de reprodução ampliado. O sistema do capital é essencialmente antagônico devido à estrutura hierárquica de subordinação do trabalho ao capital, o qual usurpa totalmente — e deve sempre usurpar — o poder de tomar decisões.

E é esse antagonismo estrutural inerente ao sistema capitalista que o torna insustentável, e, nas palavras do autor, “irreformável e incontrolável”. E a sua expansão baseada na acumulação e na apropriação privada da riqueza socialmente produzida, que faz com que ele seja contraditório, ao passo que o crescimento econômico na sociedade capitalista está diretamente relacionado com a expansão da pobreza nesta mesma sociedade.

O capital, na visão do autor, é voraz e incontrolável na busca da acumulação constante; e de nada adiantam as “reformas”, pois,

[...] a crise estrutural profunda, com seus perigos para a sobrevivência da humanidade, destaca de maneira aguda sua incontrolabilidade. Na verdade, é inconcebível introduzir as mudanças fundamentais requeridas para remediar a situação sem superar o antagonismo estrutural destrutivo. [...] E isso só pode ser atingido colocando em seu lugar uma forma radicalmente diferente de reprodução do metabolismo social, orientada para o redimensionamento qualitativo e a crescente satisfação das necessidades humanas; um modo de intercâmbio humano controlado não por um conjunto de determinações materiais fetichizadas, mas pelos próprios produtores associados (Mészáros, 1998, p. 05).

Nestas crises, de acordo com Behring, (2016), a política social participa da reprodução ampliada do capital, seja no estímulo ao consumo, a exemplo das políticas de transferência de

renda, seja pelas compras e contratos do Estado, azeitando o processo de rotação do capital, para que mercadorias e dinheiro não fiquem em alqueive, engendrando a crise. Nesse sentido, a política social constitui-se como uma espécie de almofada amortecedora das crises ao lado de outras intervenções públicas anticíclicas, já que a política social por si não consegue contrapor tais tendências.

Diante disso, é possível entender que o modo de produção capitalista, com suas inevitáveis crises, é um grande promotor de pobreza e desigualdade social. Suas crises, e seu aprofundamento nos últimos anos, em especial, estão resultando em um agravamento da expropriação do fundo público para o capital. A classe trabalhadora está cada vez mais destituída de seus direitos, explorada e marginalizada para que o capital consiga se manter vivo, em constante desenvolvimento.

Como diz Behring, (2023), o significado mais profundo das crises capitalistas é o de incrementar a exploração da força de trabalho em todos os quadrantes do planeta, mediado pelas particularidades nacionais e de dependência e aprofundar seu pressuposto, as expropriações contemporâneas, tendo em vista a subsunção do trabalho (e do meio ambiente) às atuais condições de produção e reprodução do capital.

3 A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DE RECOMPOSIÇÃO DA DEPENDÊNCIA NOS PILARES NEOLIBERAIS E DA FINANCEIRIZAÇÃO DO CAPITAL

Neste ponto pretende-se analisar os mecanismos que contribuíram para a financeirização das políticas sociais no Brasil no contexto do neoliberalismo e das contrarreformas sociais, especialmente da área da saúde. Tenta-se compreender a dinâmica financeira deste regime global de produção de riqueza, destacando-se essa proposta no Brasil, com recorte na política de saúde brasileira.

3.1 Financeirização, neoliberalismo e contrarreformas sociais no Brasil

O neoliberalismo pode ser entendido como uma estratégia de recomposição do poder burguês no enfrentamento aos movimentos contestatórios do final da década de 1970. Adotou um discurso reformador do Estado, defendendo a diminuição de suas funções e tornando-o mais enxuto, moderno e gerencial; mediador e não executor. Mas, embora negue a centralidade do Estado, o neoliberalismo apoia-se nele para levar à diante seus objetivos econômicos. Por meio dele, implementou uma agenda agressiva, que atua adequando as estruturas administrativas do país aos novos interesses do capitalismo global, como afirma Santos (2018):

[...] entre os quais a privatização de bens e serviços e públicos; a desregulamentação e liberalização do mercado nacional em prol de investimentos externos; o mercado da dívida pública e a privatização das funções sociais do Estado em favor dos interesses de setores mercantis. Elementos que, mais uma vez, colocam o Estado na centralidade da acumulação capitalista e se acirram a disputa pelo fundo público, entre capital e trabalho (Santos, 2018, p. 26).

Sobre o neoliberalismo no Brasil, Brettas (2017) afirma que:

o neoliberalismo no Brasil se consolidou como estratégia de dominação da classe burguesa e de seus aliados para responder à crise vivida na década de 1980, a qual propiciou um substantivo movimento pela democratização, a retomada da luta sindical e o surgimento de movimentos sociais importantes no campo e na cidade. Deste processo resultou uma nova Constituição Federal, registrando conquistas para o desenho das políticas sociais, dentre elas a redação do capítulo da Seguridade Social, uma inovação que estava muito distante do que se tinha estruturado até então [...] O neoliberalismo, portanto, se consolida em meio a um processo de implementação – muito limitado e contraditório – de políticas sociais referendadas pela lógica do direito e fruto de um processo de lutas e organização da classe trabalhadora (Brettas, 2017, p. 61-62).

No âmbito desta disputa, o Estado volta-se mais aos interesses do capital, assumindo um perfil minimalista frente às demandas sociais, e uma ofensiva aos direitos sociais através das contrarreformas,

exigência dos organismos internacionais que constituem os principais incentivadores deste padrão de governança nos países de capitalismo dependente.

Neste contexto, o neoliberalismo configurou-se uma das principais bases da financeirização do capital e da sua mundialização imperialista, defendendo e promovendo um amplo processo de internacionalização, de liberalização e desregulamentação dos fluxos de capital, de especulação financeira, “de privatizações, de implementação de políticas monetárias e fiscais restritivas com redução de impostos sobre os altos rendimentos, de acirramento da exploração do trabalho e de ataque aos direitos e políticas sociais” (Santos, 2018, p. 144).

De acordo com Braga (1997), a financeirização como um novo padrão de acumulação de riqueza é originária das décadas de 1960, tendo os Estados Unidos como precursores ao emitir dinheiro para financiar a “idade do ouro”. Este padrão representa o aumento do poder de atividades das finanças no capitalismo, em que se busca gerar e valorizar recursos líquidos, tornando-se a lógica geral do modo de produção capitalista.

É importante mencionar que este movimento ocorre sob certas condições históricas em que estão inseridas a lógica de expansão e crise do capital. Braga (1997) enfatiza que:

Trata-se de um padrão sistêmico porque a financeirização está constituída por componentes fundamentais da organização capitalista, entrelaçados de maneira a estabelecer uma dinâmica estrutural segundo princípios de uma lógica financeira geral. Neste sentido, ela não decorre apenas da práxis de segmentos ou setores - o capital bancário, os rentistas tradicionais - mas, ao contrário, tem marcado as estratégias de todos os agentes privados relevantes, condicionado a operação das finanças e dispêndios públicos, modificado a dinâmica macroeconômica. Enfim, tem sido intrínseca ao sistema tal como ele está atualmente configurado (Braga, 1997, p. 196, grifos do autor).

Desta forma, pode-se entender que a financeirização é o resultado do movimento geral do capital em direção à acumulação, isto é, o valor em processo constante de valorização, e não como algo distinto da lógica do sistema capitalista. A financeirização, contudo, não se expressa ou se concretiza da mesma forma em todos os países e em todos os setores, há uma grande diferença na sua expressão nos países capitalista centrais e os países de capitalismo dependente.

Sobre esse aspecto, Bretas (2017) diz que nas economias dependentes o fenômeno da financeirização é muito perverso, pois pressiona por uma reorganização da base produtiva, onde se produz a riqueza da sociedade. Esta dinâmica, fortalecida pelas políticas de ajuste fiscal do neoliberalismo, reforça e amplia a transferência de valor em direção aos países imperialistas, centro do capitalismo, assim como aprofunda os mecanismos de superexploração da classe trabalhadora. Trata-se da emergência de mecanismos cada vez mais sofisticados de expropriação dos meios de subsistência da classe trabalhadora, os quais se combinam com a superexploração alimentando a acumulação capitalista

e a retirada de direitos.

Aqui no Brasil, Bretas (2017) e Braga (1997) concordam que foi no contexto do esgotamento da substituição de importações nos anos 1980, que as atividades financeiras ganharam outra dimensão, sendo aprofundadas nas décadas seguintes com o advento do neoliberalismo e da contrarreforma do Estado na área social. Na década de 1980 a estatização da dívida externa e o ajuste promovido pelo FMI impuseram ao Estado brasileiro se financiar em moeda nacional para adquirir as divisas dos exportadores, o que alimentou um circuito de financeirização, dadas as condições de instabilidade macroeconômica, recessão e inflação crescentes, vividas naquele período (Sesteloe, et.al, 2017).

Assim, a nova ordem social que emerge nos anos de 1980 e aprofunda-se na década de 1990 era baseada numa espécie de “globalização neoliberal” e da “financeirização especulativa” que conferiram uma nova lógica para novos padrões de acumulação:

A racionalidade econômica baseada na acumulação financeira, lastreada pela dívida pública, e em estratégias defensivas se aprofundou nas décadas seguintes. A reincorporação do Brasil aos fluxos financeiros internacionais foi acompanhada pela abertura financeira e comercial, o que amplificou a sua vulnerabilidade externa. O arranjo de políticas do *Plano Real* concretizou isso, ao basear a estabilização em uma apreciação cambial e juros altos, que se tornou inviável depois da sequência de crises na periferia (México, Ásia, Rússia) e do custo crescente do endividamento externo. O regime de metas e o tripé macroeconômico de 1999 em diante reciclou a vulnerabilidade com o câmbio flexível, mantendo a importância da dívida, mantida agora por um superávit primário institucionalizado (Sesteloe; et al. 2017, p. 1102. Grifos dos autores).

No Brasil, entre os elementos de acumulação no capitalismo dependente, é importante destacar a estabilização monetária (Plano Real), que foi objeto de reconfiguração para atender aos interesses do capitalismo central; câmbio flutuante, com a liberdade de ir e vir, ao desejo dos interesses especulativos. Na economia dependente brasileira, cabe destacar ainda o sistema da dívida pública, pois a liberalização financeira passa pela necessidade de dar garantia aos credores de que, mesmo em uma situação de turbulência financeira, não haveria calote ao imperialismo econômico. Assim, a particularidade da financeirização dependente brasileira é que a base deste processo é a dívida pública, que se destaca pela rentabilidade de juros (Bretas, 2017):

[...] ao contrário dos países centrais que possuem taxas de juros mais baixas e estão alicerçadas no mercado de capitais. Neste sentido, a financeirização, na medida em que vem acompanhada de pouco crédito e de alto custo, estimula ainda mais a especulação, neste caso no mercado de títulos, tendo em vista que torna mais atraente financiar o Estado. Com isso, constata-se a manutenção do poder dos setores rentistas e uma transferência de recursos do fundo público em direção ao capital portador de juros (Bretas, 2017, p. 64-65).

Para a autora, algumas providências foram tomadas no campo da gestão pública dos

recursos, para dar segurança aos investidores e mostrar a disponibilidade do governo brasileiro em honrar os compromissos assumidos com a dívida pública. Entre estas medidas pode-se mencionar:

A criação do Fundo Social de Emergência em 1994 (denominado de Desvinculação de Receitas da União – DRU, desde 2000), as metas de superávit primário – fruto de um acordo com o FMI em 1998 –, e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) de 2000, são algumas das principais alterações voltadas para priorizar o pagamento da dívida e a disponibilidade para, se necessário, sacrificar recursos destinados a outros fins, como as políticas sociais, por exemplo (Bretas, 2017, p. 64).

Entende-se então que este aparato estatal foi fundamental para legitimar as mudanças implementadas pelo neoliberalismo econômico brasileiro a partir de 1990, marco do início de uma contrarreforma social que teve e tem como objetivo potencializar a transferência de valor deste país de capitalismo dependente em direção ao capitalismo central.

Conforme orientado pelos organismos internacionais, a partir da década de 1990, aproximadamente, as políticas sociais no Brasil foram reconfiguradas e instituídas com a Constituição Federal de 1988. O discurso da classe dominante local ganha força, que alardeia a insuficiência dos recursos públicos para custear a rede de proteção social definida pela CF/88. Os recursos públicos deveriam ter como prioridade o pagamento da dívida pública e a sinalização para o mercado e grandes investidores, em especial, os rentistas, de que a estabilidade econômica e a responsabilidade fiscal promoviam um ambiente seguro e atrativo para o capital financeiro (Netto, 2003).

Neste processo, “a privatização, a austeridade fiscal e as mudanças na gestão orçamentária são ferramentas importantes para permitir a canalização de recursos públicos para o grande capital financeiro e, deste modo, atuar sobre os efeitos de uma propagada “crise fiscal” de modo a garantir a acumulação capitalista” (Bretas, 2017, p. 66).

Percebe-se aqui a importância que o fundo público ganha para sustentar as taxas de lucro do grande capital, reforçando seu lugar estrutural na dinâmica de acumulação capitalista. Tem-se neste momento, a defesa da contrarreforma do Estado, como medida necessária para manter a estabilidade econômica do país, surgindo como figura central neste processo, Bresser Pereira, que ficou conhecido como o pai da “Reforma do Estado brasileiro”. É importante marcar aqui os argumentos do defensor e articulador, na época da contrarreforma:

É importante ressaltar que a redefinição do papel do Estado é um tema de alcance universal nos anos 90. No Brasil esta questão adquiriu importância decisiva, tendo em vista o peso da presença do Estado na economia nacional: tornou-se, conseqüentemente, inadiável equacionar a questão da reforma ou da reconstrução do

Estado, que já não consegue atender com eficiência a sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social. A reforma do Estado não é, assim, um tema abstrato: ao contrário, é algo cobrado pela cidadania, que vê frustradas suas demandas e expectativas. (Bresser Pereira, 1995, p. 10).

Com a tão “inadiável” reforma defendida por Bresser Pereira, ocorreu na verdade, assegura Netto (2003), uma redução substancial de investimentos nas políticas de educação, saúde, trabalho, assistência e previdência. O objetivo dessa ação era deteriorar ao máximo os serviços públicos, para que a sociedade defendesse a privatização deles.

A recente e já reformada política social brasileira aparece subordinada às orientações macroeconômicas e obedecendo aos ditames do capitalismo central. Entende-se que a sociedade não cobrava a contrarreforma, como menciona Bresser Pereira, mas a efetivação dos direitos assegurados na constituição de 1988. Este é um discurso recorrente do mercado que coloca a necessidade do capital como sendo de toda a sociedade.

A partir de então, o Estado, agora neoliberal, inaugura no Brasil dos anos 1990, de acordo com Netto (2003), o processo de entrega das políticas sociais ao mercado, principalmente as políticas da seguridade social. A privatização da assistência social refere-se à transferência de sua responsabilidade para a sociedade civil, com as parcerias e as instituições de solidariedade. Já a saúde e a previdência, são áreas que podem ser lucrativas para o mercado, assim elas foram mercantilizadas, abertas para o capital aumentar a sua fonte de lucros, subsidiados pelo Estado.

Ocorreu nesse momento um grande incentivo para a população adquirir a previdência e planos de saúde privados, esses tiveram um salto significativo no mercado. Com isso, o Brasil atende as orientações do capitalismo mundial de “desinflamar” o Estado para que ele se torne mais rápido e eficiente; pois, os defensores da reforma do Estado consideram a constituição de 1988 um retrocesso que provocou distorções na sociedade.

Como resultado do retrocesso burocrático de 1988 houve um encarecimento significativo do custeio da máquina administrativa, tanto no que se refere a gastos com pessoal como bens e serviços, e um enorme aumento da ineficiência dos serviços públicos. (Bresser Pereira, 1995, p. 22).

Neste momento, também cresceram o apelo ao terceiro setor¹¹, ao voluntariado, à responsabilidade social. As parcerias público-privadas passam a despontar no cenário nacional como a grande alternativa para prover os serviços que a CF/88 tinha delegado ao

¹¹ O terceiro setor, na interpretação governamental, é tido como distinto do Estado (primeiro setor) e do mercado (segundo setor). Ele é considerado como um setor “não governamental”, “não lucrativo” e voltado ao desenvolvimento social, e daria origem a uma “esfera pública não estatal”, constituída por organizações da sociedade civil de interesse público (Iamamoto, 2004, p. 30).

Estado, mas que seriam supostamente inviáveis pelo financiamento público. Em suma, divulgou-se a necessidade de buscar apoio fora do aparato estatal para garantir a prestação dos serviços públicos.

E, claro, a financeirização das políticas sociais como um caminho para a implementação não apenas das políticas que compõem a Seguridade Social, mas também das demais políticas públicas. Todo este processo atualiza a forma como se expressa a inerente contradição das políticas sociais, adequando seu desenho às novas demandas da acumulação do capital (Bretas, 2017).

Esse processo não ocorre distanciando de orientações de organismos internacionais. Este é, sim, o resultado das investidas destes organismos e do aceite do Estado brasileiro às recomendações das reformas, ajustes com redução de direitos e intensificação da exploração dos trabalhadores. O projeto da classe dominante (financeira e empresarial) expresso no neoliberalismo tem na financeirização um dos seus pilares mais basilares para a acumulação.

É importante reforçar que a contrarreforma do Estado brasileiro dos anos 1990 se constituiu no principal pilar de liberalização do mercado promovendo estratégias de abertura econômica através de instrumentos de regulação e privatização da vida social e transformando setores fundamentais, de formulação de políticas sociais públicas estatais de promoção de direitos da maioria, em espaços privados e assistenciais.

No contexto brasileiro, é inegável que as diretrizes e prescrições originadas dos organismos internacionais, em especial pelo Banco Mundial, tenham encontrado campo fértil em nossa política, assim como, os governos brasileiros tiveram e têm participação ativa nesse processo de desmantelamento dos direitos sociais conquistados.

Veja o que diz Bresser Pereira a respeito dessa influência externa:

A centro-direita pragmática e mais amplamente as elites internacionais, depois de uma breve hesitação, perceberam, em meados dos anos 90, que esta linha de ação estava correta, e adotaram a tese da reforma ou da reconstrução do Estado. O Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento tornaram os empréstimos para a reforma do Estado prioritários. As Nações Unidas promoveram uma assembléia geral resumida sobre a administração pública. Muitos países criaram ministérios ou comissões de alto nível encarregadas da reforma do Estado [...] A reforma do Estado tornou-se o lema dos anos 90, substituindo a divisa dos anos 80: o ajuste estrutural (Bresser Pereira, 1997, p. 17).

Essa simbiose entre o governo brasileiro e o capitalismo central promoveram profundas mudanças na sociedade brasileira a partir dos anos 1990, que desembocaram nos documentos elaborados na entrada do novo milênio¹², que tiveram como enfoque principal as

¹² Declaração do Milênio das Nações Unidas de 08 de setembro de 2000 em Nova Iorque, que organizou, de acordo

contrarreformas para atender às demandas do mercado exigidas pelas economias centrais.

Tais determinações foram e são direcionadas para os países de capitalismo dependente que culminaram na orientação direta para reformulação das políticas sociais. Esse processo tem sido direcionado pelas nações hegemônicas na figura dos organismos internacionais, em especial pelo Banco Mundial, e tem se consolidado por meio de prescrições, direcionamentos, cooperação técnica, estudos, palestras, dentre outros (Lima, 2006).

Neste ponto, Brettas (2017) chama a atenção para o papel do Estado neste momento, a autora sinaliza que o Estado nas economias dependentes está marcado por relações desiguais de poder que limitam o exercício de sua soberania frente a outras nações econômicas a que está submetido. Assim, o Estado funciona como uma ferramenta a serviço dos interesses das classes dominantes dos países do capitalismo central ao mesmo tempo em que expressa as necessidades da classe dominante local, nas suas relações de contradição e subordinação com o centro.

Outra ação do Estado neste momento da financeirização, na visão dessa autora, é o da reconfiguração das políticas sociais, ao criar maneiras de integrar usuários das políticas públicas ao sistema bancário e crédito sob dois argumentos: o da importância da inclusão bancária no exercício da cidadania e da valorização do crédito e dos programas de transferência de renda para garantir o acesso a melhores condições de vida. Quando, no fundo, o interesse é promover ganhos ao capital financeiro pela via do fundo público.

A partir da contrarreforma, de acordo com Behring e Boschetti (2008), percebemos dois movimentos simultâneos no capitalismo brasileiro: um em que o governo empreende uma luta que apresenta os direitos sociais, conquistado em 1988, como privilégios e entraves ao desenvolvimento econômico; e outro em que promove uma reforma nos setores econômicos e sociais como: a flexibilização da legislação trabalhista, a diminuição dos gastos públicos, a privatização das empresas estatais, e a abertura do mercado aos investimentos transnacionais, conforme as orientações dos organismos internacionais.

Depois de quase 40 anos do Plano Diretor de Bresser Pereira, o que se vivencia é um aprofundamento constante daqueles elementos defendidos. A flexibilização tão defendida é na verdade uma contrarreforma contínua dos direitos trabalhistas. As ideias da privatização e terceirização vistas como essenciais para que o Estado se torne mais rápido, mais barato e mais eficiente resultam no agravamento da questão social, ocasionado, sobretudo, pelo desemprego e pela flexibilização das relações trabalhistas que atingem toda a classe

trabalhadora em todos os segmentos profissionais.

O advento do neoliberalismo, que tem como base a liberdade dos mercados, redução do papel do Estado, com discurso de modernização e da desburocratização, com vista à eficiência, eficácia e competitividade, é um projeto estratégico das elites econômicas nacionais e internacionais para o reestabelecimento das taxas de acumulação enfraquecidas no contexto da crise estrutural do capital.

Todo esse processo desencadeia, necessariamente, uma complexificação e precarização das relações sociais, e num agravamento das condições de vida dos cidadãos, gerados pelo desemprego, pelo subemprego, pela flexibilização das leis trabalhistas, pela falta de investimento na saúde e previdência, pois essas agora são abertas para o mercado como uma forma de obtenção de lucro para o capital.

3.2 Da implementação do SUS ao golpe de 2016 - ingerências do Banco Mundial

A partir dos elementos abordados no decorrer deste estudo, pode-se entender que a economia dependente brasileira, com o seu processo de financeirização ancorado na dívida pública, assegura lucratividade para o grande capital ao transferir recursos do fundo público para o capitalismo central, através do pagamento dos juros da dívida e das contrarreformas sociais, como visto nos itens anteriores. Em meio a esta conjuntura estão as políticas sociais, e no que se refere a este estudo, a política de saúde, que causou grande impacto social e econômico ao ser instituída na CF/88, por seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Importante pontuar aqui um marco histórico na construção do SUS, que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que sediou grandes debates populares que resultaram nos pilares do sistema. Esta conferência apresentou três eixos norteadores: I – Saúde como direito, II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III – Financiamento do setor. O relatório final da 8ª CNS é um documento memorável, pois responsabiliza o Estado pela organização de políticas públicas, defende a garantia do acesso universal à saúde e afirma a necessidade de efetivar a reforma sanitária brasileira por meio da vinculação com as políticas econômica e sociais do país (Celuppi, *et al.* 2019).

Desta forma e como resultado do movimento democrático, o SUS foi criado em 1988, com a promulgação da Constituição/1988 e regulamentado em 1990 com a Lei nº 8.880/1990, marcos normativos que instituem e regulamentam o SUS.

O artigo 196 da Constituição é o ponto central dessa mudança, ao afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que

visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Essa formulação apresenta uma visão ampliada de saúde, que não se limita à ausência de doença, mas abrange também condições dignas de vida, saneamento, alimentação adequada, moradia, educação e trabalho, conforme defendido pelo movimento da Reforma Sanitária.

Entre os principais avanços trazidos pela regulamentação, através da Lei 8.080/1990, está a definição dos princípios que regem o SUS: *a universalidade*, que garante o acesso de toda a população a qualquer serviço de saúde, público ou privado, integrante do SUS, sem ter que pagar pelo atendimento; *a integralidade*, que se refere ao compromisso dos serviços de saúde em atenderem os usuários de forma integral, ou seja, do ponto de vista clínico-assistencial, bem como de oferta de diversidade de serviços em todos os níveis de complexidade; e *a equidade*, terceiro princípio norteador do SUS, que designa que todos os brasileiros, independente de sexo, da idade, da religião ou da situação de emprego, têm direito à mesma assistência à saúde (Brasil, 1990).

Outro aspecto inovador, do ponto de vista organizativo, é o estabelecimento de diretrizes como a descentralização da gestão, que distribui as responsabilidades entre a União, os estados e os municípios; a regionalização e hierarquização dos serviços, que permite organizar a rede de saúde em diferentes níveis de complexidade; e a participação da comunidade, incentivando o controle social por meio de conselhos e conferências de saúde.

Outros elementos que dão sustentação ao SUS, previstos na Lei 8.080/1990, são as especificações das competências e o financiamento. O primeiro define as atribuições específicas para cada esfera de governo: a União assume o papel de coordenadora do sistema e responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, além de repassar recursos financeiros; os estados atuam como articuladores regionais; enquanto os municípios são responsáveis pela execução direta dos serviços de atenção básica à população.

Quanto ao financiamento, a Lei determina que é responsabilidade conjunta dos três entes federativos, sendo feito com recursos próprios e transferências fundo a fundo. A previsão de um modelo tripartite busca garantir maior estabilidade financeira e permitir a sustentabilidade das ações de saúde em todo o território nacional (Brasil, 1990).

Em síntese, a Lei 8.080/1990 deu forma legal ao Sistema Único de Saúde e se consolidou como uma das legislações mais importantes da história social brasileira. Ao estabelecer princípios, diretrizes e competências, ela permitiu que o direito à saúde deixasse de ser apenas uma promessa constitucional e passasse a se realizar concretamente por meio de um sistema público, gratuito e universal, voltado à promoção da dignidade e da qualidade de

vida da população.

A outra Lei igualmente importante no processo de consolidação do SUS é a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta desempenha um papel essencial ao estabelecer as bases para a participação da sociedade na gestão do SUS, além de tratar do repasse de recursos financeiros para estados e municípios. Trata-se, portanto, de uma legislação complementar e estratégica que assegura os princípios de descentralização e controle social, fundamentais para o funcionamento do sistema.

Considera-se que um dos principais eixos de análise da Lei 8.142/90 refere-se à participação popular, regulamentando a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, em todas as esferas de governo: municipal, estadual e federal. *Os Conselhos de Saúde* são órgãos permanentes e deliberativos, compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, funcionando de forma paritária. Já as *Conferências de Saúde* são espaços periódicos de discussão e formulação de propostas, realizadas a cada quatro anos, com ampla participação da sociedade. Com isso, a Lei 8.142/1990 promove um modelo de gestão participativa e democrática da saúde pública, em consonância com os ideais da Constituição de 1988 (Brasil, 1990).

Assim, esta Lei viabiliza a efetiva participação da população nas decisões sobre políticas de saúde. Sua importância reside em tornar o SUS mais próximo dos cidadãos e mais sensível às reais necessidades da população, fortalecendo a saúde como um direito coletivo e um dever compartilhado entre Estado e sociedade.

No entanto, tanto a Lei 8.080/1990 quanto a Lei 8.142/1990, pilares do SUS, foram instituídas concomitantemente à chegada do neoliberalismo no Brasil. O Consenso de Washington em 1989 e a chegada ao poder do Fernando Collor de Melo em 1990, quando iniciou-se o processo de desfinanciamento e desfiguração das políticas sociais constitucionais, incluindo a saúde. Logo, processo de implementação do SUS foi marcado por disputas que evidenciam o desafio de implementar uma política universal de saúde no Brasil.

O debate até agora nos leva a avançar na compreensão de que a contradição entre os avanços no campo político e os retrocessos, que vêm sendo impostos pelos determinantes econômicos na viabilização da política de saúde brasileira, estão relacionados à implantação do ajuste estrutural e das reformas do Estado em curso, orientada pelos organismos internacionais na figura do Banco Mundial aos países de capitalismo dependentes. Essas reformas estão ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado, e demandam da política de saúde brasileira o rompimento com o caráter universal do SUS (Correia, 2007).

No período da violenta ditadura militar brasileira, as condições de saúde da população

eram precárias e o atendimento era focalizado e de baixa qualidade. Paim (2004) diz que:

Distintas políticas racionalizadoras foram empreendidas no período autoritário na tentativa de responder à crise do setor saúde, tais como: a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75), a implantação de programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais e periferias urbanas, a organização de sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (conhecido como Plano do Conasp) e a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). Tais políticas, entretanto, não foram suficientes para responder aos problemas da atenção à saúde no Brasil, de modo que movimentos sociais passaram a propugnar a criação de um Sistema Único de Saúde e o desencadeamento da Reforma Sanitária Brasileira como integrantes do processo de democratização do Estado e da sociedade (Paim, 2004, p. 16).

Na mesma linha, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) afirmam que o projeto privatista, forte no período da ditadura civil militar, tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros. Este projeto, desde o início, representa os interesses do setor privado nacional na área de saúde e possui fortes vínculos com o capital internacional, através de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos.

Assim, a baixa resolutividade e abrangência social das iniciativas da época desencadearam várias lutas sociais, tendo como uma das mais reconhecidas o movimento de Reforma Sanitária, que teve papel fundamental no contexto de redemocratização do Estado na década de 1980, conseguindo inserir a saúde como direito social de caráter universal no rol dos direitos sociais e alavancar um projeto de reforma sanitária no Brasil.

Em síntese, o SUS é organizado em um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público. De acordo com a Lei 8.080/1990, as ações e os serviços públicos de saúde e os *serviços privados contratados ou conveniados que integram SUS* são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal.

A Lei que o institui define a saúde como um direito fundamental do ser humano e como dever do Estado a sua garantia, através de formulações e execuções de políticas sociais que reduzam os riscos e agravos de doenças. Ao Estado compete promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos brasileiros de forma universal e igualitária (Brasil, 1990). Nota-se a manutenção com os laços da iniciativa privada na prestação dos serviços de saúde.

A força e a importância do momento da criação do SUS têm vasto reconhecimento na literatura, é um grande marco na história da saúde brasileira, que lutou em prol de outro modelo de sociedade, mais justo e com equidade social. Porém, “[...] mesmo com todo o caráter

progressista do movimento, não foi possível romper os laços desta política com o setor privado, fortemente estabelecido a partir da década de 60” (Santos, 2010). E isso fez com que o texto legal mantivesse a participação do setor privado de forma complementar na provisão dos serviços de saúde no Brasil.

A partir desse momento, a disputa entre as forças conservadoras e progressistas se intensificou e as fontes de financiamento da Seguridade Social foram capturadas pela área econômica. Em paralelo, o setor privado da saúde, que durante as décadas de 1960 e 1970 se estruturou e capitalizou às custas da política de previdência social, passando agora a pressionar por melhores condições de remuneração dos serviços prestados à seguridade social.

De acordo com Santos (2010),

Para a efetivação do SUS, um requisito essencial é o financiamento, que neste conflito de interesses e no contexto de redução dos gastos públicos, sobretudo na área social, foi sumariamente negligenciado, impedindo logo as bases necessárias para a efetivação de uma política de atendimento universal, como a ampliação da rede pública de serviços. Mesmo com o discurso governamental da importância do SUS, na prática, não houve mecanismos efetivos e estáveis de financiamento desta política (Santos, 2010, p. 93).

Ainda sobre o financiamento, Machado, *et al.* (2016, p. 149) dizem que:

Promulgada a lei, foram editadas normas do Executivo que fixaram diretrizes de financiamento com certa centralização dos recursos da saúde na esfera federal. Definiram-se mecanismos de repasse de recursos para prestadores de serviços que reforçaram uma lógica convenial com os municípios, fragilizando a organização de um sistema integrado e articulado entre níveis. No início da década de 1990, os recursos da Seguridade foram comprometidos pelos atrasos deliberados de repasses num momento de alta inflação (superior a 1.000% ao ano). Isso levou a cortes frequentes nas políticas de saúde e de assistência, preservando-se os níveis de recursos para a Previdência Social. A partir de 1990 foram incorporados ao orçamento da saúde os encargos previdenciários da União.

Defende-se aqui que a institucionalização do SUS representou uma grande vitória para a sociedade brasileira no que tange à instituição e reconhecimento dos direitos sociais, sendo este um dos seus maiores avanços previstos na Constituição de 1988. Porém, é necessário notar que a política de saúde foi duramente atacada pelo mercado com forte investidas neoliberais que defendiam maior participação do mercado privado na oferta dos serviços. Entre os principais atores estão os organismos internacionais, especificamente no caso da saúde, o Banco Mundial, que, diante de sua função de defesa dos interesses do capitalismo central, viu o setor saúde como promissor para ser explorado pelo setor privado, traçando diversos ataques à universalidade de acesso e ao dever do Estado na provisão desta política (Santos, 2010).

Ainda na visão de Santos (2010), o interesse do BM pela política de saúde se deve à

preocupação deste organismo no fortalecimento do mercado e racionamento dos gastos sociais nos países dependentes deles e de outros órgãos semelhantes. É importante mencionar que este interesse não teve início com advento da CF/88 e a implementação do SUS, ele é antigo, já sendo possível encontrar documentos deste organismo internacional sobre a política de saúde, desde a década de 1970, com diagnóstico feito nos países devedores, no que diz respeito às questões econômica e social, mostrando seus problemas e propondo soluções.

Retratando projetos societários em disputa, a conjuntura de implementação do SUS e os avanços sociais de 1988 chocam com o ingresso do Brasil no neoliberalismo a partir dos anos 1990, sob orientação do capitalismo central.

O Brasil deu seguimento às tendências internacionais de um modelo de acumulação baseado na flexibilização do trabalho, na redução de direitos e no aumento da exploração da classe trabalhadora, seguindo a pauta de financeirização do capital. Esses conflitos resultaram na redução do gasto público e atingiram em cheio os caminhos que asseguravam o financiamento para a efetivação do SUS. O discurso governamental da importância do SUS foi mantido, mas, na prática, não houve mecanismos efetivos e estáveis para o financiamento desta política.

O Brasil havia definido constitucionalmente o direito à saúde para todos como responsabilidade do Estado, e que o setor privado atuaria como complementar na oferta dos serviços. No entanto, esta ação recebeu, desde o início do processo de implementação do SUS, fortes críticas de organismos internacionais, como o BM. Isso porque, como já foi exposto, a oferta de sistemas de proteção universais contraria os interesses do capital, e a saúde é vista com grande interesse para exploração pelo mercado.

Neste aspecto, na visão de Correia (2007), o início da contrarreforma na área da saúde ocorreu no bojo das reformas empreendidas pelo governo brasileiro em atendimento às exigências dos organismos internacionais. Em 1995 foi elaborado um documento conjunto entre o “Ministério da Saúde e o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado denominado – “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS” – que sintetiza a proposta de reforma para este setor, em consonância com o documento elaborado pelo Banco Mundial, em 1995” (Correia, 2007, p. 03).

Desta forma, a intervenção do BM no setor de saúde brasileiro se dá de forma sistemática e concomitante à adesão do governo federal ao projeto neoliberal, a partir da década de 1990, baseado nas diretrizes do capitalismo central, tema abordado na primeira parte deste capítulo. Mas vale mencionar que este processo é progressivo, se fortaleceu a partir dos anos 2000 e se intensificou a partir de 2016, com o advento do ultraliberalismo

político, trazendo uma série de novos desafios para a saúde pública com a intensificação dos cortes de verbas, o aumento e a rapidez nas privatizações, nas terceirizações e as parcerias público-privadas.

De acordo com Santos (2010), a política de saúde assimilou as propostas do Banco Mundial de priorização do setor privado e, neste contexto, o cidadão deixa de ser paciente e passa a ser cliente, que compra, que pode buscar seu atendimento no setor privado, ficando sob a responsabilidade do Estado somente a regulamentação deste setor para dar garantias a esse cliente. As propostas do Banco para a ação estatal na saúde foram reduzidas a programas destinados às populações mais pobres, desenvolvendo ações de promoção e prevenção da saúde, que tenham custos reduzidos, ficando o restante por conta do mercado, e o acesso de acordo com a capacidade de compra de cada indivíduo.

Sobre essa contrarreforma na saúde, Correia (2007) afirma que:

O estímulo do Banco Mundial à reforma administrativa na área da saúde foi concretizado com a adoção de estratégias de flexibilização administrativa e inovações gerenciais através do repasse de serviços para as Organizações Sociais, Fundações de Apoio e de Cooperativas de profissionais de medicina, além da implantação de duplo acesso em hospitais públicos e de mecanismos de copagamento (Correia, 2007, p. 05).

Seguindo essas orientações neoliberais de organismos internacionais, a contrarreforma na saúde foi e segue sendo realizada nos moldes das determinações do capitalismo central para as economias dependentes, tendo como eixo a lógica do mercado e do custo-benefício, a ampliação do setor privado. Esta agenda do BM para o Brasil se concretiza nos documentos elaborados para orientar a contrarreforma do Estado implementada a partir do segundo ano do governo Fernando Henrique Cardoso.

Os documentos que sintetizam as orientações na área da saúde do BM para o Brasil no início da contrarreforma são: “Um do ano de 1991 “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, e outro de 1995 que, como seu 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” (Correia, 2007, p. 03). O primeiro rebate o avanço social conquistado na CF/88; se debruça basicamente sobre a quebra da universalidade e propõe programas de atendimento focalizados nos mais pobres. Já o segundo documento detalha melhor a agenda de reformas para a área da saúde no Brasil, definindo recomendações e estratégias de curto e médio prazo.

Todo este processo de interferência de organismos internacionais na política de saúde brasileira intensificou-se nos anos seguintes, a política de saúde segue tensionada por dois projetos que representam interesses antagônicos: o projeto do capital para os países de

capitalismo dependente, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial e o projeto de setores progressistas da sociedade que defendem o SUS e seus princípios, integrantes da proposta da Reforma Sanitária. Assim, a política de saúde segue tensionada pela lógica privatista que sempre a permeou.

Em 2015, sob forte pressão do capital nacional e estrangeiro e com o objetivo de otimizar os investimentos privados na saúde, o governo da presidenta Dilma Rousseff aprova a Lei nº 13.097/2015, que, no art. 142, altera a Lei nº 8.080/1990, permitindo a participação direta ou indireta de empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde. Essa lei permitiu a instalação, operacionalização ou exploração de hospitais gerais, clínicas especializadas e clínicas gerais pelo capital internacional. Um grande salto do capital estrangeiro na política de saúde brasileira, que antecedeu o golpe de 2016.

Com isso, a tendência é ampliar o poder de negociação e influência dos grandes grupos internacionais no setor de saúde brasileiro. A flexibilização das normativas do SUS somada à abertura do investimento de capital estrangeiro na saúde fazem parte do movimento em prol da internacionalização da economia brasileira defendida por setores da burguesia nacional. Esta ação, além de aprofundar as leis do mercado financeirizado na política de saúde, promove um recrudescimento da relação de dependência do Brasil com o capitalismo central.

3.3 O SUS depois do golpe de 2016 e a Pandemia da Covid-19

O período de sucessivos governos petistas teve a continuação comprometida com as crises capitalistas de 2008 e 2009¹³, as manifestações de 2013, que foram apropriadas pela burguesia inserindo pautas antissociais, agravadas com a reeleição da Dilma Rousseff em 2014. A partir deste momento as forças conservadoras do país conseguiram se recompor de forma efetiva, o que culminou com o golpe parlamentar em abril de 2016.

Para Santos (2018), a ausência de hegemonia política sustentável do governo, e as insatisfações dos setores dominantes com a condução do Estado por um partido ligado à classe trabalhadora, desencadearam uma polarização social, que foi utilizada estrategicamente pela burguesia, com seus representantes no parlamento, pela justiça e mídia conservadores como reforço ao golpe, que retirou do poder em 2016, a presidente legitimamente eleita.

¹³ Também conhecida como a crise do *subprime*, que se refere a bolha imobiliária nos Estados Unidos, que estourou e muitas pessoas não conseguiram pagar as suas hipotecas. É considerada a pior crise do capitalismo desde a grande depressão de 1930. A crise de 2008/2009 e seu efeito de contágio mundial, se iniciou pelas cadeias de endividamento privado em curto-circuito, em função de empréstimos de risco, as *subprimes*, e foi contrarrestada pelo endividamento público, pelos bilhões em salvamento e cobertura da cadeia de falências privadas que se abriu. [...] e quando as bolhas explodem, o fundo público do Estado capitalista aparece como tábua de salvação (Behring, 2023, p. 7).

Nesta mesma linha, Behring (2023) afirma que foi uma articulação envolvendo segmentos de todos os poderes da república e da sociedade civil, com destaque para a grande mídia e de setores do judiciário, que forjou a chegada à presidência do vice-presidente Michel Temer. A partir deste momento histórico, há um novo andamento do neoliberalismo no Brasil, adequado aos desdobramentos da crise capitalista que se aprofundou nos últimos anos do governo Dilma.

De acordo com Behring (2018), desde as mobilizações de junho de 2013, ficaram expostos os limites da gestão petista do Estado brasileiro, com seus governos de coalizão e de conciliação de classes. Este processo foi agravado com o ambiente internacional desfavorável desde a eclosão da crise de 2008/2009 nos países centrais, mas cujos impactos maiores chegaram ao Brasil poucos anos depois. O desfecho desse desgaste foi o golpe parlamentar midiático com o suporte da Operação Lava-Jato. Esse foi mais um movimento do capitalismo brasileiro para aprofundar o ritmo e a extensão dos ajustes, em conexão com as exigências do capitalismo central.

Os segmentos do grande capital, apoiadores do golpe, continuaram buscando alternativas políticas à crise em curso, financiaram e arquitetaram a prisão de Lula em abril de 2018, tendo em vista as eleições daquele ano, nas quais ideais progressistas não podiam ser uma alternativa. Essas ações apontaram para o agravamento do golpe, elevando a possibilidade real de um novo golpe militar nos moldes do de 1964, pois as lutas sociais progressistas não adquiriram a densidade que o momento histórico exigia no Brasil (Behring, 2018).

Nesse contexto, a agenda privatista da contrarreforma, iniciada nos anos 1990, foi elevada ao ápice a partir do Golpe de 2016. O novo governo de ideário neoliberal ortodoxo do Temer acelera o processo de privatização estatal que vinha em curso no governo Dilma (Santos; Silva, 2020). Presencia-se, então, a implementação de políticas de caráter autoritário e antidemocrático, reforma da legislação trabalhista, com supressão de direitos e redução do custo do trabalho, desfinanciamento das políticas sociais, mercantilização de empresas nacionais, abertura de todos os setores da economia às empresas estrangeiras e a promoção de um ajuste fiscal com prioridade absoluta para pagamento da dívida pública.

Ao falar sobre como o capital se comporta em tempos de crise, (Behring, 2023, p. 33-35), diz que:

Num contexto de crise capitalista combinada de superprodução e superacumulação, com gigantesca concentração de riqueza na forma líquida/monetária, a busca por nichos de valorização e de punção de valor, em tempos de curto-circuito nas metamorfoses do capital, é frenética.[...] O campo da política social – e

consequentemente do serviço social – vem sendo duramente atingido, seja pela transformação de políticas e direitos sociais em mercadorias e fontes de lucro, a exemplo da saúde, educação e previdência social; seja pelo trato da pauperização de amplos segmentos por meios assistencialistas e exclusivamente voltados a um consumo de massas de baixa qualidade, que nada tem a ver com um amplo e consistente sistema de proteção social ou de seguridade social e segurança alimentar; ou pela repressão nua e crua.

De fato, é nos momentos de crise que o sistema capitalista mostra sua face mais perversa: o golpe de 2016 e a pandemia foram marcos temporais significativos para entendermos este aspecto, pois ampliaram as desigualdades sociais e de acessos no Brasil, na América Latina e no mundo. Para Antunes (2022), a terceirização, a flexibilidade e informalidade passaram a fazer parte da atuação permanente de todas as corporações.

E, junto a essas tendências, percebe-se uma intensificação na destruição dos direitos do trabalho, com agressivas contrarreformas trabalhistas e de direitos sociais – como vimos no Brasil a partir de 2017. Como já foi dito, o golpe parlamentar, com suporte da operação lava- jato, tornou-se uma estratégia burguesa para adentrar o novo e terceiro momento do neoliberalismo no Brasil, em conexão com as exigências internacionais quanto ao ritmo e a extensão do ajuste.

Para as políticas sociais, o ápice deste novo momento foi a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95), aprovada sob forte repressão em Brasília, em 2016. O discurso da EC 95 foi o de realizar sacrifícios para entregar um país saneado e que voltasse a crescer, responsabilizando os gastos públicos e a dívida (Behring, 2018). Ainda de acordo com esta autora, esta medida teve objetivo como reforçar as contrarreformas anteriores nas políticas sociais.

A EC 95, portanto, é de um aventureirismo irresponsável inimaginável, onde independentemente do desempenho econômico, congela-se os gastos primários do orçamento público brasileiro, no mesmo passo em que se libera a apropriação do fundo público pelo capital portador de juros e pelos especuladores. Em caso de descumprimento da EC 95, estão previstas sanções. Aqui há uma clara conexão entre a EC 95 e a contrarreforma da previdência, pois uma dessas sanções é não poder elevar as despesas obrigatórias, o que atropela a recomposição do salário-mínimo, indexadora de benefícios previdenciários e assistenciais, como o BPC (Behring, 2018, p. 16).

Assim, esta agenda do pós-golpe segue à risca o ideário neoliberal ortodoxo, acirrando o processo de privatização estatal, contrarreformas trabalhista e previdenciária, desfinanciamento das políticas, com seu congelamento por 20 anos. Além disso, o espaço do Ministério da Saúde (MS) para empresários da saúde e suas propostas para reforma do SUS foi ampliado, com forte incentivo à instituição de planos de saúde populares, acessíveis:

Tal ideia representou uma forma de salvar os planos de saúde que perderam clientes nos últimos anos de crise econômica no Brasil, sabendo-se que contratos com planos de saúde são, em grande parte, empresariais ou coletivos, portanto, dependentes do mercado de trabalho (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 845).

É importante mencionar que essas contrarreformas já vinham, em parte, sendo executadas pelo governo Dilma, porém, são intensificadas por Temer e sancionadas pelo BM no documento intitulado “*Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil*”, de novembro de 2017. Este documento apresenta, em sua essência, um cerne meramente político, que veio compactuar com os desmanches acarretados as políticas públicas no Brasil naquele momento.

Para a política de saúde, o relatório do BM coloca no seu item 168 uma recomendação específica de ajuste. “O SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente” (Banco Mundial, 2017, p. 118). O foco do relatório é na ineficiência produtiva do SUS, recaindo sobre a prioridade, a eficiência e os cortes de gastos.

No ano de 2018, o Instituto Coalizão Saúde (Icos), formado por lideranças da cadeia produtiva do setor saúde, no Brasil, sugeriu ampliar a participação dos prestadores privados de assistência à saúde “na definição do desenho, planejamento e execução das políticas nacionais de saúde”, assim como “ampliar a atenção primária, expandindo-a de maneira significativa nos setores público e privado” (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 846). Neste mesmo ano, em outubro de 2018, foi eleito Jair Messias Bolsonaro, apoiado por organizações religiosas, militares, setores conservadores das elites e classes médias, classe sociais dominantes, mercado financeiro e consolida-se a radicalização do conservadorismo que flerta com o fascismo e eleva ao máximo o que havia iniciado com o golpe em 2016.

Nesse momento, já nem se tem a preocupação de camuflar a defesa da privatização, o repasse dos recursos públicos para a iniciativa privada e o aprofundamento da relação de dependência da economia brasileira ao capitalismo central, tendo como figura admirada e referenciada o Donald Trump, então presidente dos Estados Unidos. Este contexto foi devastador para o setor de Saúde.

[...] os empresários do setor passaram a ter como representante o próprio ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, ex-presidente da Unimed Campo Grande, que também advogaria pelo fortalecimento da APS. Porém, iniciou o governo com a saída de mais de 8 mil médicos cubanos, sem renovar o acordo de cooperação técnica entre Cuba e Brasil, estabelecido através do PMM, por motivações ideopolíticas (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 846).

Ainda de acordo com estas autoras, somando-se a isso, em 2019, o governo implantou

o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), excluindo médicos estrangeiros da seleção e mantendo vazios assistenciais importantes, principalmente nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). E através da Medida Provisória nº 890 (MP 890), enviada pelo Executivo ao Congresso Nacional em 1º de agosto de 2019, criou a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), que representou o início da privatização da APS no SUS, coordenada pelo próprio Ministério da Saúde.

Em meio ao processo de ataques e contrarreformas do SUS, apoiadas por grande por setores da sociedade, manipuladas por massivas campanhas de desinformação, identifica-se uma grande queda da cobertura vacinal do país, que chegou a cerca de 80% em 2016, em contraponto a uma realidade de cobertura acima de 95% desde a década de 1990, além do aumento das mortalidades infantil e materna. Agravando este cenário de crises econômicas, social, política e sanitária, o Ministério da Saúde confirma, em 26 de fevereiro de 2022, o primeiro caso de novo coronavírus em território nacional: chegava ao Brasil a Covid-19, que teve uma resposta considerada caótica pelo governo ultraconservador, com discurso de cunho violento e negacionista.

O governo de Jair Bolsonaro chegou a realizar ameaças aos entes subnacionais que atuaram de modo coerente diante do cenário pandêmico, “que adotaram medidas de intervenção social compulsória para redução do contágio (como quarentenas, restrição de mobilidade, redução de interação social, distanciamento físico),” recomendadas por organizações científicas e sanitárias nacionais e internacionais (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 847).

A atuação do governo foi perversa com a população, a priorização da atenção hospitalar para casos mais graves, levou à morte de pessoas que não procuraram atendimento nos primeiros sintomas; a abertura de hospitais de campanha e leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em detrimento do fortalecimento da APS; a ameaças aos médicos cubanos (que encerraram a parceria com Brasil em novembro de 2018); e ao impedimento às estratégias dos entes que tentaram recompor o quadro de médicos na APS via convênios internacionais.

Somam-se a isso, os limites industriais do Brasil, que não dispunha de capacidade para “produção de insumos para testes da Covid-19, ventiladores e respiradores artificiais, princípios ativos de medicamentos, nem mesmo Equipamentos de Proteção Individual (EPI)” (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 847). Resultado do desenvolvimento econômico dependente, comandado por uma burguesia que não tem interesse em investimento na produção nacional, além da crescente desindustrialização, demanda-se recorrer ao comércio

internacional para garantir insumos e equipamentos suficientes para promover uma efetiva segurança em saúde.

A Covid-19 e seu desastroso enfrentamento deixaram evidente a importância de sistemas públicos universais a partir de uma perspectiva ampliada de saúde, que abrange o direito à terra, moradia, alimentação, saneamento, acesso à água, trabalho e renda. Sim, a saúde precisa ser considerada associada às demais políticas de proteção social. O que se viu em 2020 e 2021 foi um contexto de crise política, social e econômica que resultou em uma taxa de desemprego de 14% e mais de 50% da população com algum grau de insegurança alimentar, somada aos elevados números de Síndrome Pós-Covid-19 e sofrimento mental.

A vacina para Covid-19 foi um capítulo à parte, com o negacionismo persistente do poder executivo brasileiro, o que levou a algumas intervenções legislativas e judiciais para garantia do imunizante. Com isso, somente em:

[...] outubro de 2021, mais de 50% da população brasileira já se encontravam com esquema vacinal completo, com um curso decrescente de casos confirmados e óbitos. Porém, nesse mesmo mês, o País registrou 600.000 mortes por Covid-19, o que o colocou no primeiro lugar do mundo em óbitos no referido ano (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022, p. 849).

A ausência de uma atuação humanitária associada a crimes cometidos no período pandêmico levou a instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, denunciando o então presidente Jair Bolsonaro. Acusações como insistência em tratamento sem comprovação científica, recusa e atraso na aquisição de vacinas, crise dos respiradores, casos de corrupção do governo, como negociação de propina na compra de vacinas, além do uso da estrutura governamental para produção de *fake news* sobre as medidas de prevenção à doença, tratamento e o incentivo ao movimento antivacina. Ao final, Jair Bolsonaro foi indiciado por 11 crimes, incluindo infração de medidas sanitárias e crimes contra a humanidade.

Durante todo o período pandêmico as manifestações populares, a academia, e os defensores do SUS, mantiveram vivo o debate sobre o direito à saúde, o SUS universal e a importância deste sistema de proteção para o combate à Covid e suas sequelas, bem como para as demais doenças que voltaram, quando já consideradas erradicadas, como o sarampo. A saúde manteve-se como umas das maiores arenas políticas dos últimos anos, e a pandemia da Covid-19 mostrou que o SUS é o maior sistema de saúde do mundo, e mantê-lo público e universal diante do avanço do neoliberalismo e da extrema direita é desafio e responsabilidade de todos os brasileiros comprometidos com um projeto democrático e socialmente justo.

Com o processo eleitoral de 2022, quando Lula retorna ao poder do Executivo, a Emenda Constitucional (EC) 95/2016 foi substituída pela Emenda Constitucional 126/2022. A EC 126/2022, também conhecida como "PEC da Transição", definiu um novo arcabouço de regras fiscais para substituir o teto de gastos federal criado pela EC 95/2016. Em 2023, com a aprovação do Novo Arcabouço Fiscal – Lei Complementar 200 de 30 de agosto de 2023 – a regra que desfinanciava o SUS, EC-95, foi revogada e o piso federal em saúde voltou a ser regido pelo artigo 198 da CF/88.

Esses movimentos de idas e vindas refletem o embate de classes que ocorre no interior do Estado e da sociedade brasileira e fazem parte também da condição de economia dependente sob o qual o avançado processo de pressupostos da contrarreforma do Estado, *financeirização*, *privatização*, *terceirização* estão inseridos. O ataque contínuo às políticas sociais instiga a questionamentos sobre o forte papel que organismos multilaterais exercem como disseminadores e provedores da ideologia neoliberal e na busca de estratégias para o fortalecimento do capitalismo, principalmente, em países de economia dependente.

Presencia-se continuamente a política de saúde brasileira ser desfigurada e utilizada como estratégia de exploração e acumulação do capital. Com o advento de um golpe político, o Brasil volta a conviver com a presença de governos mais conservadores, que negam a viabilidade de projetos societários universais e são comprometidos unicamente com o lucro dos mercados em detrimento de direitos sociais universais.

A partir de 2016, a classe dominante tem intensificado a contrarreforma na busca pela consolidação de suas premissas, que são a captura do fundo público, a privatização, a austeridade fiscal e as mudanças na gestão orçamentária das políticas sociais, sendo estas ferramentas importantes para permitir a canalização de recursos públicos para o grande capital financeiro e, desse modo, atuar sobre os efeitos de uma propagada crise fiscal que justifica todo este processo de contrarreforma das políticas sociais (Santos; Silva, 2020).

Na saúde, de acordo com Cellupi *et al.* (2018), a mais recente articulação do poderio econômico corresponde à criação da Federação Brasileira de Planos de Saúde (Febraplan) em 2018, considerada a nova entidade representativa dos planos e seguros privados. Os empresários do setor reuniram-se com instituições governamentais e profissionais do legislativo brasileiro para elaborar uma nova proposta de sistema nacional de saúde. Somado a isso, a grande mídia nacional desempenha função primordial no que se refere à manipulação popular, imposição ideológica (com a defesa dos ideais do capitalismo interno e central) e destruição das políticas públicas sociais, principalmente o SUS.

Cabe lembrar que o BM atua como interlocutor do capital no sentido de fortalecer a

acumulação capitalista e a hegemonia do capital financeiro nos momentos marcados pela crise do capital. E nesse contexto, a política de saúde avança na tendência de focalização e ampliação da seletividade, restringindo-se a determinados segmentos da população e caminhando no sentido de ampliar a privatização sob o discurso da eficiência do gasto público, o mesmo discurso da contrarreforma iniciada na década de 1990.

O momento pandêmico foi dramático também para o conjunto das demais políticas de proteção social, pois aproveitou-se da crise sanitária mundial para justificar a crise fiscal e com isso aprofundar as contrarreformas e defender o desmonte das políticas, principalmente as do trabalho e previdência. A lembrar, naquele momento, houve a autorização do governo brasileiro para que o salário do trabalhador fosse reduzido em até 70% durante a pandemia.

3.4 Os processos de privatização do SUS e sua relação com as agências internacionais

O reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado em 1988, em uma lógica abrangente de seguridade social, colocou esta política pública em outro patamar de atendimento humanitário para a população brasileira, ainda que, como vimos, as dificuldades para a efetivação do direito persistam a cada governo. Os desafios para sua manutenção como política pública cresceram com o passar dos anos, considerando o avanço do neoliberalismo e, com esse, a necessidade de contrarreformas para atender as demandas do capitalismo por lucros.

No entanto, a existência de um sistema de saúde de desenho público e universal em um país populoso e economicamente relevante da América Latina ganhou importância e reconhecimento internacional, como pôde ser percebido no período da pandemia da Covid-19, ao mesmo tempo em que é visto pelos organismos multilaterais como um sistema caro, burocrático e de difícil gestão. Justificativas para a proposição de contrarreformas que, na visão das agências internacionais, diga-se, do Banco Mundial, irão atender com mais rapidez e eficiência as necessidades relacionadas à saúde das pessoas que utilizam o sistema.

Importa retomar aqui que, há várias décadas, o país passa por um processo de contrarreformas econômicas e sociais de cunho neoliberal que tem provocado impactos negativos em todos os demais setores. O núcleo central das mudanças consiste nos ajustes macroeconômicos, na diminuição drástica do gasto público, especialmente na área social, no fortalecimento do mercado e, claro, nas privatizações. Como já foi explicitado, desde sua implementação, o SUS vem sofrendo esse ataque promovido pelo capitalismo central e os organismos internacionais, na figura do Banco Mundial.

De acordo com Rizzotto (2000), o setor de saúde começa a aparecer como uma área de

interesse para o BM, no final dos anos 1960, vinculado à questão do combate à pobreza e à satisfação das necessidades humanas básicas, mesmo assim, restritas aos aspectos do controle demográfico.

A preocupação nessa época fundamentava-se na crença de que um alto crescimento demográfico provocaria desafios cada vez mais complexos para a ordem capitalista, com questões relacionadas à terra, a sua subdivisão, à escassez de alimentos e à necessidade de alocação de recursos em maior quantidade para a infraestrutura e para as áreas sociais. Neste momento, o BM acreditava que o controle do nascimento de pobres era uma estratégia para o crescimento econômico de países “em desenvolvimento”, uma vez que isto resultaria na diminuição da necessidade de investimentos em áreas sociais.

Assim, no início dos anos 1980, com a crise da dívida externa dos países de economia dependente e as dificuldades desses países em conseguir crédito junto aos bancos internacionais privados, as instituições de Bretton Woods¹⁴ foram chamadas a administrar a crise em nome da estabilidade financeira internacional. Naquele momento, as agências internacionais, entre elas o BM, passaram a ganhar relevância, tanto como intermediadoras nas negociações da dívida externa, como fornecedoras de recursos para os países de economia dependente altamente endividados, como o Brasil (Rizzotto, 2000).

Desde então, a autora pontua que os empréstimos e orientações de organismos internacionais, como o Banco Mundial, estão condicionados à absorção do receituário formulado no Consenso de Washington. Na prática, isso implica monitorar as políticas econômicas e sociais dos países de capitalismo dependente que buscam neste organismo estudo, pesquisa, orientações neoliberais para as políticas públicas, além de empréstimos que sustentem as contrarreformas para o mercado.

A saúde se torna, portanto, área de interesse para investimento do capital e entra como um setor específico na pauta de financiamento do BM. Esse organismo percebeu que ao financiar projetos para a área da saúde, poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas desse setor público.

Embora o BM divulgue relatórios anuais desde a década de 1970, foi somente em 1993, no seu 16º relatório, que o BM detalhou um diagnóstico sobre os aspectos da saúde em

¹⁴ Após a Segunda Guerra Mundial, foi realizada, em 1944, a Conferência de Bretton Woods, nos Estados Unidos da América (EUA). Essa foi realizada com o sentido de estabilizar o Sistema Financeiro Internacional (SFI) que se encontrava desestruturado desde a Primeira Guerra Mundial. Na conferência estavam presentes 44 países não-comunistas, que vieram a discutir várias propostas para a concepção de um novo sistema financeiro, entre as quais estavam as do economista inglês J. M. Keynes. As duas maiores Instituições de Bretton Woods, são: o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) (Romminger, 2004, p.03).

nível mundial, com ênfase na situação dos países de economia dependente. Nesse momento, o banco 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).

Vale lembrar que as intervenções dessa agência no setor de saúde brasileiro se dão de forma sistemática e simultânea à adesão do Brasil ao neoliberalismo a partir da década de 1990. Este processo é progressivo, se fortaleceu a partir dos anos 2000 e se intensificou a partir de 2016, com a chegada ao poder de um governo de cunho ultraliberal e alinhado com os projetos das burguesias internas e externas. Como resultado, surgiram novos desafios para a saúde pública, decorrentes da intensificação dos cortes de verbas, o aumento e a rapidez nas privatizações, nas terceirizações e nas parcerias público-privadas.

As propostas do Banco Mundial para o campo da saúde são, em sua grande maioria, relacionadas à implementação de programas destinados às populações mais pobres, ou seja, são para focalização em detrimento da universalidade constitucional do SUS. Além disso, a narrativa da gestão desburocratizada e da eficiência das organizações privadas tomam conta do debate em torno das políticas sociais e fazem com que a política de saúde passe a ser um importante espaço de acumulação do capital (Rizzotto; Campos, 2016).

Ao incorporar o discurso do BM, o Estado brasileiro passa a adotar, na gestão da política de saúde, modalidades de atendimento de cunho privatista. Ganham força a defesa das concessões públicas, a terceirização, a complementaridade, as parcerias, a criação de Agências Reguladoras no campo da saúde, entidades com modalidade de gestão flexível como as Organizações Sociais, onde o Estado mantém a responsabilidade pela regulação e financiamento dos serviços de saúde.

Na visão de Alves *et al.* (2022), o processo privatista na saúde tem se manifestado de várias maneiras, entre elas o autor ressalta: a) a focalização na pobreza da assistência à saúde pelo SUS, porque quem pode pagar é incentivado a buscar os serviços e planos privados; b) por meio de parcerias público-privadas (PPPs), que têm se ocupado de oferecer serviços complementares ao SUS; c) pela privatização da gestão dos serviços de saúde, por meio de arranjos administrativos como Organizações Sociais da área da Saúde (OSS). Além dos institutos e empresas de direito privado, que têm transformado a execução de serviços de saúde em um mercado amplamente lucrativo, visto que conta com financiamento público.

E é também no bojo da contrarreforma do Estado que são implementadas as formas de privatização do SUS que recebem a denominação de “novos modelos de gestão”. Foi nesse

momento também que foram criadas as agências reguladoras, ANVISA (1999)¹⁵ e ANS (2000)¹⁶, que legitimam o cidadão consumidor no âmbito da saúde no Brasil, dando sustentação para o desenvolvimento do setor privado.

Para Santos (2010), neste processo de contrarreforma e com as novas modalidades de gestão do SUS, houve um repasse da execução dos serviços de saúde da esfera pública para a privada e para o terceiro setor, que é composto de organizações sem fins lucrativos. Formou-se um modelo de administração pública baseado no estabelecimento de alianças estratégicas entre Estado e a sociedade, ao mesmo tempo em que dissemina uma ideologia da autonomia, solidariedade, parceria e democracia.

Agora o setor público mantém uma postura reguladora e financiadora dos serviços de saúde, função defendida claramente nos documentos elaborados pelo BM, enquanto a execução passa ocorrer pela via privada de atendimento, que é considerada mais eficiente.

Em relação às PPPs no setor de saúde, instituídas pela Lei n. 11.079 de 30 de dezembro de 2004, Almeida (2017) diz que esta modalidade se tornou um mecanismo importante para a implementação das políticas sociais, como parte das estratégias de consolidação do neoliberalismo, e envolve uma profunda mudança na forma como o Estado se articula com o setor privado e na maneira como os atores privados atuam frente ao setor público. Mas constituem, acima de tudo, uma nova forma de privatização, com consequências na provisão de serviços como bens públicos.

Além disso, esta modalidade tem forte relação com os organismos multilaterais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), que nos anos de 1990 a 2000 defenderam as parcerias como mecanismos para impulsionar as metas de saúde, para todos para os países do capitalismo global, e claro, para os países de capitalismo dependente (Almeida, 2017). Na América Latina, afirma Almeida (2017), as PPPs operam desde os anos 1980 em setores diversos, como transporte, telecomunicações e energia, tendo o Chile como vanguarda regional destas relações entre o Estado e o setor privado.

Os antecedentes das PPPs nacionais nos sistemas de saúde remontam às

¹⁵ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi criada em 26 de janeiro de 1999, pela Lei nº 9.782. É uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde que tem a finalidade de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras (Brasil, 1999).

¹⁶ A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em 28 de janeiro de 2000, pela Lei nº 9.961. Também é autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (Brasil, 2000).

contrarreformas da década de 1990, que introduziram mecanismos de mercado na organização e gestão dos serviços públicos de saúde. Os primeiros são denominados contratos de gestão, que seriam uma relação entre o Estado e organizações sem fins lucrativos, denominadas Organizações Sociais (OS) (1998) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (1999), com requisitos de qualificação, pactuação de metas e controle da sociedade civil.

As OS têm forte oposição setorial, seja por questões ideológicas, seja por problemas de descumprimento das cláusulas contratuais. Mesmo assim, em 2015, após vinte anos de sua criação, essas organizações foram consolidadas legalmente por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), que considerou as parcerias com a iniciativa privada como “*opções constitucionalmente admitidas para a prestação de serviços públicos*”. (Almeida, 2017, p. 9. Grifos da autora).

Na mesma linha, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) dizem que os novos modelos de gestão que foram substituindo o Estado no provimento de serviços de saúde têm avançado sobre o fundo público como uma nova forma de garantia de privatização da saúde para acumulação de capital, em diversas formas, tais como: “as Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Parcerias público-privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, entre outros que, associado a subvenções, isenções fiscais e subfinanciamento das políticas públicas” (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 10).

Em relação às OSs, Santos (2010) reforça que este foi o primeiro modelo de gestão flexibilizada, criado pela Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, e introduziu mudanças estruturais e funcionais no financiamento e nas relações de trabalho do SUS. As OSs são compreendidas como entidades públicas não estatais, possuem vínculo público, mas não precisam seguir as regras do direito público e sim do direito privado, exercendo atividade de natureza privada, com incentivo do poder público. Ou seja, o Estado atua no financiamento das ações de saúde e as OSs na execução dos serviços.

Assim, a gestão do SUS vive em constante tensão com interesses do capitalismo central e capitalismo interno seguindo as diretrizes do BM desde a década de 1990. Além disso, a disputa pelo fundo público com o setor privado e o histórico subfinanciamento dificultam a garantia de uma saúde pública universal, integral e de qualidade, conforme preconizada pela Reforma Sanitária. Para Rizzotto (2000), essa agência estabelece um conjunto de ações interventivas via Estado e mantém uma governança mundial de suas orientações, não no sentido de ampliar o leque de intervenções, mas de reduzir a atuação do Estado na sua provisão direta dos serviços.

Desta forma, agências internacionais protagonizam orientações para as políticas sociais

e econômicas adotadas pelos países de capitalismo dependente mediante o direcionamento para implementação de programas para estabilização e ajuste estrutural.

Essas definições econômicas se refletem nas políticas estatais e, conseqüentemente, na política de saúde. Importante pontuar que, quando ocorrem acordos de cooperação entre o Banco Mundial e o Brasil, eles não acontecem, necessariamente, entre esta agência e a União. Como a política de saúde tem como uma de suas características a descentralização, o Banco, nos últimos anos, tem fechados acordos diretamente com os estados e/ou municípios, para financiamento e colaboração técnica.

Estas questões serão abordadas no capítulo seguinte, quando será delineada a atuação deste organismo internacional na política de saúde brasileira.

4 INFLUÊNCIAS DO BANCO MUNDIAL PARA O BRASIL 2016-2023 E AS MODALIDADES DE PRIVATIZAÇÃO INCORPORADAS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO PERÍODO

Para identificar e elucidar as orientações do BM para a saúde brasileira é importante apresentar os organismos internacionais, e mais especificamente, o Banco Mundial em sua relação com as políticas sociais direcionadas aos países considerados em desenvolvimento e, neste caso, a política de saúde brasileira. De acordo com Lima (2006), o Banco Mundial nasceu na década de 1940 e sua história está ligada ao aspecto financeiro, ao fornecimento de empréstimos aos países que fazem parte do bloco do capitalismo dependente, mas, sobretudo, ao controle econômico, cultural e político que exerce a partir da exigência de cumprimento de condicionalidades, sob a aparência de assessorias técnicas.

4.1 A contextualização do Banco Mundial na conjuntura mundial e no Brasil

Pereira (2009) diz que o grupo Banco Mundial, desde sua origem, age como um fomentador e articulador internacional. Ele empresta dinheiro, formula política, veicula ideias sobre o que fazer, como fazer, quem deve fazer, e a quem deve estar direcionado cada serviço; com vista ao desenvolvimento capitalista. Este banco faz uma articulação entre dinheiro, prescrições políticas e conhecimento técnico e econômico para ampliar sua influência e institucionalizar sua pauta político econômica em âmbito internacional e em especial em países de economia periférica, o que reforça o Brasil como país de economia dependente.

Vale esclarecer que o sítio do Banco Mundial define como grupo: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (IBRD), Associação Internacional e Desenvolvimento (AID), Cooperação Financeira Internacional (IFC), Agência Multilateral de Garantias e Investimentos (MIGA), Centro Internacional de Resolução de Conflitos em Investimentos (ICSID) (Banco Mundial, 2025).

Assim foi idealizada uma política de condicionalidades que atuaria, no curto prazo, amenizando pressões sobre o balanço de pagamentos para atingir, no médio prazo, um reordenamento da estrutura produtiva dos países que estavam sofrendo os efeitos da crise de 1970. Nesta mesma linha, Pereira (2009) reforça que, com a crise de 1970¹⁷, o Banco Mundial

¹⁷ Esta crise iniciou-se nos Estados Unidos com a crise do petróleo e levou vários países à recessão. No Brasil foi marcada por contradições estruturais e seu custo social e político elevado. O período marcou o aprofundamento de um modelo autoritário, dependente e concentrador, cujas consequências econômicas e sociais só se tornariam mais evidentes na década seguinte, culminando na crise da dívida externa e no esgotamento do projeto econômico militar.

passou a falar, então, em “custos sociais” do ajustamento estrutural e a financiar programas para aliviar os efeitos do modelo econômico nos países do capitalismo dependente. Estudou, planejou e organizou um conjunto de políticas sociais que foram direcionadas aos países deste bloco econômico.

De acordo com Pereira (2009), as ações financeiras do Banco Mundial, operam sob duas condicionalidades: garantia política, ou seja, os países que recebem dinheiro precisam assumir o compromisso de garantir a estabilidade política, não se envolvendo em conflitos que possam desestabilizá-lo, e a inserção plena nos mercados internacionais privados, através de investimento direto na economia internacional para assegurar o desenvolvimento do capitalismo mundial. Ele afirma que os empréstimos são concedidos aos países em desenvolvimento seguindo duas modalidades que merecem atenção neste estudo. São elas:

[...] investimento e ajustamento. A primeira abarca os instrumentos tradicionais de ação do Banco respondendo por empréstimos para: a) financiar projetos de estrutura social e econômica, b) assistência técnica ou institucional [...] c) intermediação financeira que apoia bancos e outras instituições financeiras, em geral vinculados a programas de ajustamento, d) recuperação de emergências, [...] depois de guerras, desastres naturais e convulsões sociais (Pereira, 2009, p. 13).

A segunda modalidade de empréstimo, ainda de acordo com esse autor, é mais abstrata e está voltada para o ajustamento das economias domésticas à configuração internacional, ao seu modelo de poder, gestão e desenvolvimento. O Banco atua de forma sistêmica nos países em desenvolvimento, no sentido de reconfigurar as políticas sociais redirecionando-as, subordinando-as aos interesses do capitalismo global.

Desde o início, o BM tem feito várias articulações formais e informais com atores multilaterais públicos e privados, que geralmente ocupam a posição de liderança, o que facilita a imposição de suas diretrizes e condicionamentos e torna possível ao Banco aumentar sua influência e área de atuação. Observe neste fragmento uma amostra de sua área de abrangência de acordo com Pereira (2009):

No plano internacional ele abarca fundações, organizações não- governamentais, instituições de pesquisa, organizações privadas, instituições financeiras internacionais, e multilaterais financeiras de assistência ao desenvolvimento. Essa rede de relações internacionais, por sua vez, articula-se com relações igualmente vastas e diversificadas forjadas pelo Banco dentro de cada país cliente, potencializando enormemente a sua capilaridade social (Pereira, 2009, p. 38).

Assim, esta agência procura se articular e se inserir em todos os espaços da vida social, observando, estudando e direcionando os rumos dos países de economia dependente em direção aos interesses do capitalismo central. Na visão de Lima (2006), ao estudar este Banco

ele aponta que a dificuldade de integração dos países dependentes ao capital internacional é resultado da demora em fazer o ajuste fiscal e reduzir os gastos públicos. Os Estados, na visão do Banco, precisam ter a capacidade de administrarem a pobreza e conduzir as reformas econômicas e sociais organizadas pelos organismos internacionais.

Ainda na visão de Lima (2006), o Banco Mundial conduziu as ações do Estado brasileiro em dois importantes momentos:

[...] na década de 1980, com ênfase na estabilização, no controle da inflação e dos preços; e, na década de 1990, com ênfase na reforma estrutural, na política de ajuste, liberalizando as várias esferas da vida social para sua incorporação lucrativa pelo capital. Este projeto omite o fato de que o crescimento da pobreza é uma consequência da assimetria do crescimento econômico mundial e que o objetivo destas políticas preconizadas pelos organismos internacionais do capital é a manutenção da pobreza em níveis aceitáveis, para que não afete a legitimidade e a reprodução global do capital (Lima, 2006, p.13).

A autora afirma ainda que, já na década de 1980, com a crise de endividamento dos países de economia dependente, o BM e o FMI¹⁸ “começaram a impor programas de estabilização e ajuste da economia latino-americana, especificamente da economia brasileira” (Lima, 2006, p.03). A renegociação da dívida externa do Brasil ficou condicionada à avaliação de riscos feita por estes organismos, sob a condicionalidade da implementação da política de estabilidade econômica e de ajuste estrutural à configuração do capitalismo mundial.

Sobre este ponto Pereira (2018) explica:

Entre 1980 e 1985, os programas de ajuste para os países devedores impulsionaram a liberalização do comércio, o alinhamento dos preços ao mercado internacional, a desvalorização da moeda, o fomento à atração de investimento externo, a especialização produtiva e a expansão das exportações primárias. Ao mesmo tempo, no âmbito das políticas sociais e da administração estatal, o ajuste prescrevia como meta a redução do déficit público mediante o corte de gastos com pessoal e custeio da máquina administrativa, a redução drástica de subsídios ao consumo popular, a redução do custo *per capita* dos programas, a reorientação da política social para saúde primária e educação básica como mínimos sociais e a focalização do gasto em grupos em extrema pobreza (Pereira, 2018, p. 05).

Para o setor saúde, a agenda de reformas do Banco Mundial seguiu as orientações do mercado neoliberal, organização da gestão pública deveria seguir modelos empresariais, crescente focalização das políticas sociais nos mais pobres. Além da:

[...] formatação da saúde pública como pacote de mínimos sociais; orientação

¹⁸ Cabe aqui fazer uma diferenciação entre as ações dessas duas instituições: O Banco Mundial é um Banco de desenvolvimento econômico e social, seus empréstimos são para subsidiar projetos, programas e são a longo-prazo, juros baixos e acompanhados de toda a assessoria técnica necessária para o desenvolvimento dos projetos. Já o FMI fornece empréstimos a curto-prazo com juros mais altos e não cobra investimentos direcionados dos valores (Rommingner, 2004).

sistêmica ao mercado e difusão da forma mercadoria em novos domínios da saúde; diversificação dos prestadores de serviço para além do Estado; eliminação de restrições setoriais à plena competição entre atores privados nacionais e estrangeiros; regulação fraca das responsabilidades empresariais e regulação forte dos direitos do capital; e, privatização por dentro do Estado mediante modalidades diversas de parcerias público-privadas (Pereira, 2018,

Mattos e Costa (2003) pontuam sobre o documento específico para a política de saúde, intitulado *Financiamento dos serviços de saúde: uma agenda para a reforma* publicado em 1987, no bojo do debate da Constituinte. O documento critica os governos que concebiam a saúde como direito universal e buscavam oferecer serviços de saúde gratuitos ao conjunto da população. No ano seguinte à publicação deste documento, o Brasil consagra no texto constitucional exatamente a concepção universalista de saúde.

O interesse do Banco Mundial pela política de saúde brasileira é evidenciado pela quantidade de publicações e orientações para o setor desde o início dos anos 2000, especialmente, no que se refere às responsabilidades do Estado, ao financiamento e à gestão pública da saúde. Além das orientações, há também um grande volume de contratos de empréstimos estabelecidos com administração pública que visam interferir na dinâmica da oferta do serviço das políticas públicas brasileiras.

Nos últimos anos, o BM tem realizados acordos diretamente com os Estados e municípios da federação. De acordo com informações do sítio do Banco, no ano de 2023, há projetos desta agência com os Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso, Goiás, Alagoas, Paraná e Piauí em diferentes áreas: economia (política de ajustes), meio ambiente, educação, agricultura, segurança hídrica, entre outros. Além do apoio para o novo Programa do Bolsa Família com o governo federal.

4.2 Exposição da pesquisa sobre os documentos do Banco Mundial produzidos no período de 2016 a 2023

A exposição da pesquisa documental deste marco temporal está organizada em três momentos: no primeiro momento, especifica-se o resultado da análise de alguns dos documentos dos organismos internacionais produzidos no período de 2016 a 2023. No segundo momento, são indicadas as orientações do Banco Mundial que foram e estão sendo incorporadas na política de saúde. Por último, tenta-se fazer uma relação entre as orientações do BM para saúde e a condição de capitalismo dependente na qual o Brasil está inserido.

Cabe esclarecer que o Banco Mundial utiliza tipos diferentes de documentos em suas ações para os países dependentes: documento de planejamento estratégico – onde ele detalha

as ações que devem ser desenvolvidas em cada área – de diagnóstico, em geral solicitado pelos governos, e é realizado antes da elaboração de algum projeto; ou documentos de projetos específicos para cada setor ou política pública, além do relatório anual onde o BM pontua sobre diferentes áreas ou política pública, apontando o que foi feito no último ano fiscal, qual o resultado, quais as dificuldades, entre outros aspectos.

Quadro 1 – Documento de 2016

Documento	Título	Objetivo
Diagnóstico Sistemático do País	Retomando o caminho para a inclusão, o crescimento e a sustentabilidade.	Apontar caminhos para o Brasil crescer com inclusão e sustentabilidade

Fonte: adaptado pela autora (2025) de Banco Mundial (2017).

O Primeiro documento, de 2016, é um *Diagnóstico Sistemático do País*, de maio de 2016 intitulado “*Retomando o caminho para a inclusão, o crescimento e a sustentabilidade*”. O documento fala do histórico de desigualdade brasileira, das dificuldades em lidar com sua extensão territorial, elogiando os recursos naturais do país, a floresta amazônica como “pulmão do mundo”, os recursos hídricos, com terras boas para agricultura e “diversos minerais, metais e outros recursos de capital natural. Seu tamanho lhe confere importância sistêmica do ponto de vista ambiental, como pulmão do mundo, além de interferir substancialmente na estrutura da economia e das instituições políticas” (Banco Mundial, 2016, p. 2).

Em relação às políticas sociais, o documento diz que o aumento nos gastos públicos financiados pelo aumento da arrecadação atingiu seu limite em 2014 e que a maior parte dos gastos está vinculada a compromissos sociais, inclusive previdência social, saúde, educação e transferências sociais. Neste ponto, veja o que o BM sugere:

A escolha para o Brasil será entre reforçar as bases fiscais de sua estrutura macroeconômica, com a redução das transferências para as pessoas em melhor situação, ou efetuar cortes de gastos que incidam desproporcionalmente sobre os mais pobres, revertendo alguns dos avanços sociais obtidos na última década (Banco Mundial, 2016, p. 3).

Nota-se que o Banco recomenda a focalização das ações do Estado na pobreza, para conseguir superar a crise do capital naquele momento. Especificamente sobre a política de saúde o documento diz que as longas esperas e a baixa qualidade da saúde pública levam à insatisfação da população com esta política e que aqueles em melhor situação financeira compensam os “problemas da saúde pública” por meio de planos de saúde privados.

De acordo com o Banco, as deficiências na governança do setor público e a fragmentação institucional podem dificultar a elaboração, o planejamento e a implementação de políticas eficazes de longo prazo, então ele recomenda:

Desenvolver instituições e processos com foco na qualidade da prestação dos serviços públicos, bem como estimular a prestação de serviços pelo setor privado (por exemplo, por meio de PPPs e investimentos diretos locais e estrangeiros), acompanhados pela implementação mais sistemática de uma gestão baseada em resultados e uma formulação de políticas baseada em evidências. Por meio do aumento da eficiência e da redução da desigualdade no acesso à saúde, atraindo recursos privados no âmbito de um arcabouço robusto de garantia de qualidade (Banco Mundial, 2016, p. 38).

Nota-se que a recomendação do Banco para superar os “problemas da saúde pública” são ações que envolvem as parcerias com a iniciativa privada, inclusive por meio das PPPs. Essa fala mostra o indicado por Pereira (2018): para o setor da saúde, a agenda de reformas do Banco Mundial seguiu, e segue, as linhas gerais de gestão pública do setor pela economia e por modelos empresariais. Além disso, mantém uma orientação alinhada ao mercado e difusão da forma mercadoria em novos domínios da saúde, diversificando os prestadores de serviço para além do Estado; incentiva a competição entre atores privados nacionais e estrangeiros com “regulação fraca das responsabilidades empresariais e regulação forte dos direitos do capital; e, mais recentemente, privatização por dentro do Estado mediante modalidades diversas de parcerias público-privadas (PPPs)” (Pereira, 2018, p. 08).

É necessário relembrar sempre que as organizações privadas de saúde estão articuladas com os mais variados setores da sociedade, internos e externos, e detêm o poder de influenciar diretamente nas políticas econômicas e sociais do País. Este processo favorece o contínuo desmonte das políticas sociais e de saúde, principalmente, que é de grande interesse dos mercados.

Quadro 2 – Documentos de 2017

Documento	Título	Objetivo
Projeto	Quadro de Parceria com o País	Indicar formas de impulsionar o desenvolvimento de maneira inclusiva e sustentável no período de 6 anos.
Relatório	Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil	Indicar setores que possam fazer um "ajuste justo" que coloque as contas fiscais do Brasil de volta em uma trajetória sustentável.

Fonte: adaptado pela autora (2025) de Banco Mundial (2017).

No ano de 2017 o Banco publicou (2) dois documentos para o Brasil. O primeiro, em maio, intitulado “*Country Partnership Framework (CPF)*” –Quadro de Parceria com o País – e cobre o período de 2018 a 2023. O segundo documento é um relatório denominado “*Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil*”, de novembro.

Em relação ao primeiro documento da Parceria, o Banco diz que ele está alinhado com os objetivos da estratégia de desenvolvimento apresentada pelas autoridades brasileiras e tem como base as conclusões e recomendações do Diagnóstico Sistemático do País (SCD), produzido pelo Grupo Banco Mundial no ano de 2016. De acordo com o Banco, o documento de 2016 contém uma análise das principais restrições para o crescimento, inclusive e sustentável, das formas de eliminação da pobreza extrema e de como impulsionar o desenvolvimento. Neste sentido, o CPF reflete as prioridades das autoridades brasileiras, os recursos e a capacidade do Grupo Banco Mundial para cumprir essas prioridades.

O Banco explica que o documento da Parceria abrange seis anos para alinhar a estratégia do Grupo Banco Mundial com o ciclo eleitoral do país em 2018. Diz que o período está marcado por incertezas políticas, mas pontua que o então presidente Michel Temer tinha apoio parlamentar e que havia prometido honrar todos os compromissos do país.

O documento faz referência a uma “década de ouro” que o Brasil havia experimentado, entre 2003 a 2013, baseada, em grande parte, em condições externas favoráveis e políticas de incentivo ao consumo. Mas o documento não problematiza a utilização de políticas sociais que transformam cidadãos em consumidores, que prevaleceram durante todos os governos do PT, atendendo às recomendações do capitalismo central no fortalecimento das relações mercadológicas no capitalismo dependente.

De acordo com o documento da Parceria, desde o final de 2014, o Brasil estava em profunda recessão e sem mudanças no seu modelo de crescimento econômico, os ganhos sociais anteriores não seriam sustentados. Para isso, “O CPF é construído em torno de três áreas prioritárias: (i) consolidação fiscal e eficácia do governo; (ii) investimento e produtividade do sector privado; e (iii) desenvolvimento equitativo e sustentável (Banco Mundial, 2017, p. 5, tradução nossa). O documento tem como foco a melhoria da prestação dos serviços, com uma ênfase crescente em novos modelos de gestão que prometem aumentar a eficiência e a eficácia do setor público, além de salvaguardar o acesso dos pobres.

De acordo com este documento, as principais medidas são:

[...] a regra do limite máximo da despesa adotada em dezembro de 2016 [...] e a reforma das pensões apresentada ao Congresso em dezembro de 2016. Estas reformas importantes serão acompanhadas pela reforma do processo orçamental e por uma revisão de programas públicos específicos para aumentar a eficiência da

despesa pública na saúde, educação, assistência social, mercado de trabalho (Banco Mundial, 2017, p. 13, tradução nossa).

Sobre o primeiro ponto de atuação do Banco indicado acima, referente à consolidação fiscal e eficácia do governo, este documento diz que o foco central das intervenções do Banco será defender e demonstrar como conseguir um ajuste fiscal sem prejudicar os pobres, que o diagnóstico, realizado em 2016, mostrou que há espaço para reduzir os gastos na política de saúde, além de melhorar a eficiência, pois, da forma como está, o sistema de saúde beneficia principalmente os mais favorecidos. Além da defesa de reduzir o orçamento para a política de saúde, esse documento possui um item específico para as ações para este setor.

Tendo como objetivo aumentar a eficácia da prestação dos serviços de saúde brasileiro, o Banco Mundial indica as seguintes ações que serão realizadas no período de 2018 a 2023: apoio no aprimoramento dos modelos de prestação de serviços, direcionando para aqueles que mais precisam; apoio a modelos de prestação alternativos, incluindo aconselhamento sobre as condições para a prestação pelo setor privado; fornecimento de evidências que demonstrem a margem para ganhos de eficiência nos serviços de saúde; incentivo à expansão da cobertura de serviços, especialmente entre as camadas mais pobres da população; orientação para coordenação entre os cuidados primários, secundários e terciários, o que também contribuiria para reduzir as ineficiências e custos, entre outras ações. Apesar do discurso humanista que a agência tentar imprimir, percebe-se que o foco das preocupações do Banco está, em todos os documentos, na pobreza e na eficácia das ações favorecerem o ajuste fiscal.

O documento finaliza afirmando que o Banco trabalhará intensamente para melhorar a eficácia da prestação de serviços de saúde através de intervenções contínuas a nível subnacional, com foco na redução da taxa de mortalidade infantil, e cita o sucesso de outras intervenções similares na área que obtiveram melhorias substanciais na saúde materna, desta vez o foco era nas mães.

O Banco avalia que, apesar dos esforços para estabelecer um sistema público de saúde universal, o Brasil ainda luta para alcançar um bom equilíbrio entre um nível apropriado de gastos públicos, uma prestação eficiente de serviços e resultados de saúde. E em análise mais ampliada, o documento sinaliza que as principais metas globais a longo prazo incluem erradicar até 2030 a mortalidade materno-infantil, eliminar a atrofia infantil causada por má-nutrição crônica, deter a disseminação evitável de doenças transmissíveis e não transmissíveis. O objetivo é ajudar os países em desenvolvimento a construir sistemas de saúde sólidos e resilientes, que assegurem que todos os seus habitantes tenham acesso a serviços essenciais de saúde com qualidade.

Apesar das armadilhas da linguagem presentes no discurso utilizados pelo Banco Mundial neste documento, é possível identificar, em suas análises, exemplos autorreferenciados e orientações no formato de apoio às pautas do neoliberalismo e do capitalismo com as defesas dos ajustes fiscais e repasse das ações do Estado para a iniciativa privada. Percebem-se as inúmeras propostas de redução do sistema de saúde e expansão da oferta via mercado privado. É este discurso da melhoria do sistema, da eficácia que tem favorecido o contínuo desmonte das políticas sociais de saúde.

O segundo documento do Banco Mundial para o Brasil em 2017 é intitulado *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*. Este é um relatório solicitado pelo governo brasileiro, e teve como objetivo “realizar uma análise aprofundada dos gastos do governo, e identificar alternativas para reduzir o déficit fiscal a um nível sustentável e, ao mesmo tempo, consolidar os ganhos sociais alcançados nas décadas anteriores” (Banco Mundial, 2017, p. 5).

A primeira frase deste relatório, e a principal conclusão deste estudo, é de que o Governo brasileiro gasta mais do que pode e, além disso gasta mal. Faz referência à crise vivenciada pelo país nos últimos governos Lula e Dilma afirmando que nas últimas duas décadas o Brasil aumentou o gasto público, mesmo numa crescente queda das receitas e com crescimento dos gastos tributários. Sobre o cenário o Banco afirma:

Essa combinação resultou em déficits fiscais anuais superiores a 8% do PIB em 2015-2016 e um aumento da dívida pública de 51,5% do PIB em 2012 para mais de 73% do PIB em 2017. O ajuste fiscal necessário para estabilizar a dívida pública no médio prazo é grande – cerca de 5% do PIB no resultado primário. Se o Brasil não conseguir reverter essa tendência, os resultados serão a perda de confiança dos investidores (nacionais e internacionais), a desvalorização da taxa de câmbio e o aumento da inflação, o que levaria o país de volta aos tempos críticos dos anos 1980 e início dos anos 1990 (Banco Mundial, 2017, p. 11, tradução nossa).

Nota-se que a linha do discurso desta agência neste relatório é a mesma dos documentos anteriores: há uma elevada preocupação com a questão fiscal, com a utilização do orçamento público, com a necessidade de redução das despesas do Estado nos gastos obrigatórios e com teto de gastos. Na visão do Banco, para o Brasil conseguir sair desta rota deve adotar um rigoroso exercício de priorização dos gastos público, que precisam ser mais direcionados para investimentos, além de priorizar nos programas e políticas públicas a proteção dos mais pobres para minimizar os impactos negativos das medidas do ajuste necessário para a recuperação do país.

Outra linha comum é o discurso das reformas e dos gastos públicos mais eficazes, eficientes e equitativos. O documento afirma que a principal reforma, que tem um impacto

importante na economia do país, é a da previdenciária. “É essencial ajustar o sistema previdenciário à realidade de rápida mudança demográfica e alinhá-lo a padrões internacionais” (Banco Mundial, 2017, p. 12). E é enfático ao afirmar que:

A aprovação da proposta de reforma em tramitação no Congresso seria um passo importante na direção de corrigir esse desequilíbrio. As projeções do Banco Mundial indicam que a reforma negociada no Congresso em maio de 2017 reduziria pela metade o déficit projetado do Regime Geral de Previdência Social (RGPS, a previdência dos trabalhadores do setor privado) ao longo das próximas décadas – de 16% para 7,5% do PIB até 2067. Nos próximos dez anos, a reforma traria aproximadamente um terço da economia fiscal exigida pelo "teto de gastos" (atingindo 1.8% do PIB em 2026). A reforma é socialmente justa, pois reduziria principalmente os subsídios concedidos a trabalhadores que recebem acima de três salários-mínimos (Banco Mundial, 2017, p. 12)

Aqui o Banco faz as “previsões” referindo-se a reforma aprovada em 2018, já na gestão de Jair Bolsonaro, a Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, uma perversa contrarreforma da previdência que trouxe critérios mais rígidos para acesso à aposentadoria e mudanças nas regras de cálculo, tanto no regime que atende majoritariamente aos trabalhadores do setor privado (Regime Geral de Previdência Social – RGPS) como no regime de servidores públicos da União (Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), além da extinção da aposentadoria por tempo de contribuição.

Neste documento o Banco faz, conforme solicitado pelo governo brasileiro, uma avaliação dos gastos brasileiros com as políticas públicas, apontando quais contrarreformas poderiam ser realizadas para ajustar a economia brasileira ao capitalismo central. Isso pode ser percebido durante todo o documento, que faz comparações com outros países e como esta política acontece naquele país e poderia ser implementado aqui, desconsiderando todo o processo de construção histórica brasileiro. No entanto, o documento também deixa evidente que esse tipo de recomendação é possível em países em desenvolvimento, diga-se em países de capitalismo dependente.

O primeiro ponto que este documento avalia é o da necessidade urgente da contrarreforma da previdência, já mencionado acima. Critica os valores da aposentadoria rural e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), diz que esses deveriam ser considerados programas sociais e deveria ser ajustado um valor que ficasse em conformidade com os valores do Bolsa Família. Critica os salários dos servidores, que ele chama de “prêmios salariais”: “Estimativas sugerem que a redução pela metade do prêmio salarial em relação ao setor privado geraria uma economia equivalente a 0,9% do PIB” (Banco Mundial, 2017, p. 14). A recomendação aqui é a suspensão de reajustes nas remunerações do funcionalismo no curto prazo, enquanto se desenvolvem estudos mais detalhados sobre o valor adequado de

remuneração das diversas carreiras públicas.

Na educação o Banco recomenda redução dos investimentos nos ensinos fundamental e médio.

Uma análise de eficiência intermunicipal demonstra que o desempenho atual dos serviços de educação poderia ser mantido com 37% menos recursos no Ensino Fundamental e 47% menos recursos no Ensino Médio. Isso corresponde a uma economia de aproximadamente 1% do PIB. As baixas razões aluno/professor representam a principal causa de ineficiência (39% da ineficiência total). O aumento do número de alunos por professor em 33% no Ensino Fundamental e 41% no Ensino Médio economizaria R\$ 22 bilhões (0,3% do PIB) por ano. Isso poderia ser realizado simplesmente ao permitir o declínio natural do número de professores, sem substituir todos os profissionais que se aposentarem no futuro, até se atingir a razão eficiente aluno/professor Banco Mundial, 2017. p. 17).

Em relação ao ensino superior, o Banco recomenda que o Programa de Financiamento Estudantil (FIES) seja estendido também para as Universidades Públicas, mas existe um motivo claro que impede a adoção do mesmo modelo para as universidades públicas. Ele defende que sejam cobradas mensalidades da Universidade e que deve ser assegurado financiamento pelo FIES para quem não pode pagar.

Quanto à política de saúde, objeto deste estudo, o documento reforça o discurso de que o Brasil gasta muito com o financiamento do SUS, mas esse continua ineficiente. Para o Banco a ineficiência resulta principalmente da fragmentação do sistema público de saúde, especialmente do alto número de pequenos hospitais, o que impede “economias de escala” na prestação de serviços. Diz que também foram identificadas carências relativas à integração dos sistemas e insuficiência de “incentivos oferecidos a prestadores e pacientes para a escolha do tratamento mais eficaz em relação ao custo”.

Ao comparar os níveis de eficiência dos municípios, a análise deste estudo identifica possíveis ganhos de eficiência de 37% no atendimento primário (uma economia potencial de R\$ 9 bilhões) e 71% nos serviços secundários e terciários (uma economia adicional potencial de R\$ 12 bilhões). Em total, isso poderia gerar uma economia potencial de 0,3% do PIB (Banco Mundial, 2017, p. 18).

Para o Banco esta economia na saúde é importante para manter o funcionamento do SUS. “Melhorar a eficiência nos serviços de saúde será importantíssimo para garantir que o setor possa absorver os aumentos previstos dos custos associados a alterações demográficas” (Banco Mundial, 2017, p. 18).

O Banco elogia a EC 95/2016 que, na época, estabeleceu um novo regime fiscal até 2030, diz que foi um importante avanço e que precisa ser mantido. Vale lembrar que esta EC impactou profundamente o financiamento do SUS, resultando em uma diminuição de R\$ 64,8 bilhões em termos reais no período de 2018 a 2022. Felizmente ela perdeu a vigência ao ser

substituída pela EC 126/2022, também conhecida como PEC da Transição, conforme explicitado no capítulo anterior.

O documento faz uma análise de vários aspectos da saúde, como a quantidade de hospitais por cidades, a quantidade de profissionais de saúde, os salários, gastos com prescrições de medicamentos, com isso o Banco indica que o SUS enfrenta desafios que exigem “profundas reformas” no sistema. “As reformas precisarão solucionar os desafios atuais (qualidade, eficácia e eficiências) e preparar o sistema para desafios futuros (envelhecimento da população e o crescente ônus de doenças crônicas)” (Banco Mundial, 2017, p. 122).

Para esta agência, o SUS poderia fazer mais serviços, obter melhores resultados com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente. Para isso, o banco orienta as seguintes intervenções: *Racionalização da rede de prestação de serviços, especialmente a rede hospitalar, para atingir um melhor equilíbrio entre acesso e escala.* Ou seja, a redução do número de hospitais de pequeno porte.

Além disso, seria preciso adotar modelos de gestão mais eficientes. Estudos apontam para ganhos de eficiência alcançados por modelos de gestão hospitalar baseados em Organizações Sociais. Esses estudos apontam para uma redução do gasto médio por leito, aumento das taxas de ocupação hospitalar, e expansão do acesso aos serviços de saúde (Banco Mundial, 2017, p. 122).

O Banco também indica a necessidade do *aumento da produtividade dos profissionais de saúde*, através de incentivos financeiros por desempenho.

Evidência anterior demonstra que o Brasil poderia aumentar seu nível de cobertura pré-natal, com o mesmo nível de gastos, caso adotasse um processo de produção mais intensivo em profissionais de enfermagem do que em médicos. Além disso, será importante promover a padronização da prática médica através da adoção de protocolos clínicos como forma de reduzir variação nos diagnósticos e tratamento (para facilitar o controle de custos e o aumento da eficácia dos tratamentos) (Banco Mundial, 2017, p. 122).

Indica também que o Brasil precisa *melhorar a integração entre os sistemas público e privado*, de forma a evitar a duplicidade de esforços, a competição pelos limitados recursos humanos, a escalada dos custos e o aumento das desigualdades. O documento afirma que o Brasil realizou investimentos significativos na expansão da cobertura do SUS com o objetivo de expandir a rede de prestação de serviços, mas que todo este esforço pode não funcionar caso o Brasil não faça as intervenções necessárias para que o sistema seja mais eficiente.

A economia potencial nos gastos com saúde é relacionada a uma escala ineficiente de prestação de serviços, principalmente nos hospitais. [...] o sistema brasileiro de saúde necessita de algumas reformas estratégicas. Primeiramente, há um número demasiadamente alto de hospitais pequenos (que não são eficientes em termos de

custos), o que reflete a necessidade de equilibrar o acesso a serviços hospitalares com o tamanho ideal dos hospitais e a escala dos serviços. Em segundo lugar, é necessário melhorar a integração dos vários níveis de prestação de serviços e a coordenação entre os prestadores de serviços de saúde. Por fim, é fundamental introduzir incentivos para impulsionar a produtividade dos profissionais de saúde e alinhar os mecanismos de pagamento dos provedores aos custos efetivos (Banco Mundial, 2017, p. 119).

Este documento finaliza indicando o que deve ser feito pelos entes subnacionais para reduzir os gastos com saúde: entre as recomendações, reduzir os salários dos servidores estaduais de saúde “dos atuais 31% para os níveis internacionais (aproximadamente 16%), eles poderiam economizar 0,6% do PIB (R\$ 37 bilhões em valores agregados) ao ano” (Banco Mundial, 2017, p. 123). Caso contrário, os governos estaduais precisarão encontrar maneiras de reduzir o número de funcionários.

Isso poderia ser feito, por exemplo, por meio da terceirização dos serviços de saúde, pois o setor privado tende a pagar salários mais baixos e operar de maneira mais eficiente. (...) Por fim, ganhos de eficiência significativos podem ser realizados na área de saúde, reduções no número de funcionários e nas remunerações não necessariamente afetariam a qualidade dos serviços prestados (Banco Mundial, 2017, p. 123).

O documento apresenta, em sua essência, uma avaliação política, que se constitui como o aval do Banco para o desmanches e privatização das políticas públicas no Brasil, com recomendações que orientam cortes de gastos públicos e, em especial, de gastos sociais. As indicações deste documento são, essencialmente, para as políticas de saúde, educação, previdência e algumas referências à assistência social, especificando o que deve ser realizado em cada área e os ganhos fiscais que estas “reformas” trariam. Isso mostra que o Banco Mundial reforça a necessidades dos ajustes fiscais com as políticas sociais com o objetivo de ampliar a participação do mercado na oferta, deixando o setor público com o financiamento e a regulação.

Quadro 3 – Documentos de 2018

Documento	Título	Objetivo
Diagnóstico	Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro	Aumentar a eficiência, a efetividade, e a qualidade dos serviços do SUS, de forma a garantir a sua sustentabilidade a médio e longo prazos

Fonte: adaptado pela autora (2025) de Banco Mundial (2018).

O documento de 2018 intitulado “*Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*”, denominado pelo Banco Mundial como *Notas de Políticas Públicas*, é dirigido à sociedade brasileira e especificamente aos candidatos à presidência e sua equipe econômica na

eleição de 2018. Ele apresenta o diagnóstico do Banco Mundial para os principais desafios de desenvolvimento econômico e social do Brasil e propõe um caminho possível para enfrentá-los.

Este documento inicia reportando-se ao SUS como um sistema de cobertura universal, reconhece a importância do sistema para a prestação dos serviços de saúde no país e faz ressalvas sobre as dificuldades que o Brasil tem de conseguir um atendimento eficaz à população que precisa de atendimento na rede pública de saúde. Ele fala dos desafios que o Brasil precisa enfrentar para prover serviços de saúde eficientes e sustentáveis para sua população. A consolidação do SUS, para o Banco, depende da capacidade de adotar medidas avançadas para sua modernização, como foram avançadas as ideias que inspiraram a implantação da cobertura universal de saúde no país há três décadas, fazendo referência ao movimento da Reforma Sanitária brasileiro.

O Banco diz que o SUS enfrenta desafios que exigem o aprofundamento da contrarreforma da saúde.

As novas reformas devem alterar a atual estrutura de incentivos por meio da introdução da concorrência entre provedores de serviços de saúde, de mecanismos de compartilhamento de custos e de menos fragmentação da prestação de serviços de saúde. Estas reformas terão de preparar o sistema para enfrentar os desafios remanescentes (baixa qualidade, eficácia limitada e ineficiências) e futuros (envelhecimento da população e crescente carga das doenças crônicas) (Banco Mundial, 2018, p. 03).

O documento afirma ainda que:

Para tanto, será preciso reconfigurar o modelo de prestação de serviços em torno de redes integradas de saúde, modificar modelos de gestão dos provedores de serviços de saúde e os mecanismos de pagamento para premiar qualidade e resultados, além de estabelecer uma melhor coordenação com o setor de saúde suplementar (Banco Mundial, 2018, p. 03).

As recomendações deste documento estão mais focadas nos modelos de gestão do SUS. Mas ele volta a mencionar a análise do documento anterior de 2017, *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*. Levanta algumas questões e reforça a quantidade de hospitais, como um dos fatores para a ineficiência da saúde pública brasileira. Critica também a disponibilidade e distribuição da força de trabalho dos profissionais de saúde, e que é menor do que a encontrada em países com nível similar de desenvolvimento e inferior à média entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

O documento fala também da subutilização de profissionais de saúde, como os

profissionais de enfermagem.

Embora a regulamentação nacional autorize às enfermeiras a fazer consultas e prescrever certos medicamentos e exames nas unidades de APS, na prática isso não acontece frequentemente pois enfrenta resistência institucional e das corporações médicas. Isso resulta na capacidade ociosa do SUS em relação aos recursos humanos (Banco Mundial, 2018, p. 5).

Para o Banco, caso essas ineficiências fossem sanadas, o SUS poderia obter melhores resultados de saúde mesmo sem mais recursos, o que é particularmente importante no contexto da crise fiscal brasileira. Por isso, o foco precisa ser na forma de gestão, pois, para o Banco, existe pouca coordenação entre os níveis de atenção e a fragmentação da rede do SUS resulta em duplicação de serviços e excesso de capacidade, além de perda de economias de escala e custos operacionais mais altos. “Caso sejam mantidas as tendências de aumento nominal do gasto público com saúde no Brasil, as despesas com o SUS atingirão R\$700 bilhões em 2030. Este cálculo não leva em conta o envelhecimento da população, o aumento do peso das doenças crônicas” (Banco Mundial, 2018, p. 7). Para o Banco, é possível fazer mais sem aumentar os recursos, e isso não vai, necessariamente, reduzir a qualidade dos serviços, os desafios para a consolidação do SUS, na visão do Banco, exigem a reforma dos modelos de atenção, financiamento e gestão.

O documento enfatiza em propostas que têm por objetivo aumentar a eficiência, a efetividade, e a qualidade dos serviços do SUS, de forma a garantir a sua sustentabilidade no médio e longo prazo. “As recomendações apresentadas baseiam-se em análises técnicas implementadas pelo Banco Mundial, revisão da literatura nacional e internacional, e uma série de debates e discussões com gestores, profissionais do setor e pesquisadores” (Banco Mundial, 2018, p. 8).

Quadro 4 – Recomendações de 2018

Principais recomendações do Banco Mundial para a política de saúde neste documento:

- Melhorar a coordenação com o sistema de saúde suplementar;
- Premiar resultados por produtividade dos prestadores de serviços;
- Expandir e fortalecer a cobertura de APS;
- Definir um pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS;
- Racionaliza a oferta de produtos ambulatoriais e hospitalares;
- Aperfeiçoar os arranjos de governança e gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos provedores.

Fonte: Banco Mundial (2018)

De acordo com o Banco, estas recomendações visam melhorar a qualidade e experiência do paciente, ampliar o acesso e a proteção financeira e com isso mais retorno pelos recursos investidos, que gera a eficiência.

Desta forma, de acordo com o Banco, seria possível realocar aproximadamente R\$13 bilhões por ano e manter os serviços (e resultados) da Média e Alta Complexidade nos níveis atuais. Os novos repasses para a APS continuariam a incluir o PAB (Piso de Atenção Básica) fixo, baseado em alocação *per capita*, e o PAB Variável seria convertido em um esquema de pagamento por desempenho baseado em um conjunto de indicadores previamente acordados entre o nível federal, os municípios e os prestadores de serviços de saúde (unidades de APS, ambulatórios e hospitais).

A reforma deverá necessariamente mudar a estrutura de incentivos existentes na prestação dos serviços de saúde, incentivar a competição entre provedores, introduzir mecanismos de compartilhamento de custos com os provedores e pacientes, e reduzir a fragmentação da provisão dos serviços de saúde (Banco Mundial, 2018, p. 16).

O documento diz que reformas similares já foram propostas antes, porém não foram implementadas devido à pressão de “poderosos grupos de interesse”, como os militantes da Reforma Sanitária, as Associações dos profissionais e Governos locais que buscam manter controle da provisão dos serviços para obter ganhos políticos. É por isso que, apesar do consenso em boa parte dos políticos, há divergências entre as várias propostas existentes, tais como a privatização, a focalização dos serviços do SUS, os subsídios para os planos de saúde de baixo custo, entre outros. Diz que há um grupo que tem orgulho em manter a política de saúde como provisão estatal e atendimento universal, mesmo com as pesquisas indicando a ineficiência do serviço.

Quadro 5 – Documentos de 2019

Documento	Título	Objetivo
Relatório	A Natureza Mutável do Trabalho	Incentiva os governos a investir em capital humano

Fonte: adaptado pela autora (2025) de Banco Mundial (2019).

No ano de 2019 foi encontrado o relatório anual que foca na questão do trabalho sob o título “*A Natureza Mutável do Trabalho*”. Nele o Banco faz uma avaliação do avanço da tecnologia na vida dos trabalhadores e as alterações no mundo do trabalho. Diz que a inovação e o progresso tecnológico causaram grandes perturbações nas sociedades, mas o que se tem presenciado é mais prosperidade do que destruição. “Ainda assim, hoje vivemos uma

nova onda de incertezas, à medida que o ritmo da inovação continua acelerado e a tecnologia afeta todos os aspectos de nossa vida” Banco Mundial, 2019, p. 7).

Diz que o desafio maior em lidar com as tecnologias é para os países em desenvolvimento, pois terão que agir rapidamente para assegurar que consigam competir na economia do futuro. Terão que investir em seus cidadãos com um grande senso de urgência, especialmente nas áreas de saúde e educação, que são os pilares do capital humano. O documento afirma que o desafio para os governos é cuidar melhor dos seus cidadãos, garantindo o mínimo de proteção social. Isso pode ser feito com as reformas certas, tais como acabar com subsídios inúteis, melhorar a regulamentação do mercado de trabalho, e reformar as políticas de tributação no nível global.

Quais seriam as “novas” maneiras de proteção das pessoas? De acordo com o Banco Mundial:

Um mínimo social que ofereça apoio independentemente de emprego é uma opção. Esse modelo, que incluiria a previdência social voluntária e obrigatória, poderia alcançar muito mais pessoas. A proteção social pode ser fortalecida pela expansão da cobertura geral que prioriza os mais necessitados da sociedade. Colocar os profissionais de saúde da comunidade na folha de pagamento do governo é um passo na direção certa. Uma renda básica universal é outra possibilidade, mas não foi ainda testada e em termos fiscais é proibitiva nas economias emergentes. Sistemas de previdência e assistência social aprimorados reduziram o ônus da gestão de riscos na regulamentação trabalhista (Banco Mundial, 2019, p. 04).

Esta é a visão de proteção social do BM neste documento, um mínimo social para os mais vulneráveis, como forma de proteção diante do avanço da tecnologia. As pessoas, mesmo que não consigam acompanhar a evolução tecnológica, vão se sentir seguras sabendo que têm direito a uma renda mínima. Além disso, a agência coloca um ponto para atenção dos governos. “Entretanto, a inclusão social requer espaço fiscal, e muitos países em desenvolvimento carecem das finanças necessárias em razão de bases tributárias inadequadas, setores informais muito grandes e administração ineficiente” (Banco Mundial, 2019, p. 04).

Para o Banco, os sistemas de proteção social precisam se adaptar à natureza mutável do trabalho. Quando houver proteção social, a regulamentação trabalhista mais flexível facilitará a transição entre trabalhos. Ou seja, é um apelo para redução dos direitos trabalhistas. O documento finaliza fazendo uma forte defesa de investimentos na primeira infância, incluindo nutrição, saúde, proteção e educação, com o objetivo de construir bases sólidas para a futura aquisição de habilidades cognitivas e socioemocionais, incluindo resiliência a incertezas.

A pauta do capital humano sempre foi abordada nos documentos do Banco Mundial

nos anos 2000 e neste é atualizada para falar das vantagens do avanço tecnológico para a sociedade e orientar os governos a se preparem para os novos tempos. O documento considera que investir em capital humano é prioritário, para tirar o máximo proveito dessa oportunidade econômica em evolução, e que exige três tipos de habilidades importantes nos mercados de trabalho: habilidades cognitivas avançadas, como solucionar problemas complexos; habilidades socioemocionais, como trabalhar em equipe; e combinações de habilidades adaptáveis, como ter bom raciocínio e autoeficácia. A formação dessas habilidades requer uma base sólida de capital humano e aprendizagem, por isso a importância de investimentos na primeira infância.

Quadro 6 – Documentos de 2020

Documento	Título	Objetivo
Diagnóstico	Covid-19 no Brasil: impactos e respostas de políticas públicas	Contribuir para o diálogo contínuo sobre políticas públicas em resposta à pandemia e à crise econômica da Covid-19. E ajudar os formuladores de políticas públicas a elaborar medidas para o futuro.
Relatório	Apoiar os países em tempos sem precedentes	Apoiar os países no enfrentamento das sequelas econômica e sociais da Pandemia.

Fonte: adaptado pela autora (2025) de Banco Mundial (2020).

Em um ano emblemático para o mundo todo, em 2020, devido à pandemia da Covid-19, foram pesquisados dois documentos do Banco Mundial. O primeiro intitulado *Covid-19 no Brasil: Impactos e respostas de políticas públicas* foi publicado em junho de 2020. O segundo documento é o *relatório anual* publicado em novembro de 2020, nele o Banco faz um balanço das ações do Banco durante a pandemia em vários países. Em relação ao Brasil, o documento fala dos programas de transferência de renda e da aprovação de um empréstimo em 2020 para ampliar o programa Bolsa Família, que dizia buscar mitigar os impactos sociais e econômicos adversos da pandemia da Covid-19. Este documento não fala de nenhuma ação na política de saúde, fala de orientações para diversos setores para reduzir os impactos econômicos causados pela pandemia em vários países.

O primeiro documento é direcionado ao Brasil e à política de saúde e visa contribuir para o diálogo contínuo sobre políticas públicas em resposta à pandemia e à crise econômica da Covid-19, além de ajudar os formuladores de políticas públicas a elaborar medidas para o futuro. Neste documento, o Banco reconhece a importância do SUS e afirma que: “Embora o

Brasil tenha um dos sistemas de saúde mais robustos da América Latina, a capacidade é bastante desigual em todo o país” (Banco Mundial, 2020, p. 5). Diz que os governos, federal e subnacionais, se esforçaram para aumentar a capacidade do sistema de saúde, por meio da aquisição de novos leitos para unidades de terapia intensiva, equipamentos médicos e ventiladores e a contratação de mais profissionais de saúde.

O documento diz que, enquanto o país tenta expandir sua capacidade de tratamento, o desafio é expandir também a capacidade de testagem, dado o alto percentual estimado de subnotificação de casos e mortes. Afirma que a pandemia faria Brasil entrar em outra recessão, pois a crise da Covid-19 enfraquece a resiliência da estrutura macroeconômica brasileira. Faz uma avaliação com projeções nos setores econômicos, social e financeiro, mostra grande preocupação com o Produto Interno Bruto-PIB e com o aumento da dívida pública, com a inflação e com a taxa Selic que estava em um nível muito baixo.

O documento aponta também que o Brasil adotou medidas significativas para enfrentar a crise econômica.

Para proteger os pobres, o governo expandiu o programa Bolsa Família para mais de 1,2 milhão de famílias. Além disso, espera-se que o Auxílio Emergencial, com pagamentos de um pouco mais da metade do salário-mínimo durante três meses para trabalhadores informais, autônomos, e desempregados sem qualquer cobertura, possa amortecer o golpe da crise (Banco Mundial, 2020, p. 9).

Em relação às prioridades, o Banco orienta que primeiro o Brasil deve implementar medidas de mitigação para “controlar a curva” da doença. E em segundo lugar a preocupação é a recuperação da economia e, para isso, o Banco faz as seguintes recomendações:

1) conter os danos; 2) proteger os mais pobres e vulneráveis; 3) apoiar empresas e empregos; 4) fortalecer a situação fiscal dos entes subnacionais; 5) prevenir o colapso do setor financeiro e apoiar a oferta de crédito; 6) reforçar a proteção dos recursos naturais. 7) fortalecer a gestão do setor público, aumentando a transparência e coletando dados (em tempo real); 8) organizar a gestão de ativos (caso o governo decida socorrer empresas estratégicas); 9) definir e comunicar claramente uma estratégia de saída da crise econômica e fiscal; e 10) definir e fazer novo compromisso com a agenda de reformas estruturais (Banco Mundial, 2020, p. 10).

De acordo com o Banco, é preciso revitalizar a agenda de “reformas” para apoiar a recuperação econômica, pois será fundamental orientar os agentes econômicos, oferecer flexibilidade adicional e garantir um ajuste considerando a nova realidade econômica na sequência da pandemia. Nota-se que a receita desta agência para sair da crise econômica causada pela pandemia, é intensificar a agenda de contrarreformas para dar garantias ao setor econômico e financeiro do compromisso do Estado com a recuperação da economia.

Em relação à política de saúde, o documento traz recomendações gerais, tendo em vista

que foi publicado apenas 3 (três) meses depois do início da pandemia. Fala do contexto geral dos casos e das ações dos governos federal e subnacionais, dizendo que o SUS está sob pressão adicional, visto que é um sistema que já funciona no limite, e é geralmente visto como superlotado e incapaz de oferecer nada além do acesso limitado a hospitais e atendimento especializado. Traz o número de hospitalizados e mortos, até aquele momento, por estado da federação, as dificuldades da região norte do país com poucos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Quanto a orientações, este documento não traz nada além do que já estava sendo feito na época e do foi identificado como necessário, pelos profissionais de saúde, tais como: expandir a capacidade de testagem, garantir que itens básicos de higiene e equipamentos de proteção individual (EPIs) estejam disponíveis em todas as unidades de saúde do país, garantir a coordenação do uso eficiente da capacidade existente de leitos de UTIs no setor público e a contratação de fornecedores privados, melhorar a coordenação entre os setores público e privado, tanto em termos de testagem quanto do uso de leitos hospitalares para casos graves, entre outras.

O documento deixa claro que o Banco está apoiando o Brasil nas ações de mitigação dos danos.

O Banco Mundial está apoiando o Brasil na identificação de riscos e no fortalecimento dos sistemas de compras públicas. O Banco Mundial está colaborando com o Ministério da Saúde, os estados do Rio de Janeiro e do Mato Grosso e o município de São Paulo, e está desenvolvendo uma ferramenta de inteligência artificial que pode ajudar a identificar mais de 200 riscos envolvendo compras públicas. A maior transparência pode ajudar a melhorar a supervisão pública e, eventualmente, criar confiança no governo, ao assegurar que a ajuda e as transferências não favorecem grupos ou indivíduos de interesse específicos (Banco Mundial, 2020, p. 64).

Em relação ao panorama fiscal, o Banco diz que, a pedido do Governo Federal, simulou uma economia na folha de pagamento a partir da política de recursos humanos. A não contratação de pessoal, exceto profissionais de saúde, congelamento dos salários e suspensões das progressões nas carreiras de todos os funcionários federais. “Essas políticas poderiam resultar em uma economia da ordem de R\$ 37 bilhões se implementadas por três anos e de R\$ 6,5 bilhões se implementadas por apenas um ano” (Banco Mundial, 2020, p. 65).

O Banco também aponta questões relacionadas às concessões e parcerias Público-Privadas (PPPs) em meio a Covid-19. Diz que a participação do setor privado na infraestrutura, seja por meio de contratos por desempenho, concessões ou em forma de parceria segundo a lei brasileira de PPP, pode desempenhar um papel importante na recuperação pós pandemia do país. Porém, o momento pandêmico pode alterar a confiança do setor privado para fazer

contratos de PPP com o governo.

Então, o governo deve dar mais garantias ao setor privado, eventualmente projetos de PPP com pagamentos baseados na disponibilidade de receitas em vez de o parceiro privado assumir o risco de receita. Para o Banco, esta parceria é muito válida pois pode, entre outras consequências, aliviar a carga fiscal do setor público, melhorar a qualidade dos serviços, promover a criação de empregos nos setores de saúde e saneamento.

O ponto que o sustenta como primordial para superar a crise fiscal no pós-pandemia a retomada da agenda de “reformas”, e afirma:

No Brasil, o momento anterior de reformas, que resultou na ambiciosa reforma previdenciária em 2019, por exemplo, já estava sob risco de se dissipar no início de 2020, pouco antes da pandemia. Uma breve janela de oportunidade para as reformas antes das eleições municipais no final deste ano (possivelmente também será adiada) será ofuscada pela COVID-19. Isso representa um risco significativo para a recuperação brasileira [...] O que torna mais importante ainda continuar com a agenda de reformas, que inclui a abertura continuada dos mercados para maior concorrência (Banco Mundial, 2020, p. 143).

Além disso, o Banco sugere aumentar o aperto fiscal

Dado o golpe significativo no espaço fiscal do país, será importante comunicar também como a agenda de consolidação fiscal será mantida, e possivelmente apertada, para atingir a meta final de recriar o espaço fiscal. No que diz respeito à política monetária, e especialmente à luz do potencial *quantitative easing* e da história do Brasil com a monetização de déficits fiscais e inflação, será mais importante do que nunca garantir a independência de juros do Banco Central do Brasil (Banco Mundial, 2020, p. 143).

Assim, o que se percebe durante todo este documento é a preocupação do Banco com a política fiscal do governo, os efeitos depois da pandemia e se o Brasil vai conseguir fazer o que precisa quando o período pandêmico passar. Reforça que as medidas adotadas durante a pandemia sejam temporárias, mesmo que as pressões políticas possam dificultar a redução dos gastos de emergência. Diz que isso é fundamental para a sustentabilidade fiscal e para a confiança do mercado. Além disso, deve-se “Aprovar as três emendas constitucionais (PEC) sobre sustentabilidade fiscal atualmente no Congresso para oferecer flexibilidade adicional à gestão do orçamento; retomar a agenda de reformas administrativas para reduzir despesas estruturais recorrentes e criar espaço fiscal para gastos essenciais ao pró-crescimento e pró-pobres” (Banco Mundial, 2020, p. 65).

O segundo documento não é especificamente para o Brasil. Fala de forma geral sobre a atuação do Banco junto aos países no enfrentamento da pandemia. Diz que as recomendações em matéria de políticas ofereceram aos países formas de alcançar melhorias na governança e

nos ambientes de negócios. Isso para neutralizar as perturbações nos mercados financeiros, investir em educação e saúde para obter melhores resultados em termos de capital humano. Além de:

“[...] ampliar as redes de proteção baseadas em transferências de renda em favor dos pobres”, rever as políticas de preço de energia e implementar reformas que permitam o rápido ajuste do capital e da mão de obra às estruturas posteriores à pandemia. O envolvimento do setor privado é fundamental para esta resposta de emergência (Banco Mundial, 2020, p. 08).

Especificamente para o Brasil, o Banco menciona o apoio ao programa Bolsa Família, que beneficiou 47 milhões de pessoas. Em síntese, o documento mostra as ações em termos econômicos para os países.

Quadro 7 – Documentos de 2021

Documento	Título	Objetivo
Relatório	Da crise à recuperação verde, resiliente e inclusiva	Ajudar os países de renda baixa e média a construir os alicerces para uma recuperação forte e duradoura.

Fonte: adaptado pela autora (2025) de Banco Mundial (2021).

No ano de 2021 a pesquisa foi realizada no Relatório anual do Banco intitulado *Da crise à recuperação verde, resiliente e inclusiva*. Abrange o período de 1º de julho de 2020 a 30 de junho de 2021. Neste documento, o Banco faz um relato dos resultados da crise econômica e sanitária global sem precedentes em termos de escala e impactos. Como resultados o Banco cita:

[...] sistemas de saúde sobrecarregados, confinamentos generalizados, fechamento de escolas, interrupções no fornecimento de alimentos e perda de renda — afetam de maneira desproporcional os pobres, as mulheres, os idosos, os trabalhadores informais e outros grupos vulneráveis (Banco Mundial, 2021, p. 3).

De acordo com este documento, a pandemia reverteu décadas de progresso na redução da pobreza, e aproximadamente 100 milhões de pessoas a mais passaram a uma situação de extrema pobreza em 2020. E muitos países correm o risco de superendividamento devido aos seus esforços para responder à crise. Fala-se da importância dos países assegurarem a imunização e, por isso, estão apoiando o acesso dos países às vacinas.

Para o Brasil, o Banco diz que investiu em capital humano para garantir acesso a serviços de saúde e educação. O país teria capacitado “cerca de 60 mil profissionais médicos em atendimento de emergência neonatal e obstétrica, o que ajudou a reduzir a mortalidade materna de 65,1 para 43,3 por cada 100 mil mulheres entre 2010 e 2019, e a mortalidade

infantil de 12,2 para 10,3 por mil nascimentos no mesmo período” (Banco Mundial, 2021, 40). O apoio na educação, de acordo com o Banco, ajudou a aumentar as taxas de conclusão do ensino fundamental, fortalecer a formação de professores e expandir o número de professores que trabalham em áreas indígenas de 437 em 2014 para mais de 800 em 2019. O relatório também fala do apoio técnico para reformar os setores de energia, gás e mineração que, segundo o Banco, estão entre os principais motores da economia brasileira.

Também aborda “reformas” no sistema de proteção social, mas não especifica qual setor. “No Brasil, estamos trabalhando em uma reforma abrangente do sistema de proteção social para melhorar a resiliência a choques econômicos, tais como pandemias” (Banco Mundial, 2021, p. 41). Cita alguns apoios a concessionárias públicas de água e energia, mas este documento não menciona ações, nem orientações para a área da saúde brasileira.

O documento não faz referência à política de saúde. O empréstimo que foi feito na época foi para ampliar o Bolsa Família. As ações que estavam vigentes na época eram no setor de energia, água, saneamento, mineração, preservação do meio ambiente, sendo este último um tema muito recorrente nos documentos.

Quadro 8 – Documentos de 2022

Documento	Título	Objetivo
Relatório	Relatório de pobreza e equidade no Brasil: mirando o futuro após duas crises	Apresentar os impactos da pandemia no mercado de trabalho do Brasil. Falar sobre o papel do sistema de proteção social no apoio aos mais pobres.

Fonte: adaptado pela autora (2025) de Banco Mundial (2022).

O documento de 2022 é o relatório intitulado “*Relatório de pobreza e equidade no Brasil: mirando o futuro após duas crises*”. Este relatório reúne um conjunto de análises de pobreza e desigualdade produzidas entre 2020 e 2022, incluindo os impactos da pandemia da Covid-19 no mercado de trabalho do Brasil, o papel do sistema de proteção social no apoio aos mais pobres, e o aumento da vulnerabilidade devido às mudanças climáticas. Ou seja, é um relatório abrangente que discorre sobre diversos temas do Brasil nos anos pós pandemia.

Assim como todos os documentos analisados neste trabalho, este começa abordando questões econômicas e sociais do país, o PIB, a pobreza, desemprego, déficits fiscais, inflação, as crises agravadas com a pandemia. O Banco afirma que todo este conjunto foi ainda mais afetado no período da Covid-19. Menciona crises do Brasil em 2008 e 2014, das quais ainda

não tinha se recuperado completamente.

O Brasil entrou em recessão técnica no segundo semestre de 2014 e sua moeda sofreu uma das maiores desvalorizações entre os mercados emergentes [...] além disso, uma crise política acompanhou a recessão econômica, desencadeando o impeachment da presidente e uma polarização política que continua até o momento. Embora o crescimento tenha sido positivo em 2017, a recuperação permaneceu tépida até o final de 2019 (Banco Mundial, 2022, p. 2).

Nota-se que o documento tenta imprimir uma certa neutralidade na avaliação de uma determinada crise e somente reconhece a melhora do cenário em 2017, no pós-golpe. Identifica-se no discurso o alinhamento da agência com o capital, mesmo tentando a todo momento imprimir um discurso mais humanista. Segue falando que a crise de 2014 a 2016 e a pandemia ampliaram as desigualdades no Brasil, que já era um dos países mais desiguais do mundo. “Antes da pandemia, os 10% de brasileiros mais ricos tinham uma renda média *per capita* superior a 50 vezes a dos 10% mais pobres, e a renda dos 5% mais ricos era 77 vezes maior. De fato, a recuperação econômica de 2017-2019 foi significativamente regressiva e, em 2019” (Banco Mundial, 2022, p. 3). O documento não expõe o que considera como recuperação econômica de 2017 a 2019, mas infere-se do que já havia mencionado em documentos anteriores, da agenda de contrarreformas.

Sobre a saúde, o documento faz um relato dos casos, das mortes, do desemprego, com mais força nas regiões norte e nordeste e nos mais vulneráveis, a população negra, indígena e mulheres que figuram os grupos que tiveram mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas não há nenhum tipo de problematização, somente dados. Diz que esses grupos, quando procuravam ou quando conseguiam atendimento, a doença já estava muito evoluída o que dificultava o trabalho das equipes de saúde, e esta dificuldade se estendeu para o acesso às vacinas.

O documento menciona também que o desafio naquele momento para os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, eram sintomas de agravamento da saúde mental da população em um conjunto de perdas já mencionadas, somado ao endividamento para superar os efeitos da crise sanitária. “O fardo da dívida dos domicílios brasileiros atingiu um recorde de 60% da renda domiciliar; gerado principalmente por empréstimos não hipotecários, que aumentou quase 11 pontos percentuais desde fevereiro de 2020” (Banco Mundial, 2022 p.7). Fala da dificuldade de atendimento da população mais vulnerável pelo sistema público de saúde sempre sobrecarregado, mesmo antes da pandemia, pois a população urbana de menor poder aquisitivo tem pouco ou nenhum acesso a seguros de saúde.

O documento afirma que é necessário ampliar os investimentos na oferta de saúde, pois

as dificuldades criadas pela pandemia e pelo envelhecimento da população na saúde e na economia (o Banco já demonstrou esta abordagem em documentos anteriores) vão continuar aumentando o número de famílias que precisam do atendimento de saúde pública.

Neste sentido ele afirma que:

Mais de 10 milhões de brasileiros caem na pobreza por despesas com saúde pagas do próprio bolso a cada ano. A formulação de políticas públicas deve incluir um diálogo sobre o fortalecimento do sistema de saúde e redução das despesas pagas do próprio bolso (Banco Mundial, 2022 p.14).

O documento faz recomendações gerais de recuperação da economia e uma delas é o investimento em crianças em idade escolar para mitigar os efeitos da pandemia, pois há um grande déficit destas crianças em português e matemática. E proteger também os trabalhadores, o sistema de proteção social deve continuar fornecendo apoio financeiro aos mais vulneráveis. Além de investir em medidas que conectem mercado e trabalhadores, principalmente as mulheres. E não menos importante, de acordo com esse documento, deve-se criar incentivos para as empresas com o intuito de reverter partes dos desligamentos devido à pandemia.

Como medidas de longo prazo o Banco indica aumentar a produtividade imediata e futura da força de trabalho, investimento em infraestrutura, ampliação do acesso a ferramentas digitais de forma que melhore o acesso das populações mais vulneráveis e ajudar a economia brasileira a crescer de forma mais inclusiva e resiliente. Além dessas ações, no Brasil:

[...] deverá haver um forte impulso para implementar reformas estruturais que permitam acelerar o crescimento econômico para todos os brasileiros. Finalmente, será necessário implementar um sistema estatístico moderno para gerar as evidências necessárias para a formulação de políticas públicas eficazes (Banco Mundial, 2022 p. 13).

E, assim como nos documentos anteriores, o documento defende flexibilização do orçamento público, reduzindo a vinculação de despesas, além de manter maior controle das despesas obrigatórias, o que gerará, na visão do Banco, espaço fiscal para investimentos públicos sem exceder o teto de gastos.

Para o Banco, as políticas fiscais podem ter um papel fundamental na redução das desigualdades, pois melhoram o direcionamento dos gastos públicos e, conseqüentemente, a eficiência dos gastos públicos e, com isso, liberaria recursos para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços públicos. Enfim, as políticas e os recursos públicos precisam ser focados na população vulnerável e, por isso, o Brasil precisa adotar uma metodologia oficial de “medição da pobreza” para refletir melhor a extensão das necessidades dos mais pobres, para

a partir disso, promover um ponto de referência em comum para o direcionamento das políticas sociais, de programas governamentais e melhorar o monitoramento e a avaliação destas ações.

Quadro 9 – Documentos de 2023

Documento	Título	Objetivo
Relatório	Multimorbidade: um panorama do Brasil	Identificar oportunidades para melhorar a gestão do cuidado de pacientes com múltiplas doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.
Relatório	Panorama da saúde: um olhar sobre a saúde brasileira	Apontar recomendações relativas ao enfrentamento dos desafios estruturais do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Fonte: adaptado pela autora (2025) de Banco Mundial (2023).

Em 2023 o Banco Mundial publicou 2 (dois) documentos sobre a temática da saúde brasileira. O primeiro intitulado “*Multimorbidade¹⁹: um panorama do Brasil*” está voltado para a melhora na gestão do cuidado de pacientes com múltiplas doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Já foi analisado um documento com a mesma temática em 2019. Neste, o Banco aprofunda a pesquisa. O segundo documento intitulado “*Panorama da saúde: um olhar sobre a saúde brasileira*”, publicado em outubro de 2023, pontua alguns dados que seriam importantes desafios para o setor de saúde brasileiro. O documento está organizado em três grandes grupos temáticos: *desafios estruturais, desafios emergentes e resiliência do setor de saúde*.

E estão assim organizados: desafios estruturais – gestão de pessoas, a qualidade do cuidado, as tecnologias, o financiamento da saúde e a transformação digital, entre outros. Desafios emergentes – demanda reprimida, as políticas de alimentação e nutrição, a saúde reprodutiva, a atenção materno-infantil, a vacinação, a saúde mental, as doenças crônicas, as doenças transmissíveis e as causas externas/violência. Resiliência do setor saúde, as respostas à Covid-19, o sistema de saúde, as emergências de saúde pública, o envelhecimento populacional, entre outras. (Banco Mundial, 2023).

Sobre a gestão da saúde, foco do primeiro documento, aborda-se a Planificação da Atenção à Saúde – PAS²⁰, que corresponde à organização dos processos de trabalho das equipes

¹⁹ Multimorbidade é definida pela OMS como duas ou mais condições crônicas de saúde no mesmo indivíduo

²⁰ A Planificação da Atenção à Saúde é um projeto do Conass para a organização dos processos de trabalho das unidades de saúde e para a promoção da integração das atenções Primária e Especializada. Presente em 25 regiões de saúde de 11 estados, a proposta consolida-se como a contribuição do Conass para a mudança do modelo de atenção vigente e implementação das Redes de Atenção à Saúde (Conass, 2025).

de saúde, tendo como foco as necessidades dos usuários. Trata-se de processo de educação permanente que permite desenvolver as competências das equipes de saúde para o planejamento, organização e monitoramento dos processos de trabalho de atenção à saúde, com foco na necessidade dos usuários. Este documento descreve toda a metodologia de trabalho do PAS, elogia o avanço nas tecnologias de saúde como a telemedicina ao longo do período pandêmico.

O documento recomenda, como seguimento ao trabalho do PAS, identificar experiências exitosas, incluindo o uso de Saúde Digital e eventuais parcerias público-privadas, identificar tecnologias que sejam adaptadas para o contexto brasileiro, testar modelos em realidades consideradas piloto e pensar em eventuais linhas de fomento que apoiem a disseminação das práticas exitosas após os testes dos pilotos.

O documento do *panorama da saúde brasileira* faz a exposição de cada item dos grupos temáticos escolhido pelo Banco. Nos desafios estruturais, o documento relata a falta de médico em algumas regiões do país e a ausência de mulheres, pessoas pretas e pardas na profissão. Critica o país por ainda não adotar as práticas avançadas de enfermagem – que é a formação complementar de profissionais de enfermagem, acompanhadas de regulação que os autorize a realizar procedimentos em saúde – conforme já havia mencionado em documento anterior. Então o Brasil precisa investir em capacitação de enfermagem e agentes comunitários de saúde, o que possibilitará maior cobertura populacional, na visão deste documento.

Em todos os documentos de saúde analisados o Banco defende de forma enfática o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como uma das intervenções mais eficazes. Para ele, um sistema de atenção primária resolutivo, que ofereça serviço de alta qualidade, pode reduzir o desgaste de pessoas que vivem com doenças de longo prazo, além de reduzir internações desnecessárias em hospitais. Esse assunto já foi abordado em documentos anteriores, ele critica o elevado número de hospitais. O foco do SUS, para o Banco, deveria estar nas APSs.

Quanto ao financiamento, o documento aponta que o SUS convive com problemas como o subfinanciamento, o não ressarcimento das operadoras privadas de saúde – por procedimentos realizados com financiamento público ocorridos em estabelecimentos públicos ou privados conveniados ao SUS. Entre 2017 e 2021, o SUS deixou de receber, aproximadamente, 30% dos valores devidos e cobrados às operadoras de saúde.

O Banco cita a demanda reprimida, a demora no início de tratamentos das doenças crônicas, a má distribuição dos leitos, dificuldade na regulação unificada da oferta pública e

privada. Para o Banco, uma proporção significativa das despesas do SUS é por conta de internações por doenças que poderiam ser evitadas por uma Atenção Primária fortalecida, reduzindo, assim, o número de internações hospitalares. Fala da fome e da obesidade que resultam em questões de saúde, saúde mental e vacinas.

Entre 2015 e 2021, houve queda brusca da cobertura vacinal de crianças no país. As coberturas das vacinas tetravalente e tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) caíram drasticamente, de 96% em 2015 para 68% e 75%, respectivamente, em 2021, bem abaixo das médias da América Latina e do Caribe de 82% e 83%, nesta ordem (Banco Mundial, 2023, p. 20).

O documento reforça que é essencial o reforço das ações do Programa Nacional de Imunizações, com vistas à elevação das coberturas vacinais, à proteção da população contra doenças passíveis de imunização e ao aumento da confiança nas vacinas, lembrando que é preciso reacender a cultura de vacinação do país, buscando combater os discursos negacionistas e a desinformação, que provocam hesitação vacinal na população.

Finalizadas as análises dos documentos do Banco Mundial para o Brasil no período de 2016 a 2023, no item seguinte busca-se verificar se algumas destas orientações foram incorporadas na política de saúde no mesmo período.

4.3 Orientações verificadas nos documentos e sua inserção na política pública de saúde no Brasil

Este item trata da análise da política de saúde brasileira observando como podem ser identificadas as orientações do Banco Mundial na oferta dos serviços de saúde. Como pode ser verificado na análise dos documentos do período de 2016 a 2023, esta agência segue reforçando suas indicações a diversos setores de países do capitalismo dependente.

Nos documentos analisados para o contexto brasileiro, também é possível perceber que o Banco não inova em suas recomendações, mas reforça seu compromisso de agente do capitalismo de mercado e financeiro, inclusive, em um dos períodos mais difíceis e complicados para as pessoas e para as políticas sociais, a pandemia.

O Banco Mundial mantém seu foco e sua preocupação com o mercado, o lucro, o superávit do país, recomendando o aprofundamento das contrarreformas sociais. Durante o período da pandemia o Banco se atenta mais às ações que o Brasil precisa implementar para sair da crise fiscal do que do próprio atendimento à população que estava assustada com as incertezas do futuro diante das mortes, que por um período, aumentavam a cada dia.

Nos documentos do pós-golpe, o Banco usa a linguagem do mercado ao falar que o

Brasil esteve em recessão entre 2014 e 2016, mas que agora, com o novo governo, que tem o apoio do Congresso, o país está disposto a fazer as reformas necessárias para retomada do crescimento e dos investimentos. O país precisa realocar os gastos, onde realmente precisa. É a antiga defesa de focalização nos pobres.

Em relação à política de saúde os documentos não evidenciam nenhuma orientação nova, eles reforçam a necessidade do fortalecimento das parcerias para a prestação dos serviços e a necessidade de avançar nas contrarreformas. Mantêm o discurso da ineficiência do SUS, e reforçam que a saúde precisa ser focada na atenção básica/primária, para que o país consiga economizar. Neste ponto, identifica-se a resposta do setor de saúde brasileiro nos últimos anos, ao expandir o Programa de Saúde da Família (PSF) e a Atenção Primária à Saúde (APS) que se tornaram estratégicos na agenda de ajuste macroeconômico.

Além disso, a ampliação das práticas mercantis no setor de saúde, via regime de parceria com o setor privado, a força das Organizações Sociais (OS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Organizações da Sociedade Civil²¹ (OSCs) e a terceirização nas gestões hospitalares.

Este conjunto indica o quanto a política de saúde tem absorvido as orientações de mercado nos últimos anos, que têm no Banco Mundial um grande disseminador e financiador das políticas neoliberais desde a década de 1990, quando esta agência elaborou o receituário para os países de capitalismo dependente ingressarem no capitalismo global, conforme abordado nos capítulos anteriores.

Além desses, nos governos petistas se destacam duas iniciativas: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação, mas que se enquadra na administração pública indireta como empresa pública de personalidade jurídica de direito privado, que se tornou uma via de privatização dos hospitais universitários; e, no pós- golpe de 2016, foi criado no Distrito Federal em 2017,

[...] o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF, Serviço Social autônomo de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, terceirizando a gestão do maior hospital do DF. Em 2019, por meio da Lei nº6.270, o nome do IHBDF foi alterado para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF, ampliando seu limite de atuação assistencial às unidades de pronto atendimento - UPAs e ao Hospital Regional de Santa Maria (Santos, 2021, p. 5).

Essas medidas são reforçadas pelos documentos do Banco Mundial do período, onde

²¹ A promulgação da Lei nº 13.019/2014, conhecida como Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), regulamentou as parcerias entre o Estado e as organizações da sociedade civil (OSCs). Entre seus objetivos está padronizar a celebração de parcerias entre a administração pública e entidades privadas sem fins lucrativos. Para mais informações, clique *aqui* (MDS, 2019).

são criticados o custo, a quantidade e a ineficiência dos hospitais públicos brasileiros. Defende a gestão autônoma dos hospitais, e diz que “a rede de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS é altamente ineficiente. Os serviços operam com elevada capacidade ociosa” (Banco Mundial, 2018, 12). O Banco afirma ainda, que os hospitais administrados por OSs obtêm melhores resultados em termos de tempo médio de permanência, taxa de ocupação, renovação de leitos, utilização de sala de operação, taxa de cesáreas, infecção hospitalar, gastos em relação a produção (Banco Mundial, 2018).

No campo da saúde, este discurso encontra um terreno muito fértil, tendo em vista a insatisfação histórica da sociedade que é alimentada diariamente pelos meios de comunicação no seu papel de convencimento da ineficiência, complexidade e custo do SUS. A ideia de transferência da gestão da saúde para instituições com as atividades vinculadas a um contrato, no qual os objetivos estariam claramente expressos, e, em tese, passíveis de controle, são elementos que dariam a segurança para alcançar a tal eficiência que as agências internacionais defendem e que foi aceita desde o projeto da contrarreforma do Estado.

Como forma de identificar as inserções dos elementos privatistas a pesquisa elegeu os Estados da região Centro-Oeste: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. A pesquisa buscou os hospitais que são gerenciados pelo modelo de gestão via parceria, especialmente com as OSs, pois esta é uma modalidade evidenciada em todos os documentos do Banco Mundial do período analisado. Inclusive com orientação para o aumento das parcerias na gestão em saúde como forma de redução dos gastos públicos com a oferta direta pelo SUS.

Nesta modalidade, cabe às Secretarias de Saúde estaduais e/ou municipais negociarem o contrato de gestão com as organizações gerenciadoras, além de fiscalizar, controlar e verificar seus resultados.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), colhidos pela pesquisa Estadiv de 2022²², o processo de terceirização da administração dos serviços de saúde vem sendo utilizado em todos os níveis de gestão pública. Entre as modalidades apuradas pela pesquisa, estão responsáveis pela gestão as Organizações Sociais em 15 Unidades da Federação; as fundações em 9; as empresas privadas em 4; as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) em 3; os consórcios públicos em 2; e o consórcio de sociedade

²² Publicada em 2022, esta pesquisa abrange as 27 Unidades da Federação e foi realizada entre setembro de 2021 e março de 2022; trata de temas como recursos humanos, educação, cultura, esporte e saúde. As informações coletadas em cada Unidade da Federação, em geral, são resultado de uma consulta a pessoas posicionadas nos diversos setores e/ou instituições investigados que detêm informações sobre os órgãos públicos e os demais equipamentos estaduais (IBGE, 2022).

em 1²³.

A modalidade mais comum de parceria nas gestões estaduais, de acordo com o IBGE (2022), são as Organizações Sociais, declarados por 15 Estados, Amazonas, Pará, Amapá, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, *Mato Grosso do Sul*, *Goiás e Distrito Federal*. As três últimas são foco desta pesquisa. O *Mato Grosso* não aparece neste item da pesquisa do IBGE.

A pesquisa do IBGE também levantou dados sobre a existência de estabelecimentos de saúde de responsabilidade da gestão estadual, administrados por terceiros. Os estados do *Mato Grosso do Sul*, *Goiás e Distrito Federal* responderam que sim, possuem estabelecimento administrados por terceiros, o Estado de *Mato Grosso* respondeu não possuir nenhum estabelecimento de saúde, cuja gestão seja de sua responsabilidade e que esteja administrado por terceiros.

A Estadiv também apontou as características das parcerias público-privadas, quando existentes. Nos estados que responderam com resposta afirmativa ao item do *tipo de administrador da unidade de saúde* – com as opções Organização Social, Empresa privada, Fundação, OSCIP, Consórcio público e Consórcio de sociedade – em percentual – o Mato Grosso do Sul, respondeu ter 5% administrados por fundação; 10% administrados por OSs, e 85% administrados por empresa privada. O Goiás e Distrito Federal responderam, que 100% são administradas por OSs. Ou seja, nos dois últimos, de acordo com as respostas dadas ao IBGE, as OSs são as únicas que administram os serviços de saúde, quando esta função está delegada a terceiros em forma de parceria.

Este processo de pesquisa apresentou grandes desafios, entre eles a inexistência de uma base nacional dos contratos de gestão celebrados entre os entes federados e as instituições parceiras para oferta dos serviços de saúde, a dificuldade e/ou ausência de informações claras nas próprias secretarias de saúde dos Estados e a incongruência dos dados nas fontes pesquisadas.

Na pesquisa aos sítios dos estados selecionados, no do Distrito Federal as informações sobre as parcerias são poucas e vagas, sobre as OSs, sabe-se de 01 instituição vinculada a OS Hospital da Criança de Brasília, e o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (Iges-DF), que administra o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), Hospital Cidade do Sol (Hsol)²⁴ e 13 UPAs no Distrito

²³ Esta é uma pesquisa nacional somente para exposição de um quadro geral. A análise desta pesquisa é somente na região Centro-Oeste

²⁴ O Hospital Cidade do Sol passou a ser gerido definitivamente pelo IgesDF em agosto de 2024. A Câmara

Federal. Em relação ao Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF), uma entrevista com o então secretário de saúde do Distrito Federal Humberto Fonseca, em 2017, praticamente repete o discurso dos documentos do Banco Mundial sobre a necessidade de modernização da gestão nos hospitais do SUS. Ao ser perguntado sobre o porquê da criação deste Instituto, ele responde que:

O SUS hoje vive um momento difícil. O envelhecimento da população, a mudança do perfil epidemiológico, o aumento de doenças crônico-degenerativas e a retração econômica – que leva as pessoas a perderem seus empregos, os planos de saúde corporativos ou a capacidade de pagar planos privados – causam aumento da demanda por saúde pública, ao passo que o sistema de saúde recebe cada vez menos recursos para custear as despesas. Fazer saúde universal, integral e gratuita não é fácil, e, se não desenvolvermos mecanismos de modernização dos instrumentos de gestão, o SUS corre sério perigo.

Esta fala lembra que o Banco Mundial publicou dois documentos, analisados anteriormente, sobre as temáticas do envelhecimento e das doenças crônicas como fatores de risco para a sobrevivência do SUS como universal e gratuito. O discurso de ambos é de que a intenção é dar eficiência à gestão do hospital, que levará a economia de recursos públicos, é fazer mais atendimentos, com mais qualidade, com o mesmo valor hoje despendido.

No sítio da secretaria de saúde do Estado de Goiás há um link direto para os hospitais estaduais que são geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Organizações da Sociedade Civil (OSC) conveniadas ao Governo do Estado por meio de um contrato de gestão e termo de colaboração e/ou fomento. A página apresenta nove OSs que gerenciam vinte e dois hospitais estaduais, na forma de contrato de gestão; e sete que são responsáveis por dez hospitais, via termos de colaboração, totalizando dezesseis organizações que são responsáveis pela gestão de trinta e dois hospitais no Estado de Goiás.

Aqui também o discurso em defesa da terceirização é muito similar ao discurso do BM. Ao responder sobre as vantagens das parcerias o secretário de saúde diz que é para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca também, a autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com formação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde. Assim, não há diferença nos discursos em defesa da precarização do SUS em virtude do repasse de recursos do fundo público para o

Legislativa do Distrito Federal (CLDF) aprovou o projeto de lei nº 1247/2024, que concedeu a gestão definitiva do hospital ao IgesDF. Mas já estava administrando a unidade de forma temporária desde fevereiro de 2024, devido à emergência da epidemia de dengue

setor privado.

Ainda de acordo com o sítio no período de 2016 a 2023 foram fechados 16 novos contratos de parcerias privadas sem fins lucrativos, 14 com contrato de gestão e 2 com termos de colaboração. Porém, alguns deles foram em substituição a outras organizações que já tinham contrato com a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Assim, a agenda privatista do BM vai se confirmando junto à política de saúde que largamente vem implementando mecanismos de mercado na gestão dos sistemas públicos, para a redução do gasto público.

O sítio da Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul apresenta um link direto para OSS; nele há relatórios do ano de 2016 a 2019 de duas organizações, o Instituto Gerir de gestão hospitalar e o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas). Porém, não há informações sobre a vigência dos contratos. Na pesquisa do IBGE de 2018, o Estado contava com hospitais administrados por OSs e por Fundações e empresas privadas. E, de acordo com Barcelos *et al.* (2022), no *Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização*, aquele Estado possui duas OSs com contrato de gestão com a Secretaria de Saúde do Estado.

No Estado de Mato Grosso as informações são imprecisas. O sítio da Secretaria de Saúde não disponibiliza informações sobre as parcerias do Estado na gestão da saúde. Foram encontrados documentos como o Plano de Ação em Saúde de 2016 a 2019 e de 2020 a 2023. Nesse Plano de Ação em Saúde, embora não constem nomes e nem quantidades de parcerias do Estado no campo da saúde, é possível identificar o mesmo discurso do Banco Mundial sobre a necessidade de tornar o SUS mais eficiente, dos desafios do SUS com o envelhecimento da população na região e o aumento das doenças crônicas. E que nas últimas décadas, o Estado adotou diferentes formas de contratos de gestão para os hospitais de natureza jurídica institucional de caráter público. Esses modelos evoluíram, de acordo com o documento, passaram da gestão por Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIR) para sistema de gestão hospitalar por contratos de organização social.

No documento, de 2020 a 2023, Mato Grosso apresenta ações estratégicas em saúde, entre elas: ampliar a oferta de serviços de telemedicina, telediagnóstico junto aos municípios e regiões de saúde; apoiar a estruturação e o funcionamento das redes de atenção à saúde nas dezesseis regiões de saúde, por meio de transferência de capacidade técnica e financeira aos parceiros, com objetivos, metas e responsabilidades definidas e monitoradas.

E ainda, viabilizar o acesso a serviços de saúde de média complexidade ambulatorial e hospitalar por meio dos consórcios intermunicipais de saúde, promover uma saúde de excelência através de uma gestão inovadora, moderna e resolutiva, e promover parcerias

intersetoriais e interinstitucionais para consolidação das políticas públicas de saúde.

O Censo das organizações sociais, de Barcelos *et al.* (2018), identifica que o Estado de Mato Grosso possui oito OSs, não especifica se são na gestão de hospitais estaduais ou municipais. Contudo, na pesquisa Estadiv do IBGE de 2021, na distribuição do percentual dos estabelecimentos estaduais de saúde administrados por terceiros, por tipo de órgão administrador, o Estado de Mato Grosso declarou não ter estabelecimento de saúde administrado por terceiros.

De acordo com o sítio da Secretaria de Saúde, Mato Grosso possui um projeto em parceria com as Nações Unidas que atua junto a governos nas áreas de infraestrutura, gestão de projetos, compras públicas, gestão financeira e recursos humanos. O projeto denominado *Rede Cidade da Saúde* é realizado por meio de um acordo de cooperação técnica entre o Governo do Estado de Mato Grosso e a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT) e o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS)²⁵.

Um dos eixos de atuação deste projeto é realizado através da recomendação de modelos de gestão e financiamentos alternativos que vão possibilitar um melhor uso do recurso público, apresentando boas práticas de contratos que garantam serviços de qualidade com melhor custo-benefício para o ente público. O discurso é o de sempre, utilização dos recursos públicos com eficiência na prestação dos serviços de saúde. Tem como missão ajudar as pessoas a construir vidas melhores e os países a implementar a Agenda 2030, e alcançar o desenvolvimento sustentável. Afirma, que no Brasil, o UNOPS apoia governos em diferentes áreas por meio de acordos de cooperação técnica e uma equipe com especialistas de ponta, o escritório transfere conhecimentos, garantindo que recursos públicos sejam utilizados de forma eficiente e transparente e que os projetos sejam geridos com foco em sustentabilidade.

O que este trabalho mostra é que o discurso de agências internacionais e dos governos da região destacada para a pesquisa são similares no que diz respeito à “eficiência do gasto público”. Todos reconhecem o tamanho e a importância do SUS, principalmente no período da pandemia, quando mostrou o quanto é gigante, mas afirmam que está superlotado e isso o torna ineficiente, além de caro. Neste sentido, a política de saúde tem historicamente convergido com as orientações do BM, cujo eixo está centrado na lógica do mercado e custo/benefício,

²⁵ De acordo com o sítio da Secretaria de Saúde do MT, o UNOPS tem ampla experiência na área de saúde em projetos em diferentes partes do mundo. No Brasil, atua em cooperação com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na construção, incluindo a fase de desenho arquitetônico e supervisão de obras, de 8 hospitais universitários federais nos estados de Acre, Roraima, Rondônia, Amapá, Distrito Federal, Espírito Santo, Rio Grande do Norte e Bahia. Em 2017, o Escritório publicou o livro *Arquitetura para Saúde na América Latina*. Já em 2016, adquiriu e distribuiu 101 milhões de doses de medicamentos atuou na construção, reforma ou projeto de 74 hospitais e 278 clínicas, em todo o mundo

ampliação do setor privado, a descentralização da operacionalização dos serviços, como consegue mostrar este trabalho.

Além dos incentivos aos planos de saúde privados, a ANS divulgou, em 18/03/2025, os dados econômico-financeiros referentes ao ano de 2024 sobre o lucro das operadoras de planos de saúde e pelas administradoras de benefícios. Os dados divulgados no Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar mostra que este setor registrou lucro líquido de R\$ 11,1 bilhões em 2024 (aumento de 271% em relação ao ano anterior). Esse resultado equivale a aproximadamente 3,16% da receita total acumulada no período, que foi aproximadamente R\$ 350 bilhões. Ou seja, para cada R\$ 100,00 de receitas, o setor auferiu cerca de R\$ 3,16 de lucro ou sobra. E o melhor desempenho é para o período desde 2020, primeiro ano da pandemia de Covid-19.

A defesa é de que as parcerias com as OSs e a iniciativa privada tornam a gestão em saúde moderna, ágil e eficiente ao conseguir atender um número maior de pessoas com a mesma quantidade de recursos. Também há o discurso da desburocratização nas compras e na área de recursos humanos e, essa situação é perceptível em grande parte dos Estados, quando destinam recursos do SUS às modalidades de gestão privada, como as OSs.

Cabe lembrar que aquilo que o BM defende na área de recursos humanos para os trabalhadores da saúde é uma perversa precarização das relações trabalhistas: defende o aumento das horas de trabalho sem aumentar os salários. E, ainda, a modernização da gestão via parceria para viabilizar a contratação de profissionais de saúde, sem a necessidade da “burocracia de um concurso”, que é visto pelo Banco como demorado e caro para a gestão pública. Esta é uma das vias de apropriação do fundo público pelo capital, conforme será pontuado no item seguinte.

4.4 Subordinação e dependência – como as orientações do Banco Mundial se atrelam ao debate do capitalismo dependente no Brasil?

O discurso nos documentos do BM para o Brasil reforça a condição de economia dependente que o Brasil ocupa. Mesmo com a agenda da redemocratização, ao final da década de 1980, com a instituição da Seguridade Social CF/88, e a saúde como direito universal, o capitalismo central implementou, na sequência, uma agenda do ajuste fiscal permanente para o Brasil. Esta agenda se intensifica nos momentos de crise do capital, como a que culminou no golpe parlamentar de 2016 e potencializada pela crise sanitária de 2020.

Apoiadas pelos setores da burguesia interna, as recomendações do BM ao longo dos anos a respeito das contrarreformas, dos ajustes, da redução de direitos sociais, da precarização

das relações de trabalho foram sendo implementados pelos sucessivos governos brasileiros e intensificados com a ascensão de movimentos da extrema direita.

As orientações podem ser definidas como um conjunto de ações políticas e econômicas que devem ser implementadas pelos governos nacional e subnacionais para garantir a reprodução do projeto do capitalismo central. Esse tem se mostrado um processo permanente. Os documentos adotam uma linguagem sutil com um aparente humanismo e preocupação latente com os mais vulneráveis na sociedade.

Os documentos não citam privatização da política de saúde, mas mostram, de 2016 a 2023, elementos que são característicos desse processo. Mostram uma preocupação exacerbada com o ajuste fiscal, a recuperação da economia, o aprofundamento das contrarreformas, como necessárias para o país crescer. Afirmam que os brasileiros precisam ser resilientes diante das medidas necessárias para o país sair da crise, como se as crises fossem dos países, do Estado e não do capital.

Também afirmam que estas recomendações são elaboradas para todos os países em desenvolvimento, diga-se países de capitalismo dependente, e que as medidas de ajustes, que podem parecer duras em um primeiro momento, com o tempo todas as pessoas vão sair ganhando, inclusive os mais vulneráveis. Pois, assim que o país voltar a crescer, em decorrência dos ajustes, todos serão beneficiados.

Além das recomendações, outras iniciativas do capitalismo central são os acordos de cooperação técnica e financeira que o BM mantém, nos últimos anos principalmente com Estados e Municípios. É um caminho seguro para os países capitalistas manterem os países dependente efetivamente dependentes. Os empréstimos internacionais para financiar os projetos, que são orientados pelo próprio Banco, são um mecanismo fundamental de subordinação e dependência das potências capitalistas.

Assim, os elementos ou aspectos dos documentos que convergem com a condição de dependência brasileira são os identificados nos ajustes, nas contrarreformas sociais, especificamente no campo da saúde, mas em várias outras políticas públicas, conforme abordado ao longo do texto. Dependência essa intensificada através do aumento do repasse de recurso público para setores privados, na superexploração dos trabalhadores, nas contrarreformas da previdência e trabalho, na financeirização das políticas sociais, no ingresso do capital internacional na política de saúde.

Como pode ser observado no documento do BM de 2022, que seria o documento para o Brasil sair da crise advinda da pandemia, *“Expandir os instrumentos financeiros disponíveis às famílias para administrar a volatilidade da renda”*, é uma orientação clara para beneficiar o

sistema financeiro portador de juros. “*Reformar a atual aposentadoria mínima, que é alta, resultaria em considerável economia fiscal*”. O direcionamento para reforma da previdência é um ponto comum em quase todos os documentos. Assim, o fundo público da seguridade social é um dos mais disputados pelo capital, que enxerga uma potencial fonte de lucros nas políticas de saúde e de previdência.

Um ponto importante que o BM critica é o seguro-desemprego dos trabalhadores, indicando que precisa mudar. “*Reformar os programas de proteção contra o desemprego para trabalhadores formais no mercado de trabalho atual e futuro*” Para o banco, o modelo atual desestimula os trabalhadores a procurar emprego. Na área da Saúde o documento de 2018 recomenda “*Racionalizar a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares*”, porque segundo o BM eles operam com capacidade ociosa.

Os documentos enfatizam que há espaço para reduzir o número de hospitais e ambulatorios para maximizar economias de escala. Além disso, o BM reforça que há evidências de que os hospitais que funcionam com gestão autônoma, tais como a das OSS, têm melhor desempenho do que os que estão sob administração pública direta. Aqui ele cita o Estado de São Paulo como referência do atendimento de saúde via OSs e que possuem um custo menor e com atendimento de melhor qualidade. Afirmar que esse Estado é uma referência em saúde no país, e que os demais deveriam seguir o exemplo.

Outra recomendação é para *definir um pacote de benefícios a serem coberto pelo SUS*. Segundo a agência, esta definição irá reduzir o número de judicializações para acesso a determinados serviços e medicamentos e isso geraria uma grande economia aos cofres públicos. Assim, o BM mantém as orientações com alinhamento de ajuste fiscal, definidas no Consenso de Washington e acatadas pelo Brasil desde os anos de 1990. Estes são mecanismos de garantia das condições de acumulação ampliada do capital, que são direcionadas e aceitas pelo Brasil, na condição de dependência.

Além dos ajustes, a superexploração da força de trabalho, os contínuos processos de expropriação, e, quando necessária, a utilização da violência, da repressão como mecanismo de controle e manutenção da ordem econômica vigente. Assim, os países e/ou regiões capitalistas, assumem uma função determinada e integrada à lógica do capital, conectando-se à expropriação e exploração acentuada do trabalho, à manutenção de privilégios de uma minoria burguesa e à ampliação das desigualdades, o que o torna subdesenvolvido na economia, no social, na cultura e na política, de forma permanente, como determina o capitalismo central (Pereira, Duarte, Santos, 2021).

Os documentos mostram uma inconformidade do capital com o direito à estabilidade

dos servidores públicos. Os ataques são em relação à estabilidade, à aposentadoria, aos salários e à forma burocrática de contratação. O documento de 2017, encomendado pelo governo de Michel Temer, diz que *a massa salarial do funcionalismo público pode ser reduzida significativamente, o nível dos salários dos servidores públicos federais é, em média, 67% superior aos do setor privado*. E defende mudanças no sistema para permitir a redução dos salários.

Estimativas sugerem que a redução pela metade do prêmio salarial em relação ao setor privado, geraria uma economia equivalente a 0,9% do PIB. [...] No entanto, os dados disponíveis já são suficientes para recomendar a suspensão de reajustes nas remunerações do funcionalismo no curto prazo, enquanto se desenvolvem estudos mais detalhados sobre o valor adequado de remuneração das diversas carreiras públicas (Banco Mundial, 2017, p. 14).

O Banco defende um aprofundamento da EC/95 de 2016, que esta iniciativa foi um passo importante, mas ainda era preciso efetivá-la. Sabe-se que esta emenda foi uma reação de setores da burguesia brasileira, inconformados com as políticas sociais, principalmente saúde, previdência e trabalho.

A contrarreforma trabalhista de 2017 e contrarreforma da previdência (2019) completariam as investidas na captura do fundo público, aprofundadas com o golpe de 2016. O que estas investidas mostram, também, é a hipocrisia deste pensamento neoliberal de Estado mínimo, na visão de Behring (2023), no mundo real o capital requer um Estado forte que garanta as condições de movimento do capital em seu processo de produção e reprodução.

Vale reforçar que o fundo público é uma categoria central no debate para a compreensão da fase contemporânea de acumulação do capital, em sua processualidade de reprodução ampliada. De acordo com Behring,

[...] a centralidade cada vez maior do fundo público como expressão da contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção. Nesse contexto, o Estado passa a ser disputado de forma muito mais intensa para que assegure as condições gerais de produção e administre a crise, para além de suas funções repressivas e integradoras (ou de legitimação), cuja importância permanece decisiva (Behring, 2016, p. 02).

A Seguridade Social, desde sua instituição, é um dos principais alvos de apropriação do fundo público e destinação de seus recursos ao superávit primário, em detrimento da sua utilização nessas políticas sociais, a fim de valorar e acumular capital vinculado à dívida pública. Logo, pode-se entender que o fundo público é objeto de disputa permanente pelas classes, e acaba incidindo no processo de produção e reprodução social, ainda que numa correlação de forças desfavorável à classe trabalhadora, prevalecendo os interesses do capital.

De acordo com a pesquisa, a apropriação do fundo público da saúde pelo capital se dá através dos contratos de gestão com as OSs na prestação dos serviços de saúde, o fundo público está cada vez mais apropriado por essas entidades de caráter privado, apresentando uma tendência de crescimento nos últimos anos, dada a emergência de saúde pública da pandemia, em que os hospitais de campanha para atendimento da população foram organizados via contrato de gestão com as OSs, emplacando o discurso da rapidez e da desburocratização para compra de materiais e para contratação de profissionais.

Nessa perspectiva, é possível dizer que o fundo público da saúde, seja no nível federal, por meio do orçamento da Seguridade Social, seja o fundo de saúde dos estados e municípios, transcorreu, ao longo da existência do SUS, sob um longo processo de conflitos e embates no que tange ao financiamento, não fugindo à regra de valorização do capital em detrimento das demandas da classe trabalhadora.

E, como mostra a pesquisa, esta disputa ficou mais intensa a partir do golpe de 2016, com a pandemia da covid-19 e com a chegada ao poder de um grupo que não tem mais receio de mostrar a defesa do capital em detrimento dos direitos, do trabalho e dos trabalhadores. Neste momento intensificou-se a captura do direito de acesso à saúde e um incentivo ao direito ao consumo de saúde, orientação dada pelo BM desde a década de 1990, que foi sendo implementada no Brasil ao longo dos anos.

Antunes (2022) aponta para uma nova onda de devastação do mundo do trabalho no último período, acirrada pela pandemia. Visto que surgiu uma oferta da força de trabalho em quaisquer condições e a qualquer custo para a extração de mais valia, é um processo destrutivo para a classe trabalhadora. Aqui operam as tendências de rebaixamento generalizado dos salários sobre o PIB, diga-se, do fundo de reprodução da força de trabalho, o que tende a ser maior nos países de capitalismo dependente, marcados pela superexploração da força de trabalho para compensar os termos de troca no mercado mundial.

Uma ofensiva tecnológica com a chamada revolução 4.0, que, além de ampliar a expulsão de trabalho vivo na produção e de corroborar para as taxas de desemprego, empurra a força de trabalho para o monumental exército de reserva que vem se formando, e para a chamada “uberização” que representa uma precarização generalizada do trabalho. Vale lembrar que o Banco produziu um documento específico para falar do avanço da tecnologia, da necessidade de políticas de proteção focada nas pessoas, que não têm preparo para se inserir no mercado tecnológico.

Para Behring (2023), a pandemia acirrou o ambiente de crise com a interrupção da rotação do capital, das cadeias de produção, circulação e consumo.

E mais uma vez o fundo público se tornou uma espécie de almofada amortecedora nesse capitalismo tóxico que se ergue sobre um mar de dívidas públicas e privadas instaura-se uma espécie de chantagem permanente, de terror econômico sobre os Estados nacionais – especialmente aqueles em condição dependente – para ajustes fiscais que remunerem os credores da dívida pública em detrimento das necessidades sociais (Behring, 2023, p. 07).

Assim, nesse processo comandado pela lógica do valor, do qual faz parte a punção do fundo público para o processo de acumulação, as restrições à democracia e aos direitos tendem a crescer, especialmente os direitos sociais, em compasso com os processos de expropriação de grandes contingentes da classe trabalhadora. Isso mostra que, como afirma Behring (2023), o neoliberalismo se interessa pela democracia se ela se constituir em um duto para as contrarreformas, e de sustentação, via fundo público, de seus interesses.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou entender os processos de privatização que vêm acometendo a política social de saúde no Brasil. Para isso, elegeu como objeto a privatização da política social de saúde brasileira e sua relação com as recomendações do Banco Mundial nos documentos produzidos no período de 2016 a 2023, atrelado ao debate do capitalismo dependente vigente neste país.

No decorrer do trabalho, procurou-se responder questões relacionadas às repercussões do golpe de 2016, com o advento do governo de extrema direita e a pandemia de covid-19, e se esses processos afetaram as relações de dependência do Brasil com o Banco Mundial. O que a pesquisa mostrou foi que ocorreu um aprofundamento das relações de dependência, pois os governos de cunho conservador e autoritário, se sentiram, desde o golpe, fortes e legitimados para implementar medidas que intensificaram a captura do fundo público para a manutenção capitalista, como as contrarreformas.

A partir do golpe de 2016, o processo de contrarreforma das políticas sociais avançou no campo da saúde, previdência e trabalho. A pesquisa indica também as recomendações do Banco Mundial na política de saúde brasileira, inclusive no período da pandemia, quando o Banco mostrou uma preocupação com a suspensão das contrarreformas no período. E os dados revelam que, conforme essas indicações, não ocorreu nenhuma redução, ao contrário, houve, como nunca, um aprofundamento do repasse para a iniciativa privada de serviços de saúde. Basta lembrar das contrarreformas antes da pandemia e dos hospitais de campanha durante a covid, que foram financiados com recursos públicos, mas a gestão foi transferida via parceria para OSs. Um grande exemplo é o Distrito Federal.

Com este processo de aprofundamento da condição de dependência brasileira ao capitalismo central, as políticas sociais, e, no que toca a este trabalho, sobre as políticas de saúde, é notório que elas seguem sendo utilizadas como mecanismo de acumulação do capital. O Estado capitalista mostra-se ainda mais estruturador das demandas do capital ao empreender os ajustes que estão intensificando a retirada de direitos dos trabalhadores, a entrega dos serviços sociais para ser explorados pelo mercado, além do repasse direto do fundo público para iniciativa privada. A pesquisa mostra que este processo não foi cessado quando do retorno de um governo com histórico de alinhamento com as lutas sociais e a classe trabalhadora. O capital, tanto nacional quanto o internacional, não aceita mais retornar aos ganhos anteriores ao golpe de 2016.

Como afirma Behring (2023),

[...] instaura-se uma espécie de chantagem permanente, de terror econômico sobre os Estados nacionais – especialmente aqueles em condição dependente – para ajustes fiscais que remunerem os credores da dívida pública em detrimento das necessidades sociais. Essa é a pressão que temos observado sobre o recém-eleito governo Lula, numa verdadeira queda de braços com o mercado financeiro, que não quer ceder em suas prerrogativas conquistadas a partir de 2016, com o golpe de Estado de novo tipo no Brasil (Behring, 2023, p. 07).

O que demonstra mais uma vez a necessidade da interferência estatal no funcionamento do capital, para que ele consiga se sustentar enquanto modelo econômico. E em meio a esta disputa o nosso SUS segue sendo desfigurado, subfinanciado e, muitas vezes, desacreditado, assim como deseja o mercado privado de saúde.

Soma-se a isso o processo de financeirização do capital, que disparou nos últimos anos, caracterizado pela formação de um mercado mundial unificado com campanhas transnacionais, padronizando formas de produção e distribuição de produtos e serviços. Esse processo vem se intensificando pela revolução tecnológica, pela horizontalização das empresas e sua ligação pela rede de informática, também mostrado nos documentos do Banco Mundial.

Este processo tem agravado a disputa pelo fundo público entre os grupos sociais, os que vivem da venda de sua força de trabalho e a elite financeira interna e externa, o que, por sua vez, tem acirrado a luta de classes, por meio da qual têm sido desferidos vários ataques à classe trabalhadora, a exemplo da reforma trabalhista e da previdência, recomendada e referenda pelo BM, com também mostram os documentos.

Para a efetivação do SUS, um requisito essencial é o financiamento, que, neste conflito de interesses e no contexto de redução dos gastos públicos, sobretudo na área social, segue sendo sumariamente negligenciado, subfinanciado. A direção política adotada no Brasil nos últimos anos, indica que essa postura tende a se configurar como uma prática expansiva no contexto da política social de saúde.

Ao final entende-se que o conjunto das questões abordadas no decorrer do trabalho, mesmo que nos limites desta pesquisa, evidenciou uma influência direta dos organismos internacionais, em especial do Banco mundial, na elaboração das políticas sociais brasileiras e, no que concerne a este trabalho, na política de saúde.

Ainda que não tenham sido constatadas orientações diretas para novas modalidades de privatização dos serviços de saúde no período analisado, esta pesquisa evidencia a recomendação direta do BM para o aprofundamento do processo de privatização via repasse dos serviços para iniciativa privada, sob o financiamento e regulação do Estado. E a ação estatal por essas modalidades de oferta de serviços de saúde via OSs, empresas privadas e

fundações, como mostrou a pesquisa, corrobora essa prática de privatização, de onde é possível concluir que este é um processo impulsionado e respaldado pelo próprio Estado brasileiro na sua posição de dependente.

Dito isso, a pesquisa assume que a problemática central que transcorre todo o trabalho encontra-se na centralidade da condição de economia dependente na qual o Brasil está inserido. E essa condição define como as políticas sociais são organizadas, sob a batuta do capital estrangeiro na figura constante do Banco Mundial. Como afirmou Florestan Fernandes, não existe um projeto de soberania burguesa brasileira, diferente da burguesia internacional, o que resulta num projeto de soberania de cunho dependente e subordinado. No entanto, esse modelo restrito de soberania não impediu, e nem impede, o uso do poder do Estado capitalista em favor do seu projeto de dominação e acumulação que atende aos interesses da burguesia nacional e internacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. DOI: 10.1590/0102-311X00197316. **Cad. Saúde Pública**, 2017.

ANTUNES, Ricardo. **Capitalismo Pandêmico**. São Paulo, 1. ed. p. 9-32, Boitempo, 2022.

ALVES, Pâmela Karoline Lins; BARBOSA, Evandro Alves; VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Incorporação das diretrizes do Banco Mundial para a atenção primária à saúde. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 50, p. 170–185, 2022. DOI: 10.12957/rep.2022.68519. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/68519>. Acesso em: 24 fev. 2025.

BANCO MUNDIAL. **Relatório de pobreza e equidade no Brasil**: mirando o futuro após duas crises. Washington, 2020. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/relatorio-de-pobreza-e-equidade-no-brasil-mirando-o-futuro-apos-duas-criises>. Acesso em 18/12/2024.

BANCO MUNDIAL. **Panorama da Saúde**: um olhar sobre a saúde brasileira. Washington, 2023. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099122123072067578/p179951112caeb0541b714118ccb8b256b2>. Acesso em: 18/12/2024.

BANCO MUNDIAL. **Retomando o caminho para a inclusão, o crescimento e a sustentabilidade**. Diagnóstico sistemático de país, 2016. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/pt/686871468197371171/pdf/101431-REVISED-PORTUGUESE-v2-SCD-Sumario-Executivo.pdf>. Acesso em 18/12/2024.

BANCO MUNDIAL. **Covid-19 no Brasil**: Impactos e respostas das políticas públicas. Washington, 2020. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/covid-19-in-brazil-impacts-policy-responses>. Acesso em: 18/12/2024.

BANCO MUNDIAL. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Propostas para aumentar a eficiência do sistema público de saúde. Washington, 2018. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/099441106262336588/idu08bf10b240d26c0407e082370015d6bfc169f>. Acesso em: 18/12/2024.

BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo**: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. 2017. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>. Acesso em: 18/12/2024.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Washington, 2018. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099504406272372685/idu0815edd200059b0402208f5a006477036ba47>. Acesso em: 18/12/2024.

BANCO MUNDIAL. **Da crise à recuperação verde, resiliente e inclusiva**. Washington, 2021. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents->

reports/documentdetail/373031633066591780/the-world-bank-annual-report-2021-from- crisis-to-green-resilient-and-inclusive-recovery. Acesso em: 19/12/2024.

BANCO MUNDIAL. **A natureza mutável do trabalho**. Washington, 2021. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/232751580940525237/pdf/Overview.pdf>. Acesso em: 19/12/2024.

BARROCO. MLS. Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade** 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/zjrwPzBctDGqj84D74Vg4cv/>. Acesso em: 12/02/2025.

BARCELOS, Catarina Oliveira Guimarães. ANDRADE, Mônica Viegas. BOTEGA, Laura de Almeida. MALIK, Ana Maria. **Censo das organizações sociais de saúde brasileira: Levantamento e caracterização**. DOI: 10.21115/JBES. v. 14. nº 1 (Supl.1):15-30. Disponível em: https://easp.fgv.br/sites/easp.fgv.br/files/pesquisa-easp-files/arquivos/barcelos_jbes-especialportugues-15-30.pdf. Acesso em: 11/02/2025.

BEHRING, Elaine Rossetti. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. *In: SER Social*, Brasília, v. 18, n. 38, p. 13-29, jan.-jun./2016.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. A contra-reforma do Estado brasileiro: projeto e processo. *In: Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003. P.171-212.

BEHRING, Elaine Rossetti. Capitalismo em crise e projetos para um Brasil em turbulência. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 51, v. 21, p. 28 - 43, jan./abril 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/72461/44894>. Acesso em: 10/05/2024.

BRAGA, J. C. de S. Financeirização global. O padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. *In: TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. (Ed.). Poder e dinheiro: Uma economia política da globalização*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997. p. 195-242.

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

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). **Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/entidades-de-assistencia-social/marco-regulatorio-das-organizacoes-da-sociedade-civil-2013-mrosc>. Acesso em: Jan. 2025.

BRASIL. **Perfil dos estados brasileiros: 2021**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. São Paulo, 2006.

BRETAS, Tatiana. Capitalismo Dependente, Neoliberalismo e Financeirização. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 17, n. 34, jul./dez. 2017.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e Trabalho no Capitalismo**. Cap. 1. O sentido do Estado Social Capitalista. São Paulo, Cortez, 2016. p. 23-33.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer? DOI: 10.1590/1413-81232018236.05582018 **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1707-1714, 2018.

CELUPPI, Ianka Cristina; GEREMIA, Daniela Savi; FERREIRA, Jéssica; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; SOUZA, Jeane Barros de. 30 anos de SUS: relação público privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 43, n. 121, p. 302-313, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912101. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zf7bkDWWh8bcM7GKvPwtdvRd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jun. 2024.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A Influência do Banco Mundial na Orientação da Política de Saúde Brasileira. **III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

CORREIA, Daniele; MENDES Áquilas. O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, V. 47, N. 137, P. 76-89, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jq3xbkFy7BnDV3kYQVnsnLc/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. **Reformas sanitária e contrarreforma da saúde: Interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2015. p. 67-89.

CORSI, Francisco Luiz. O capitalismo dependente na visão de Florestan Fernandes. In : TOTTI, Marcelo Augusto (org.). **100 anos de Florestan Fernandes: legado de ciência e militância**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2022. p. 229-246. DOI: <https://doi.org/10.36311/2022.978-65-5954-298-7.p229-246>. Disponível em: https://ebooks.marilia.unesp.br/index.php/lab_editorial/catalog/download/376/3745/6790?inline=1. Acesso em: 13 nov. 2024.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e Sociedade: O médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista**. 8ª ed, São Paulo. Cortez, 2000.

FERNANDES, Florestan. **Em busca do socialismo**. Últimos escritos e outros textos. São Paulo: Xamã, 1995.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução burguesa no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciência e Saúde Coletiva. nº 14. 2009, p. 743-752. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GbXrGPf6Mmpvdc3njYY3bNK/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 24 de abril de 2024.

GIOVANELLA, Ligia. **Ajuste fiscal e injustiças em saúde:** breve comentário ao relatório do Banco Mundial 2017 ‘Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil’ – Capítulo Saúde. 2017. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/699>>. Acesso em 23 de jun. de 2024.

GOUGH Ian. Introducción: ¿Qué es la economía política? ¿Qué es el Estado del Bienestar? La economía capitalista *In: Economía Política del Estado del Bienestar.* Madrid, H. Blume Ediciones, 1982, p. 47-68.

HARVEY, David. **A produção capitalista do Espaço.** 2ª Ed. Annablume, SP, 2006, cap. 3, p. 73-94.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos Estados brasileiros. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

LIMA, Kátia. Organismos internacionais: o capital em busca de novos campos de exploração lucrativa. **Caderno Especial nº 30.** Edição de 13 de fevereiro a 13 de março de 2006.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 33. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJHKCCZW8qQdvz/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 29 jun. 2024.

MANDEL. Ernest. O Estado na fase do capitalismo tardio. *In: O capitalismo tardio.* São Paulo: Abril Cultura, 1982, p. 333-350.

MARX, Karl. A lei geral da acumulação capitalista. *In: O capital:* capítulo XXIII, crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultura, 1996, p. 245-277.

MARINI, Ruy Mauro. **Dialética da Dependência.** Editora Era, México, 1990, 10ª edição (1ª edição, 1973). Tradução de Marcelo Carcanholo, Universidade Federal de Uberlândia-MG. Postscriptum traduzido por Carlos Eduardo Martins, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323440310_Dialectica_da_Dependencia. Acesso em: 25/04/2024.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital.** São Paulo: Boitempo, 2009.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital:** rumo a uma teoria da transição. Tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. ed. revista. São Paulo: Boitempo, 2011.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. **A saúde pública continua na mira do austero Banco Mundial.** 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras->

noticias/sistemas-de-saude/saude-publica-continua-na-mira-do-Intelectuais coletivos e o processo de contrarreforma austero-banco-mundial-por-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/32393/>. Acesso em: 30/03/2024.

MENDONÇA, Luiz Jorge Vasconcellos Pessoa. O Banco Mundial: o golpe de Estado permanente. **Argumentum**, Vitória, v. 2, n. 1, p.223-225, jan-jun. 2010.

MÉLLO, Livia Milena Barbosa de Deus; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SANTOS, Romário Correia dos. Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 842-856, jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213418> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9bxKNJ5bzkDBfNpJ4Xc3ggf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2024.

MONTEIRO. Nercilene Santos da Silva. **A inovação da saúde universal em um país capitalista dependente**. Tese de Doutorado Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55750>. Acesso em: 07 jul. 2024.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método na teoria social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABPESS, 2009, p. 667-700.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**, Brasília, Ano 2, n.3, p. 41-49, jan./jul. 2004.

NETTO, José Paulo. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (org.). **O desmonte da nação: balanço do governo FHC**. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 75-89.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de. PINTO, Maria Marta Saavedra. **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 10(3):1037-51, set-dez. 2003 Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000300012> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/7FC4VhL7JrYxJKPNkGyfrjR/>. Acesso em: 08/04/2025.

NOGUEIRA, Kleiton Wagner Alves da Silva. Crise do capital e governo Bolsonaro: impactos sobre a saúde pública brasileira. **SER Social**, Brasília, v. 25, n. 53, 2023. DOI: 10.26512/ser_social. v. 25 i. 5342090. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42090. Acesso em: 11 jun. 2024.

OPAS-OMS. Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Relatório 30 anos do SUS: Que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; OMS, 2018.

OSORIO, Jaime. Fundamentos da Superexploração. In.: ALMEIDA FILHO, Niemeyer. Desenvolvimento e dependência: cátedra Ruy Mauro Marini. Brasília: Ipea, 2013.

PAIM. Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (10):1927-1953, out, 2013. <https://www.scielo.br/j/csp/a/7kR47BM83pWg73mCFDSWXXD/?format=pdf&lang=pAcess>

o em: 24 de abril de 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 17-28, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2024.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília, 1997.

PEREIRA, Potyara A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **SER Social**, Brasília, n. 10, p. 33–56, 2009. DOI: 10.26512/ser_social. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12920. Acesso em 13 jul. 2023.

PEREIRA, João Márcio Mendes. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08022018>. **Ciência & saúde coletiva**, 2018. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pkYXTJMMYGzKx5cSCDWyqdg/>. Acesso em: 18/12/2024.

PEREIRA, Camila Potyara. DUARTE, Janaina Lopes do Nascimento. SANTOS, Lílíam dos Reis Souza. Capitalismo dependente, Estado e autoritarismo no Brasil. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-11, jan.-dez. 2021. <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.39228> . Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/39228>. Acesso em: 18/12/2024.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. (Tese de Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, CAMPINAS, 2000. Disponível em: <https://saudecomunista.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/06/obanco-mundial-e-as-politicas-de-saude-nos-anos-90-rizzotto.pdf> . Acesso em: 11 nov. 2023.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.25, n.2, p. 263-276, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mpvvFPWmh8cJcwrK86Szv3L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2024.

RODRIGUES, Gabriela Oliveira. A Teoria Marxista da Dependência em Ruy Mauro Marini: Superexploração da Força de Trabalho e Subimperialismo na integração capitalista mundial da América Latina. [2021?] **Anais**. Disponível em: <https://www.sep.org.br/anais/Trabalhos%20para%20o%20site/Comunicacoes/122.pdf> . Acesso em: 29 jun. 2024.

ROMMINGER, Alfredo Eric. O grupo banco mundial: origem, Funcionamento e a influência do Desenvolvimento sustentável em suas Políticas. Brasília, **Universitas** v. 2, n.1, p. 269-288, jun. 2004. DOI: <https://doi.org/10.5102/uri.v2i1.242>. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/relacoesinternacionais/article/view/242>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SANTOS, Cleusa. A proteção social no contexto dos organismos internacionais: introdução ao debate sobre o comércio mundial e as Agências Reguladoras. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 2007, São Luis. **Anais**. Universidade Federal do Maranhão Disponível em:

<https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/dff42cec a2281ac1fbb6%20Cleusa%20Santos.pdf> . Acesso em: 10 nov. 2023.

SANTOS, Girlan Guedes dos; SILVA, Alessandra Ximenes da; Intelectuais coletivos e o processo de contrarreforma na política de saúde brasileira. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 33–53, 2020. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25495. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25495. Acesso em: 14 jun. 2024

SANTOS, Liliam dos Reis Souza. **A regulação da saúde e o fortalecimento do setor privado sob a orientação do Banco Mundial**. (Dissertação de Mestrado). Belém, 2010.

SANTOS, Liliam dos Reis Souza. **Leviatã ou Behemoth? Verso e reverso da relação orgânica entre Estado e capitalismo na política social**. (Tese de Doutorado). Brasília, 2018.

SANTOS, Liliam dos Reis Souza. Privatização das funções do Estado brasileiro: Estudo a partir da política de Saúde. **Revista de Políticas Públicas**, Maranhão, vol. 25, n. 2. p. 950-964, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v25n2p950-964>. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/18496>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SANTOS, Lenir. Atenção primária e a privatização dos serviços de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 22, n.2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.181323> Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/181323/189542>. Acesso em 07 ago. 2024.

SANTOS, Theotônio dos. **A Teoria da Dependência: um Balanço Histórico e Teórico**. Niterói, 1998. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5499595/mod_resource/content/1/Theot%C3%B4nio%20dos%20Santos%20-%20A%20teoria%20da%20depend%C3%Aancia%20%20Balan%C3%A7os%20e%20perspectivas.pdf . Acesso em: 07 jun. 2024.

TEIXEIRA C, PAIM J. Análise Política em Saúde: contribuição do OAPS. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2017 22(6):1744. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.03032017>. WORLD BANK. **Country Partnership Framework For The Federative Republic Of Brazil For The Period Fy18-Fy23**. Washington, 2017. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099031824151014222/bosib1a9c64a780861b8d01b824b30cdb50>. Acesso em: 18/12/2024.