

MARIA LUCIA FRIZON RIZZOTTO

*O BANCO MUNDIAL E AS POLÍTICAS DE
SAÚDE NO BRASIL NOS ANOS 90:
um projeto de desmonte do SUS*

CAMPINAS

2000

MARIA LUCIA FRIZON RIZZOTTO

***O BANCO MUNDIAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO
BRASIL NOS ANOS 90:
um projeto de desmonte do SUS***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde
Coletiva*

Orientador: Gastão Wagner de Souza Campos

CAMPINAS

2000

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS
UNICAMP**

R528b Rizzotto, Maria Lucia Frizon
O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS / Maria Lucia Frizon Rizzotto. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Pública. 2. Política de Saúde - Brasil. 3. Saúde - Brasil. 4. Banco Mundial. II. Gastão Wagner de Souza Campos. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos - UNICAMP

2. Dra. Laura Tavares Ribeiro Soares - UFRJ

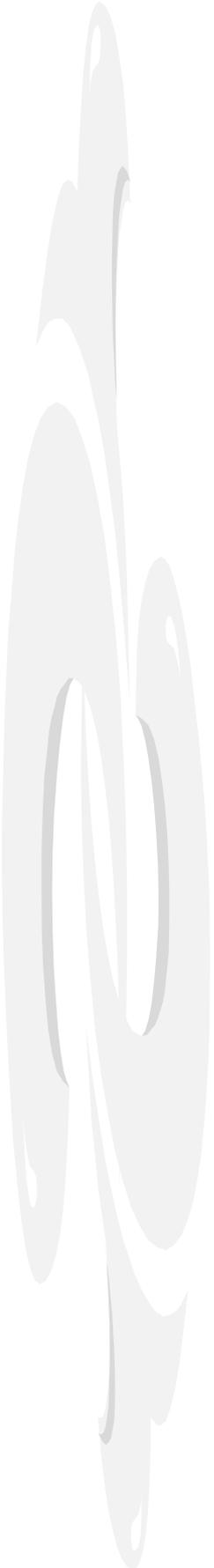
3. Dra. Denise Elvira Pires de Pires - UFSC

4. Dra. Maria Elizabete Sampaio Prado Xavier - UNICAMP

5. Dr. Everardo Duarte Nunes - UNICAMP

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 27/11/2000



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos que sonharam com um Sistema de Saúde gratuito e universal para o Brasil e, aos trabalhadores da saúde que na lida diária continuam lutando para construí-lo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Gastão, que permitiu que eu andasse pelos caminhos que escolhi, possibilitando e estimulando a construção da minha independência teórica e intelectual.

À Dra. Maria Elizabete S. P. Xavier, pelo desprendimento em ler o trabalho e sugerir questões que o enriqueceram teórica e metodologicamente.

Aos meus filhos Tatiana, Marcelo e Carla, pela vontade que manifestaram em deixar neste trabalho alguma contribuição pessoal. Estar com vocês neste tempo de “estudo enlouquecido” tornou este período melhor, e eu mais feliz.

À minha família, pelo carinho e incentivo em todos estes anos de estudo, e pelo apoio dado nos momentos de dificuldade.

À Dona Florisbella, pela leitura e revisão cuidadosa que fez do trabalho.

À Leda, pela ajuda na tradução dos textos.

À todos os meus amigos de Cascavel e aos companheiros(as) Beto, Francis, Luiz Fernando e Solange, por tudo que já partilhamos sobre como andar na vida, aprendendo com a história e tentando construí-la de jeito diferente.

Aos colegas do NUPPES - Núcleo de Pesquisa em Políticas de Educação e Saúde, pelas oportunidades de interlocução e discussões, as quais contribuíram para enriquecer a minha compreensão sobre o Estado brasileiro e as políticas sociais.

Aos colegas do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, pela oportunidade que proporcionaram para que eu fizesse o doutorado em condições ideais e cumprisse com os prazos definidos.

À CAPES pela contribuição financeira, que possibilitou condições materiais para desenvolver este trabalho de pesquisa, e crescer academicamente.



*A principal tarefa do historiador não é julgar,
mas compreender “.....”. De toda forma,
não é provável que uma pessoa que tenha
vivido este século extraordinário
se abstenha de julgar. O difícil é compreender.*

Eric Hobsbawn

	PÁG.
RESUMO	<i>xxi</i>
INTRODUÇÃO	23
1. Os objetivos e o objeto de investigação.....	25
2. Pressupostos teóricos.....	29
CAPÍTULO – 1: O Banco Mundial e a ideologia do desenvolvimento: meio século de história	53
1.1. O contexto histórico em que emerge o Banco Mundial.....	53
1.2. A trajetória política e institucional do Banco Mundial	62
1.3. A noção de desenvolvimento econômico: referência para as ações do Banco Mundial.....	71
1.4. A gestão de McNamara: o ponto de partida do Banco Mundial no trato de problemas sociais.....	80
1.5. A retomada do discurso do combate à pobreza: argumento ideológico para uma intervenção política nas áreas sociais.....	94
1.6. O revigoramento do liberalismo e a crítica às políticas sociais.....	99
1.7. O como o Banco Mundial opera: modalidades de financiamento.....	106
1.8. As normas operativas do Banco Mundial.....	110
CAPÍTULO – 2: O Banco Mundial e a saúde	115
2.1. A trajetória da saúde no interior do Banco Mundial.....	115
2.2. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de saúde nos países periféricos.....	126
2.3. A concretude dos conceitos.....	137

CAPÍTULO – 3: O Banco Mundial, o Brasil e a saúde: uma agenda de reformas	145
3.1. Um pouco de história.....	145
3.2. As propostas do Banco Mundial para o setor de saúde no Brasil: a contra-reforma não anunciada.....	152
3.3. As estratégias de ação na área da saúde: o que era parece não ser mais.....	169
CAPÍTULO – 4: As políticas de saúde no Brasil nos anos 90.....	179
4.1. O Estado Brasileiro: pressuposto para uma análise das políticas de saúde nesta década.....	179
4.2. A reforma institucional do Estado Brasileiro.....	190
4.3. Os desdobramentos da reforma do Estado no campo da saúde.....	199
4.4. Os projetos e programas do Ministério da Saúde: estratégia de contra-reforma	214
4.4.1. O projeto Reforsus.....	221
4.4.2. Os projetos para o controle de doenças transmissíveis.....	234
4.5. O financiamento da saúde nos anos 90.....	237
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	241
SUMMARY.....	247
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	251

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABrES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIF	Associação Internacional de Fomento
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVAI	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Desenvolvimento
CDF	Moldura Abrangente de Desenvolvimento
CEME	Central de Medicamentos
CFI	Corporação Financeira Internacional
CIADI	Centro Internacional de Arranjo de Diferenças relativas de Investimento
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMS	Entidade Mantenedora de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HMO	Health Maintenance Organization
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISI	Industrialização para a Substituição de Importações
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MS	Ministério da Saúde
NEPP	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
NOB	Norma Operacional Básica
OMGI	Organismo Multilateral de Garantia de Inversões
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNB	Produto Nacional Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POA	Programação Orçamentária Anual
PSF	Programa Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do SUS
RH	Recursos Humanos
RNIS	Rede Nacional de Informação em Saúde
SAA	Secretaria de Assuntos Administrativos
SAL	Structural Adjustment Loans
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SOE	Declaração de Despesas
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância Sanitária
UATR	Unidade de Assistência Técnica do Reforsus
VIGISUS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

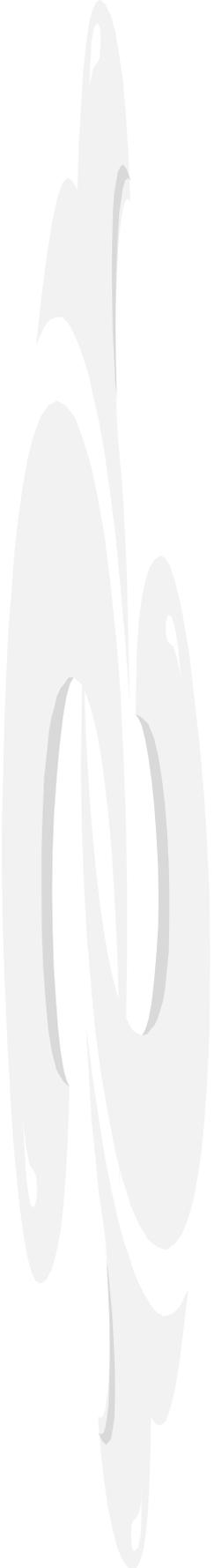
LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1: Total de empréstimos do BIRD e AIF no período 1947-1970.....	93
Tabela 2: Empréstimos do BIRD e AIF para a América Latina no período de 1947 – 1983.....	93
Tabela 3: Total de empréstimos do Banco Mundial (BIRD) para o setor de saúde brasileiro até 2000	150
Tabela 4: Recursos do REFORSUS por fonte e cronograma de desembolso....	226
Tabela 5: Destinação de recursos do REFORSUS por Componente e Área Programática.....	228
Tabela 6: Categorias e itens a serem financiados com recursos do BIRD ao Projeto REFORSUS	229
Tabela 7: Itens financiados no Projeto Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS) e valores correspondentes.....	235
Tabela 8: Ítens financiados nos projetos AIDS/DST com recursos do BIRD e valores correspondentes.....	236

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1: Resumo das propostas de ajuste estrutural.....	104
Quadro 2: Síntese das propostas do Banco Mundial para o setor de saúde.....	136
Quadro 3: Estratégias de racionamento da assistência e contenção de custos ...	157
Quadro 4: Recomendações sobre estratégias chaves para o curto e médio prazo	160
Quadro 5: Relatório de Desempenho do Componente II do projeto REFORSUS-BIRD.....	231

Neste trabalho discute-se as propostas do Banco Mundial para o setor de saúde brasileiro, tentando identificar em que medida as diretrizes deste organismo multilateral tem permeado as políticas nacionais de saúde. Circunscrevemos o estudo ao período posterior a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, em 1988, dando ênfase as políticas dos anos 90. Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizou-se como recurso metodológico, a pesquisa documental e a análise de dados obtidos em fontes primárias, fontes oficiais e, em órgãos de imprensa de divulgação nacional. A perspectiva histórica foi o referencial utilizado para a realização da pesquisa e para a exposição do objeto estudado. Defende-se a tese de que as propostas do Banco Mundial, associadas a determinadas políticas de governo, nesta década, configuram um projeto de desmonte do SUS; Sistema proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária, consagrado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Complementares. Além de explicitar a convergência de interesses entre esta instituição internacional e determinados grupos e setores nacionais, procurou-se mostrar as contradições que emergem nos processos de negociações, envolvendo o Banco Mundial e setores do governo brasileiro, com repercussões importantes no conjunto da sociedade. Não se pode afirmar que haja uma aceitação unânime e passiva das propostas de desmonte do SUS, são muitas as resistências e inúmeras as denúncias feitas em diferentes instâncias e espaços políticos, que tem obrigado o governo, em alguns momentos, a recuar e mudar as estratégias contra-reformistas que tenta colocar em prática. Mas também não se pode negar que o governo tem tido êxito na implementação de reformas no campo da saúde que contraditam com o projeto original do SUS. Neste sentido, esta pesquisa pretendeu desvelar os interesses político/ideológicos e econômicos que tem permeado determinados processos, aparentemente favoráveis à consolidação do SUS, mas que em realidade, modificam substancialmente a configuração original deste Sistema. Por fim, o trabalho chama a atenção para a necessidade de uma mobilização ampla dos diferentes setores da sociedade, para a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde - o SUS brasileiro, com as características originalmente pensadas e, constitucionalmente legitimadas.



INTRODUÇÃO

1. OS OBJETIVOS E O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

A escolha de um determinado objeto de estudo não acontece por acaso, nem é desprovida de intencionalidade; freqüentemente, a opção é precedida de uma aproximação à temática que pode ocorrer por diversos canais e caminhos. A permanência de indagações, quer pela inexistência ou insuficiência do conhecimento existente, quer pela insatisfação ou discordância dos resultados divulgados, contribui para a escolha. A decisão de analisar as políticas de saúde brasileira na década de 90, relacionando-as com as orientações do Banco Mundial, e as conseqüências da assimilação dessas orientações para o Sistema Único de Saúde (SUS), deu-se não só pela atualidade do tema, mas sobretudo, por se perceber a necessidade e uma certa carência de análises que buscassem interpretar e explicitar os processos que envolvem a conciliação de interesses entre os organismos internacionais, os diversos níveis de governo e alguns setores da sociedade brasileira, incluindo parte da intelectualidade, que parece ter capitulado aos encantos da retórica ou das benesses proporcionadas por estes organismos, ajoelhando-se resignados diante do que parecia inexorável.

A análise de um período recente, se por um lado implica em dificuldades adicionais àquelas próprias às pesquisas desta natureza, não favorecendo o distanciamento do objeto recomendado pelos historiadores, uma vez que os fenômenos podem não estar plenamente desenvolvidos no mundo real; por outro, possibilita o acompanhamento dos processos e a identificação de acontecimentos e de atores significativos, que muitas vezes ficam excluídos dos registros históricos. Espero que, neste trabalho, os problemas metodológicos tenham sido minimizados e os desejos e as paixões imediatas que podem produzir o auto-engano não tenham substituído a análise objetiva que uma pesquisa requer, mas também que este cuidado não tenha levado a abdicar da crítica inerente ao ponto de vista assumido.

Um dos pressupostos iniciais deste trabalho, era de que o financiamento de projetos e programas pelo Banco Mundial na área da saúde, acentuado na última década, diferentemente de outros setores sociais que fazem parte da pauta de financiamento deste instituição, não teria como objetivo contribuir para o desenvolvimento econômico e/ou social de países periféricos como o Brasil, conforme postulam seus discursos, mas sim, através destes acordos de empréstimos e das condicionalidades que os acompanham,

influenciar as políticas nacionais desse setor, no sentido de reduzir o papel e a participação do Estado na oferta de serviços de saúde, implementando projetos e programas que focalizam e direcionam as ações públicas para as populações mais pobres, ao mesmo tempo em que promove a ampliação e a participação do setor privado, neste promissor mercado para a expansão do capital.

Este pressuposto não só se confirmou no decorrer da pesquisa, como evidenciou-se a tese de que os acordos de empréstimos do Banco Mundial para o setor brasileiro de saúde, levados a cabo na última década, teriam como objetivo contribuir para a concretização de uma *contra-reforma* no e do Sistema Único de Saúde, no sentido de restringir e/ou anular direitos sociais defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 70 e 80 e consagrados na Constituição Federal de 1988.¹

Os direitos constitucionais, no campo da saúde, se colocados em prática, representariam um entrave para os interesse do capital privado, além de comporem uma proposta que se situava e se situa na contramão do movimento “neoliberal”, em curso há mais de duas décadas nos países centrais, e que aportou entre nós com o governo de Fernando Collor de Mello, tendo continuidade e aprofundamento nos mandatos de Fernando Henrique Cardoso. O desagrado do Banco Mundial com os avanços dos direitos constitucionais no campo da saúde, no Brasil, está expresso em dois documentos produzidos e divulgados por esta instituição, que serão analisados detidamente no 3º capítulo deste trabalho, que são: “*Adult Health in Brazil: Adjusting to new challenges*” (1989) e “*The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s*” (1993).

Em âmbito geral, as propostas do Banco Mundial para o setor de saúde dos países periféricos, além de pretenderem “ajudar” no processo de estabilização política e econômica desses países e de servirem como instrumento para a “humanização” do Banco, articulam-se com “questões estratégicas” voltadas para a segurança interna e externa dos países centrais e para a organização do mundo capitalista. O crescente problema da miséria, em nível mundial, se insere neste contexto; segundo Wolfenshon (1995), presidente do

¹ Segundo Vieira, os direitos sociais significam a consagração jurídica de reivindicações de trabalhadores. Não significam a consagração de todas as reivindicações populares, e sim a consagração do que resulta das relações de força entre os trabalhadores e o grupo dirigente do momento (1992, p.23).

Banco Mundial, “aliviar” a pobreza e mantê-la em níveis suportáveis é condição necessária para o futuro crescimento de “todos”.

Uma certa insistência com a questão da satisfação das necessidades humanas básicas e uma crítica aos países com muita disparidade na distribuição de renda e extrema diferenciação social têm, de certa forma, caracterizado o discurso do Banco Mundial, que acena com financiamento para programas e projetos que visam o combate à pobreza e a centralidade na educação básica e na atenção primária em saúde. Apesar desse discurso, há quem diga que o Banco, de fato, tem oferecido em abundância, mais do que recursos, suas próprias idéias, com o intuito de traduzi-las em políticas internas nos países “em desenvolvimento”.

*“Si lo que el Banco Mundial ofrece son principalmente ideas, y esas ideas ayudarán a dar forma a políticas claves, que preparan nuestras sociedades para un futuro sobre el cual hay solamente conjeturas, cómo se producen y qué validez tienen dichas ideas debe ser analizado con tanto detenimiento como las condiciones y consecuencias de sus créditos”*² (Coraggio, 1995, p.1). Esta sugestão de Luiz Coraggio merece ser levada em consideração ao se estudar as atuais políticas de saúde, principalmente quando se observa que as propostas defendidas e difundidas pelo Banco, têm encontrado eco em intelectuais e técnicos locais, que vêm trabalhando ativamente em projetos financiados pelo Banco, tornando-se, portanto, co-responsáveis pelos resultados.

Neste final de século, mais do que em qualquer outro momento de sua história, o Banco Mundial tem mostrado uma capacidade de *“imponer su visión de la realidad como la que necesariamente deberian compartir todo hombre y mujer sensatos”*³ (George & Sabelle, 1994, p.10), reivindicando para si o monopólio da verdade e sendo impermeáveis a qualquer crítica. Os que sustentam opiniões contrárias são tidos como mal informados e na maioria das vezes, desconsiderados.

A possibilidade de ser ignorada por quem defende o “pensamento único”, e também por aqueles que compactuam com as posições do Banco e as defendem e difundem em

² “Se o que o Banco Mundial oferece são principalmente idéias, e essas idéias ajudarão a dar forma a políticas chaves, que preparam nossas sociedades para um futuro sobre o qual há somente conjecturas, como se produzem e que validade têm estas idéias deve ser analisado com tanto rigor assim como as condições e conseqüências de seus créditos”.

³ “Impor sua visão de realidade como a que necessariamente deveriam compartilhar todo homem e mulher sensatos”.

nível nacional, não foi suficiente para tolher a determinação em realizar esse estudo; pelo contrário, serviu de motivação e de incentivo para a sua realização.

A exposição do trabalho foi realizada em quatro momentos distintos; iniciamos com uma discussão sobre alguns conceitos e pressupostos teóricos, os quais foram utilizados como referenciais no processo de investigação. Fizemos isto, não só para definir a filiação teórica, na qual pretendemos inserir este estudo, mas sobretudo, para tornar explícitas determinadas questões que se constituíram em fio condutor do processo de pesquisa. O segundo momento, circunscrito ao primeiro capítulo, apresenta uma breve reconstituição da história do Banco Mundial, descrevendo o contexto em que o Banco se originou e as mudanças estruturais e conjunturais ocorridas em nível internacional, que contribuíram para a redefinição de seus objetivos iniciais e a expansão de suas ações. Destacamos, neste processo, a questão do crescimento/desenvolvimento econômico, parâmetro que se mostrou fundamental para a definição/redefinição de suas diretrizes e políticas gerais.

No segundo capítulo, buscamos identificar a trajetória do setor de saúde no interior do Banco Mundial, relacionando-a com a temática do desenvolvimento e, apresentando as propostas desta instituição, para este setor social dos países periféricos. No terceiro capítulo, tratamos da relação do Banco Mundial com o Brasil, identificando alguns momentos significativos deste processo, incluindo aspectos relacionados com a legislação brasileira no campo da saúde. Por fim, e talvez a parte mais relevante do trabalho, no quarto capítulo, tratamos das políticas de saúde brasileira, circunscritas ao período posterior à Constituição Federal de 1988, quando foi definido um Sistema Único de Saúde para o país.

Para dar conta deste recorte, realizamos um estudo sistemático de documentos produzidos e divulgados pelo Ministério da Saúde e pelo governo central, referentes ao período estudado, procurando analisar o texto e a sua tradução em termos de políticas de saúde, não só a partir do conteúdo, mas buscando compreender os meios e os processos em que ocorreu a tomada de decisão para a sua formulação e implementação; os poderes internos e externos envolvidos, incluindo a relação com o Banco Mundial, assim como, a lógica e a racionalidade que subjaz a tais formulações.

No âmbito do estudo das políticas de saúde, foi necessário analisá-las relacionando-as com as reformas por que passa o Estado brasileiro, e mais particularmente a reforma administrativa, cujas diretrizes estão expressas no Plano Diretor de Reforma do Aparelho

do Estado e em outros documentos do governo, alguns específicos da área da saúde. Para dar consistência a esta parte do trabalho, analisamos alguns projetos do Ministério da Saúde, os quais estão sendo financiados pelo Banco Mundial. Na parte final do trabalho, procuramos explicitar mais livremente as nossas considerações sobre as atuais políticas de saúde para o Brasil, respaldando-nos no que foi apreendido no processo de criação/recriação efetuado, que constitui o trabalho científico

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Acreditamos que os resultados de uma pesquisa dependem, dentre outros aspectos; do ponto de onde partimos e do referencial teórico-metodológico que nos dá suporte. Não se pode afirmar que existe uma única interpretação dos fenômenos, mas várias possibilidades de interpretação: cada uma com um grau de explicação diferenciado. Isto não significa que existam múltiplas verdades, mas interpretações que ao serem confrontadas com a realidade, reproduzem de uma maneira mais ou menos fiel o movimento do real. Quanto mais rica de determinações for a representação que se faz do real, mais próxima da verdade estará. As interpretações não podem ser atos arbitrários do pensamento, mas o resultado de um processo coerente e racional que, sustentada em princípios teóricos, possibilita reconstruir objetivamente aspectos da realidade.

Numa abordagem de inspiração marxista, o ponto de partida para a análise deve ser o fato histórico ou a manifestação empírica do fenômeno; apreendendo inicialmente a sua origem e desenvolvimento histórico – o estudo diacrônico, que localiza o fenômeno em uma totalidade concreta, em uma determinada formação econômico-social. Ao mesmo tempo, considerando que da gênese não derivam automaticamente as significações internas do fenômeno, é necessário combinar, com o estudo da dimensão genética, dimensões estruturais que advêm de uma análise sincrônica do objeto, na tentativa de esclarecer as características internas e contemporâneas do fato. Os objetos, do ponto de vista lógico, apresentam dados de imediaticidade, necessários para o momento de aproximação do sujeito ao objeto; porém, o processo real é mais complexo e pleno de determinações, que só aparecem quando se explicita, pelo processo do conhecimento, as mediações, os nexos e as relações que dão concretude ao objeto.

Nesta perspectiva parte-se do princípio de que os fatos não se esgotam em si mesmos; constituem-se em expressões empíricas, em marcos de um processo que vai além deles, transcendendo-os. Os fatos servem para mapear, para detectar processos que devem ser confrontados e relacionados com outros fenômenos, num procedimento de abstração intelectual que permite extrair deles, os significados não imediatamente dados ou relacionados. Para isto utiliza-se a razão, não apenas como capacidade de pensar, mas principalmente como produto do pensamento já elaborado e sistematizado. Este procedimento que ocorre em nível mental, como abstração, e que permite visualizar as mediações e determinações, provoca duas mudanças significativas: uma no objeto, que visto em movimento sofre constantes transformações, e a outra no próprio sujeito, que a cada nova aproximação já não é mais o mesmo. Daí a necessidade de, constantemente, confrontar-se o produto da abstração com a realidade, para não cair no subjetivismo ou no idealismo, pois o concreto real não é só exterior mas anterior ao pensamento que o apreende.

Para realizar uma análise histórica, há que se procurar distinguir e estabelecer a “justa relação” entre o que constitui o movimento orgânico e estrutural, de longa permanência, que caracteriza as “leis gerais”, as tendências de uma determinada formação econômica social, constituindo a sua dinâmica, e os elementos ocasionais e imediatos que compõem a conjuntura em que determinado fenômeno se desenvolve. Com o primeiro movimento, é possível realizar uma crítica histórico-social que ultrapassa os limites da culpabilidade das personalidades que se encontram no poder, sem no entanto deixar de atribuir-lhes as devidas responsabilidades. O segundo - a análise conjuntural, ajuda a identificar as condições imediatas de imersão e organização de forças antagônicas, em que umas procuram conservar/administrar as contradições da estrutura societária existente, e outras lutam para transformar/superar a situação em busca de outra formação econômico-social.

Considerando que o estudo das políticas de saúde é a questão central deste trabalho, pareceu-nos relevante discutir previamente algumas concepções de política social existentes e a que adotaremos como referência, bem como as conexões e inter-relações que se estabelecem a partir destas concepções. Acreditamos ser necessário também compreender as funções assumidas pelos Estados Nacionais, dada a importância de sua

participação na implementação de políticas sociais, quer seja no centro ou na periferia do mundo. É claro que num e noutro, as condições históricas, as mediações e as determinações são distintas e produzem resultados diferenciados. Para nossos objetivos, interessa compreender e apreender as transformações por que tem passado o Estado brasileiro, neste final de século, e a sua capacidade em implementar políticas para a sociedade brasileira, particularmente as de saúde.

Parto do pressuposto de que as políticas sociais são constructos históricos que resultam de contradições no interior da sociedade, assumindo características próprias em cada contexto em que se efetivam. Assim, o trato de qualquer política social⁴ deve ser circunscrito a análises que contemplem as dimensões do econômico, do político e do social, em sua especificidade histórica. De acordo com Vieira, “a política social consiste em estratégia governamental e normalmente se exhibe em forma de relações jurídicas e políticas, não podendo ser compreendida por si mesma. Não se definindo a si, nem resultando apenas do desabrochar do espírito humano, a política social é uma maneira de expressar as relações sociais, cujas raízes se localizam no mundo da produção” (1992, p.21/22).

Este mesmo autor compreende que no cotidiano das lutas políticas, o governo vai fixando a orientação da política econômica e das políticas sociais, as quais expressam as contradições e os conflitos existente na sociedade, podendo revelar mudanças nas relações entre as classes, ou entre grupos sociais existentes em uma mesma classe. Através da análise das políticas, “é possível evidenciar-se a ação do Estado no sentido de incentivar e ampliar o capitalismo em determinado país. Formando um todo, a política econômica e a política social apenas formalmente se distinguem e às vezes dão a enganosa impressão de que tratam de coisas muito diferentes” (Vieira, 1992, p.21).

Assim, o estudo de qualquer política social, incluindo a de saúde, não pode ocorrer a partir de uma análise intrínseca à ela, nem como um ideal a ser alcançado naturalmente pelo desenvolvimento geral da sociedade mas, a partir da compreensão da base material e das relações objetivas e subjetivas em que ocorreram ou ocorrem. Vieira recomenda também

⁴ Para Vieira (1992), na composição do termo *política social* – “política” não assume o sentido estrito de atividade ou praxis humana ligada ao exercício de poder, mas relaciona-se a estratégias de governo que se compõe de planos, projetos, programas e documentos, onde é possível identificar diretrizes relativas às áreas em questão.

que “qualquer exame da política econômica e das políticas sociais deve fundamentar-se no desenvolvimento contraditório da história. Em nível lógico, tal exame mostra as vinculações destas políticas com a acumulação capitalista. Em nível histórico, verifica se consistem em respostas às necessidades sociais, satisfazendo-as ou não” (Vieira, 1992, p.15).

Segundo esta vertente de análise, as políticas sociais, desde as suas origens em algum grau estiveram vinculadas à acumulação capitalista. A começar com o processo de urbanização que ocorreu a partir da 1ª Revolução Industrial, na Inglaterra, onde emergiram problemas de ordem sanitária, educacional, habitacional e de segurança, que obrigaram o governo civil central inglês a mudar sua postura não intervencionista, fundamentada no liberalismo clássico, fazendo com que o Estado passasse a desempenhar determinadas funções, mediando as relações sociais de produção. A intervenção estatal, naquele momento histórico, ocorreu tanto por meio da formulação de medidas legais para regulamentar a economia, como na prestação de serviços públicos, julgados imprescindíveis à este novo modo urbano-industrial de viver e produzir. Entretanto, há que se dizer que as políticas e os serviços sociais surgidos naquele período, ou em qualquer outro da história do capitalismo, não resultaram de princípios humanistas deste sistema, mas sempre foram produto de amplos movimentos reivindicatórios. “A política social aparece no capitalismo construída a partir das mobilizações operárias sucedidas ao longo das primeiras revoluções industriais. A política social, compreendida como estratégia governamental de intervenção nas relações sociais, unicamente pôde existir com o surgimento dos movimentos populares do século XIX” (Vieira, 1992, p.19).

A dinâmica desta nova ordem societária que emergia e a necessidade de homens, mulheres e crianças que soubessem ler, escrever e tivessem corpos saudáveis para o trabalho industrial, associada às reivindicações dos trabalhadores, foram decisivos para que os adeptos da teoria liberal e defensores do livre mercado assumissem que o sistema de auto-regulação, nele contido, não satisfazia às necessidades mais elementares das pessoas, colocando assim um novo papel para os governos dos Estados capitalistas. “Carregando sobre os ombros o peso de seu próprio dogma, o liberalismo precisou construir outra ordem política. Deixou de batalhar contra o Estado, tentando impedir sua intervenção na

economia. Passou a fabricar teoricamente um Estado muito complexo, com a finalidade de expandir o capitalismo” (Vieira, 1992, p.18).

Contudo, embora seja possível comprovar a vinculação orgânica do Estado com o capital e a sua reprodução, a análise de sua forma de existência e realização, que assume concretude nas ações governamentais, não pode ter como pressuposto a submissão absoluta do Estado à lógica do capital, constituindo-se em simples instrumento deste; nem ser encarado como uma instituição com independência, capaz de superar as contradições desse modo de produção, como um substituto do capital. Mandel (1985), afirma que o Estado deve ser considerado como uma forma especial de preservação da existência social do capital ao lado, mas fora da concorrência. Nesta mesma direção, Fiori pensa o Estado,

como momento do “capital em geral”, e a valorização a um só tempo como processo econômico e político. Donde inevitavelmente, as leis do capital e sua valorização só adquirem e readquirem universalidade nos variados processos histórico-concretos, onde as lutas sociais e políticas, mediadas pelo Estado as viabilizam.(...) Estado e economia são vistos por nós como formas da “relação capitalista” e, portanto, devem ser pensadas em conjunto, na perspectiva da necessidade, dos limites e da forma que é assumida pela ação estatal nos vários momentos e contextos do desenvolvimento capitalista, aí incluídos os seus casos tardios e periféricos (Fiori, 1988, p. 100/101).

O Estado constitui-se em um espaço contraditório de ação política e de exercício do poder, onde as relações de forças nacionais e internacionais se encontram e ajudam a dar conformação a cada situação específica. Sendo assim, o estudo de um fenômeno como as políticas de saúde, que estão imbricadas neste espaço e prenes destas determinações, implica em uma análise dos vários graus das relações de forças que participam do processo, “... a começar pela relação das forças internacionais (...), passando em seguida às relações sociais objetivas, ao grau de desenvolvimento das forças produtivas, às relações de força política e de partido (sistemas hegemônicos dentro do Estado) e às relações políticas imediatas” (Gramsci, 1984, p. 44).

Na análise de um processo histórico, Gramsci (1984), recomenda que as relações de forças sejam tomadas como um elemento de pesquisa e interpretação, e não como uma “causa histórica”. Para isto, deve-se levar em consideração os diferentes momentos, ou graus que as compõem, iniciando pela relação de forças sociais, estreitamente ligadas à estrutura, ao grau de desenvolvimento das forças materiais de produção, passando pela relação de forças políticas nacionais e internacionais e, por último, a relação de forças militares, que são decisivas em determinados momentos.

As relações internacionais seguem as relações sociais fundamentais, que se desenvolvem no interior das sociedades centrais e periféricas, embora não tendo o mesmo grau de determinação, nem sendo uma relação causal, acompanham a dinâmica que caracteriza a relação centro hegemônico/periferia dependente. Nesta linha de análise que adotamos, o Estado se constitui em uma importante arena de disputa entre as forças existentes na sociedade, desempenhando um papel decisivo como articulador da vida econômica e social, em todos os momentos da existência do capitalismo.

Embora empiricamente seja possível identificar transformações e particularidades na configuração dos Estados, as suas funções clássicas não se alteraram fundamentalmente com o transcorrer da história. Segundo Mandel, essas funções serviriam para:

- 1) criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante;
- 2) reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do exército, da polícia, do sistema judiciário e penitenciário;
- 3) integrar as classes dominadas, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em conseqüência, que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem o exercício direto da repressão contra elas (porque acreditam que isso é inevitável, ou que é “dos males o menor”, ou a “vontade suprema”, ou porque nem percebem a exploração (Mandel, 1985, p.333/334).

As políticas sociais fariam parte das estratégias do Estado para cumprir com a primeira e a terceira função, ou seja, proporcionar as condições necessárias à produção e ser instrumento de integração e de consenso. Portanto, as políticas sociais se constituiriam em medidas de caráter compensatório e, em alguns casos, distributivas, tendo como objetivo contribuir para a normalidade social e política, necessária à manutenção e expansão desta formação societária.

As políticas sociais, circunscritas às democracias liberais, mesmo quando aludem ao seu objetivo de diminuir a desigualdade social, contribuem para a sua conservação, pois a igualdade de que tratam é a de oportunidades e não a igualdade real de toda a sociedade. “No âmbito da democracia liberal, a desigualdade social, a dominação de uma classe social sobre outra, pode ser admitida desde que esteja assegurada a igualdade da cidadania. Como consequência da ordem burguesa e do capitalismo, a cidadania revela-se indispensável à continuidade da desigualdade social, e não entra em conflito com ela” (Vieira, 1992, p. 71/74).

Para a ideologia liberal, as diferenças sociais existentes são legítimas e salutares; elas seriam necessárias como estímulo à competição entre os indivíduos. A partir de condições mínimas iniciais iguais, cada um, de acordo com a sua capacidade, sua competência, suas qualidades individuais e esforço próprio, teria as mesmas possibilidades de se sobressair, de ser o melhor, de tornar-se um vencedor. Neste aspecto “é bem verdade que os velhos como os novos liberais nunca se preocuparam muito em discutir mais aprofundadamente a questão de como responder ao problema concreto de que nas sociedades reais, no ponto zero de suas reflexões, já existam imensas diferenças e desigualdades que nunca foram ou serão corrigidas, de forma a igualar as condições de partida para todos” (Fiori, 1997, p.203).

Ainda que se possa pensar em políticas sociais desvinculadas do Estado, uma análise que desconsidere a participação deste no processo de formulação e implementação de tais políticas seria limitada. No caso brasileiro, mesmo quando alguma ação compreendida como política social, tenha se dado por meio de outras instituições ou organizações que não o Estado, houve a participação deste, quer através do financiamento direto, pelo repasse de verbas públicas, por incentivos fiscais ou pelo suporte burocrático-

institucional. Neste sentido, mesmo não sendo adepta do *estatismo*⁵ no trato das políticas sociais, não é possível ignorar que a configuração, e as mudanças na estrutura de poder ou nas funções do Estado, tem implicações decisivas para estas políticas. Daí a necessidade de se compreender quais as características do Estado brasileiro, seu papel na dinâmica capitalista, suas funções e a lógica a elas subjacente. Uma lógica que se manifesta nas modalidades de intervenção nos problemas que são de interesse dos mais distintos atores sociais; na forma de relacionamento entre os poderes instituídos e os diferentes segmentos da sociedade; na identificação das prioridades estabelecidas por ele e de quem efetivamente delas se beneficia e, na racionalidade que conduz à tomada de decisões, identificando o predomínio do caráter técnico, econômico, legal, social e/ou político-ideológico.

Quanto às características assumidas pelo Estado brasileiro, as quais serão detidamente analisadas no quarto capítulo, pode-se antecipar com base em Fiori (1988), que a exemplo dos demais Estados periféricos, embora erodidos em sua soberania nacional, “seguem tendo em mãos recursos de poder suficientes, do ponto de vista do acondicionamento monetário e jurídico dos espaços de acumulação, e de submetimento das populações, que os mantêm como locus onde se desdobram e especificam as lutas de classe e a competição capitalista...” (p. 109).

O estudo das políticas sociais contribui também para revelar as modalidades de intervenção do Estado em questões que são do interesse dos diferentes segmentos da sociedade, e ao mesmo tempo, ajuda a desvelar certas facetas da ação governamental que, se não de forma explícita, implicitamente expressam as concepções, as intenções e as contradições presentes no modo de gestão do Estado.

Dependendo da compreensão das políticas sociais e da atribuição que se dê à elas no conjunto das ações do Estado, a formulação e o encaminhamento de um projeto de governo adquire características muito distintas, passíveis de serem identificadas através da história. Se essa compreensão estiver fundamentada no entendimento de que as políticas sociais relacionam-se com todos os aspectos da vida social, pode-se concluir que todas as políticas do Estado deveriam ser parte integrante das políticas sociais, inclusive as políticas econômicas.

⁵ Ponto de vista que analisa as políticas sociais colocando o Estado como o centro do processo, explicando as políticas sociais exclusivamente através de seu papel, sem considerar as demandas sociais por tais políticas, as quais requerem e impõem um determinado padrão de intervenção estatal.

Numa sociedade democrática, a política social deveria se sobrepor à política econômica, os bens públicos deveriam ganhar projeção e prioridade em relação aos bens privados. Entretanto, dependendo das características que as políticas sociais assumem e da relação que se estabelece entre o Estado, a economia e a sociedade, estas políticas se reduzem a propostas e programas emergenciais, que têm como único objetivo dar resposta à demandas imediatas de setores mais críticos da população.

Nos países periféricos, diferentemente do ocorrido nos “Estados de Bem Estar Social”, cuja ampliação e extensão das políticas sociais se deu no bojo da incorporação do planejamento moderado, de origem keynesiana, aqui elas parecem surgir e ser implementadas unicamente a partir de demandas e pressões imediatas, assumindo, ora o caráter de compensação, em face de reivindicações dos trabalhadores, ora com a marca da benevolência, quando se trata da população mais carente, que se encontra excluída do processo produtivo ou integrada a ele de forma marginal e sem poder de pressão. Além disto, as políticas sociais, nos países periféricos, freqüentemente não são progressivas e nem acompanham o crescimento econômico; pelo contrário, a tendência é de que em momentos de grande crescimento econômico, quando os trabalhadores estão relativamente “satisfeitos” e não mobilizados para reivindicar, as políticas sociais tornam-se desprezíveis e, em momentos de pouco crescimento econômico e de crise, quando aumenta a massa de desempregados, diminui o salário e há ameaça de instabilidade social, apesar de fugazes e transitórias, as políticas sociais apresentam alguns ganhos. Entre nós, são exemplos de períodos de ampliação das políticas sociais os anos 30 e os anos 80, exatamente quando o país enfrentava sérias crises econômicas.⁶ Por outro lado, nos anos setenta, período do “milagre econômico”, com intenso crescimento da economia nacional, os investimentos em políticas sociais mantiveram-se no mesmo patamar do período anterior.

O caráter compensatório e restrito das políticas sociais, característico de países periféricos como o Brasil, são compreensíveis a partir da análise do modo como o capitalismo se desenvolveu e se consolidou nestes países, ou seja, das bases que sustentaram a fase final da consolidação da ordem capitalista. No Brasil este processo se deu com o incremento da industrialização, ocorrido, sobretudo, no período dos anos 30 aos

⁶ Pesquisa feita por Tavares e Monteiro (1994), aponta uma melhoria em vários indicadores das condições de vida da população brasileira nos anos 80, apesar da estagnação econômica experimentada pelo país neste período.

anos 60 deste século, revelando os traços e as tendências particulares deste modo de desenvolvimento. “Segundo os paradigmas econômicos e sociológicos, a industrialização é um processo pelo qual o modo de produção capitalista se constitui plenamente numa determinada formação social, já que é o momento em que o capital atinge a área da produção, revoluciona as forças produtivas e altera globalmente a ordem vigente” (Xavier, 1995, p. 15).

Contudo, aqui o processo de industrialização não logrou alterar radicalmente a ordem vigente, tanto pelas características de dependência que assumiu, como pela forma com que se adaptou às estruturas oriundas das formas primitivas de dominação existentes e, às formas avançadas de dominação capitalista internacional. Até porque na configuração da nova divisão internacional do trabalho, bastava aos países centrais que as economias periféricas deixassem de ser apenas produtoras de gêneros agrícolas e consumidoras de produtos manufaturados, para se transformarem em produtoras de bens industriais de consumo e consumidoras de bens de capital.

Para Xavier (1995), o processo de industrialização que ocorreu neste período, provocado por fatores externos e internos ligados a superação da primeira divisão internacional do trabalho, consolidou aqui um capitalismo dependente, uma vez que este processo se deu em condições artificiais de crescimento, mediado pelo Estado, sem que tivéssemos desenvolvido internamente todos os elementos necessários à sua efetivação; como o conhecimento científico e tecnológico, a formação de mão-de-obra qualificada, poupança interna e, um mercado interno capaz de sustentar o crescimento industrial; tornando-nos assim dependentes da importação de tecnologias, da importação de capitais e de mão-de-obra qualificada e, dependentes do mercado externo.

Se parte desses elementos foram superados, como por exemplo a formação de mão-de-obra qualificada, outros permanecem, como a dependência tecnológica, a dependência do capital internacional e do mercado externo, apesar de que neste caso a forte concentração de renda permitiu a emergência de um mercado interno restrito, capaz de sustentar certos setores da produção industrial mas, para os demais setores, continua a dependência da exportação de seus produtos. Esta “nova ordem”, que se configurou neste processo, produziria a um só tempo crescimento econômico e miséria social, com a marginalização de grandes contingentes populacionais do consumo e da produção de bens,

à medida em que, “o rápido avanço tecnológico propiciado pela importação tenderia crescentemente a reduzir a incorporação de mão-de-obra, antes que outros mecanismos de absorção estivessem desenvolvidos, gerando o subemprego no setor terciário e o inchaço do serviço público”(Xavier, 1995, p.18). O que contribui para a formação de uma classe trabalhadora frágil e o descaso do Estado com as políticas sociais.

No campo político, este período de consolidação do capitalismo brasileiro foi marcado por alternância entre regimes autoritários, principalmente quando a classe trabalhadora se mobilizava para reivindicar, e regimes de democracia formal, nos momentos em que havia uma certa “tranquilidade social” ou quando a organização popular ganhava poder de pressão e barganha, que aconteceu sobretudo nos períodos de crise econômica e em momentos de cisão no poder.

No processo de desenvolvimento do capitalismo, sobretudo nos países centrais, as políticas sociais foram vistas, em períodos de expansão, como necessárias para a reprodução da classe trabalhadora e como elemento que poderia contribuir para o estabelecimento de um padrão de sociabilidade e adesão à uma certa norma social de consumo, decisiva para o processo de acumulação.⁷ Isto, no entanto, não impediu que nos momentos de crise orgânica do capital, elas fossem postas em xeque naqueles países e abortadas nos países periféricos, com uma tendência em privatizar serviços sociais, na tentativa de se apropriar do “potencial valor de uso que eles contém” e ampliar o leque de possibilidades para o investimento do capital. Para Campos (2000) “os bens e serviços, as práticas ou políticas sociais, são apenas meios com valor de uso potencial, com capacidade potencial de assegurar atendimento de algumas necessidades”.⁸

No estudo das Políticas Sociais, a análise deve buscar ultrapassar os aspectos técnico-operacionais envolvidos e contemplar também as questões político-ideológicas que as constituem. Muitas vezes, os projetos e programas propostos pelos governos não

⁷ O *Welfare State*, por meio da política do pleno emprego com o pleno emprego, da seguridade social e, em menor medida, com a redução das desigualdades, proporcionou, pela primeira vez, um mercado de consumo de massas e bancou um “pacto aceitável entre patrões e empregados”, estabelecendo em torno de si um território de legitimação das relações de classe e servindo para assegurar, por um longo período, o ciclo de amadurecimento e expansão do fordismo (Lopes, 1999, p. 213).

⁸ Para aprofundamento desta questão ver discussão feita por Gastão Wagner de S. Campos no livro: *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*, em especial o capítulo que trata da *Reconstrução Conceitual e prática do trabalho: O resultado do trabalho: a produção de valor de uso e o atendimento de necessidades sociais*. (Campos, 2000, p. 48-65).

refletem demandas sociais gerais da sociedade, mas demandas de grupos e facções que compõem as alianças e dão sustentação ao governo; ou ainda, tais propostas podem constituir-se apenas em instrumentos para criar uma base social de apoio, necessária à imposição de reformas que a elite dirigente julga necessário realizar. Parece ser este o caso do sempre recorrente discurso que condiciona a solução das mazelas da sociedade a implementação de reformas setoriais e/ou administrativas. Este discurso tem como pressuposto um *politicismo*, ora ingênuo, ora cínico, que coloca a política com absoluta autonomia em relação ao econômico, em que bastariam políticas adequadas e um bom desempenho institucional/administrativo para que os diversos problemas da sociedade fossem resolvidos. Esta visão idealista extrai a prática política do mundo real, eliminando seus condicionantes sociais, ideológicos e econômicos. A crença na reforma administrativa,

é quase um pensamento secularizado, não só no âmbito dos diferentes grupos da técnico-burocracia que compuseram os quadros governamentais anteriores e na vigência da ditadura militar, mas também é sempre resgatado pelos intelectuais conservadores que subsidiam os programas de desenvolvimento econômico-social, quando solicitados pelos mais diversos grupos que já foram (e são) governantes neste país. A reforma administrativa, encarada nos seus mais diversos aspectos, é a solução mágica que sempre orientou as táticas governamentais brasileiras. A concepção idealista de que mudando ou redefinindo o aparelho estatal atinge-se melhores “padrões” de bem-estar social tem sido a mola mestra dos discursos oficiais. Por esse caminho, já teríamos alcançado o Nirvana - com e apesar deles (Menezes, 1993, p. 39).

Outra forma de encarar as políticas sociais, é acreditar que através delas seja possível resolver o problema da desigualdade social, no atual sistema econômico, transformando as políticas sociais em instrumento de redistribuição da riqueza.⁹ Esta interpretação, denominada de *redistributivismo*, parece desconsiderar a natureza do

⁹ Defensor desta visão, Abranches (1994, p.10), concebe as políticas sociais como “parte, precisamente, do processo estatal de alocação e distribuição de valores. Está portanto, no centro do confronto entre interesses de grupos e classes, cujo objeto é a reapropriação de recursos, extraídos dos diversos segmentos sociais, em proporção distinta, através da tributação”.

capitalismo em qualquer de suas fases, que é de um constante processo de acumulação e não de redistribuição; de uma crescente desigualdade, entre as nações e no interior delas, e não da solução deste contraste e; de um aumento progressivo da miséria e não da sua redução. Engana-se quem quer resolver os problemas sociais unicamente a partir da circulação (distribuição e consumo), quando em realidade a origem do problema está na esfera da produção, onde de fato ocorre a apropriação da riqueza. Portanto, um projeto que queira ser radical na distribuição, tem que ir à raiz do problema, revolucionando a produção e seus meios.

Os projetos redistributivistas, no marco das sociedades capitalistas, estão condicionados à dinâmica de desenvolvimento destas sociedades. Determinados avanços em termos de conquistas sociais, experimentados em momentos de expansão do capital, como o *Welfare State* em parte da Europa, o *Estado previdenciário* nos EUA - Estados Unidos da América, ou mesmo a ampliação da cobertura previdenciária e de assistência médica em países da América latina como o Brasil, são contestados nos períodos de estagnação econômica e de crises que se seguem aos períodos de expansão.

O projeto redistributivista é claramente limitado. Do contexto de estagnação econômica ensejado a partir de fins da década de 60, emergem elementos que infirmam o alcance destas proposições. São eles: a *supercapitalização* com sua pressão ostensiva em favor da mercantilização de mais e mais setores da vida social; a tensão sobre a destinação dos recursos estatais aprofundada pela *crise fiscal*; a tendência de deterioração das instituições democráticas; a presença das concepções meritocráticas neoliberais, contrárias ao *welfare* protetor e defensor dos direitos sociais universais; a dificuldade de organização do sujeito político contra-hegemônico. Todas estas características, impulsionam pelo aprofundamento das antinomias estruturais do modo de produção capitalista na sua fase tardia, somadas a um outro elemento central - a crise do *socialismo real* -, configuram uma moldura amplamente desfavorável às políticas redistributivistas, tanto do ponto de vista econômico quanto político (Behring, 1998, p. 24).

Compreende-se também que as políticas sociais contribuem para a reprodução da força de trabalho, naquilo que caracteriza as condições gerais de produção e socialização dos custos desta reprodução. Mas, como as políticas sociais são contingenciadas pela lei de acumulação, é de se esperar que num momento em que o capitalismo se rearticula em um novo padrão de produção e organização de suas bases produtivas, dispensando uma grande quantidade de braços, músculos e corpos saudáveis, as políticas sociais e os projetos redistributivos tendem a ser contestados. Se isto é verdadeiro para os países centrais, não se pode dizer o mesmo sobre a realidade nacional, sendo um traço histórico do capitalismo dependente que aqui se desenvolveu, pois este nunca precisou incorporar à produção grandes contingentes populacionais, ao contrário, sempre teve disponível um enorme exército de reserva e não precisou criar um grande mercado consumidor interno. Isto se refletiu nas políticas sociais, permitindo ao Estado brasileiro negligenciar a distribuição de renda e a melhoria das condições de vida da população, fatores fundamentais para a reprodução da mão-de-obra e para o consumo.

Se considerarmos que as políticas sociais historicamente originaram-se do acirramento da relação entre capital e trabalho, manifestada, de um lado pela busca desenfreada de obtenção de lucro, através da exploração do trabalho assalariado nas fábricas e indústrias no século XIX, na Inglaterra, e de outro, pelo reconhecimento dos trabalhadores da impossibilidade de produzir e reproduzir a sua vida material nas condições em que se encontravam, podemos compreender por que a formulação e a implementação de qualquer política social depende, em muito, do poder dos grupos que exercem pressão sobre os governantes.

Na história nacional, salvo em conjunturas específicas, sempre foi típico do Estado brasileiro o descaso com as políticas sociais, em face das fragilidades da nossa classe trabalhadora, da forma de inserção dependente na dinâmica internacional e do papel que o Estado assumiu no processo de desenvolvimento econômico. Se esta é uma característica histórica do processo de desenvolvimento que aqui ocorreu, agrava-se muito frente a conjugação de uma forte crise econômica, política e social, que ora vivenciamos, debilitando ainda mais a organização e a mobilização popular com capacidade de reivindicar e exigir uma intervenção governamental mais favorável ao conjunto dos trabalhadores. Segundo Fiori (1988), este quadro é agravado quando se constata que as

crises das últimas duas décadas, provocadas pelo processo de endividamento externo e seus desdobramentos, mudou a face do Estado brasileiro, “condenando-o à impossibilidade de cumprir com as responsabilidades tradicionais de qualquer governo como os serviços urbanos, a educação, a saúde, etc.”.

Contudo, as contradições da sociedade brasileira tem feito com que emirjam tensões em vários setores sociais, exercendo pressão sobre o governo e questionado determinadas relações, particularmente as que se estabelecem com alguns organismos internacionais como o Banco Mundial¹⁰ e o FMI. Apesar das contestações e da pressão que sofre, o governo brasileiro parece que segue definindo suas políticas a partir de propostas que não emergem do debate interno da sociedade, mas que são advindas de um poder supranacional, vinculado ao capital internacional. Tais propostas têm encontrado eco em boa parte da burocracia do Estado, em certos intelectuais e na elite política e econômica deste país. Sobre a questão do poder supranacional, Hobsbawn afirmaria que,

no final deste século, não se podia prever o ritmo no qual avançariam as tomadas de decisões supranacionais. Apesar disto, certamente avançariam, e era possível ver como operariam. Já operavam, através dos gerentes de banco globais das grandes agências internacionais de empréstimos, representando os recursos conjuntos da oligarquia dos países mais ricos, que também por acaso incluíam os mais poderosos. À medida que aumentava o fosso entre ricos e pobres, parecia que aumentava o espaço para o exercício desse poder global (Hobsbawn, 1995, p. 556).

¹⁰ O Banco Mundial, como é conhecido atualmente, compõem-se de um conjunto de instituições criadas em momentos distintos e com funções específicas, sendo o BIRD - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, o primeiro a ser criado, em 1945 logo após a Segunda Guerra Mundial, tendo como objetivo inicial ajudar na reconstrução dos países europeus assolados pela guerra. A CFI - Corporação Financeira Internacional (1956), criada para apoiar o fluxo internacional de capital privado para os países “em desenvolvimento” e para participar do setor privado desses países; a AIF - Associação Internacional de Fomento (1960), possui as mesmas funções e utiliza a mesma estrutura administrativa do BIRD, mas seus empréstimos são outorgados em condições altamente concessionárias para os países mais pobres; CIADI - Centro Internacional de Arranjo de Diferenças relativas de Investimento, criado em 1966, fomenta o fluxo de investimentos oferecendo mecanismos de conciliação e arbitragem de diferenças entre governos e os investidores estrangeiros; OMGI - Organismo Multilateral de Garantia de Inversões (1988), criado com o propósito de ajudar os países em desenvolvimento a atrair capital estrangeiro, oferecendo proteção aos investidores frente aos riscos políticos como moratória, guerra, perturbações políticas, descumprimento de contratos ou mudanças de moeda. Neste trabalho utilizarei o termo Banco Mundial de forma genérica,

A institucionalidade deste poder supranacional se materializa, fundamentalmente, em organismos como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional - FMI. Estes Organismos, com funções distintas, mas complementares, têm procurado estender seu alcance e seu poder de influência a diversos setores e campos de atuação. Apesar de o Banco Mundial ser “*la mano visible del programa del capitalismo de libre mercado ‘sin limites’*”¹¹ (George & Sabelli, 1994, p. 326), está longe de incorporar as leis do *laissez faire* como princípio para si, muito pelo contrário, tem assumido uma postura intervencionista e normativa nos países que “pretende desenvolver”, constituindo-se em formulador de políticas econômicas e sociais para estes países.

Contudo, este “poder global” não tem se revelado com a mesma intensidade em todo o mundo capitalista. Nos países centrais, cuja história consolidou um Estado Democrático, a aceitação das orientações dos organismos que representam este poder, se subordina às diretrizes das políticas governamentais daqueles países ou se colocam a serviço deles. Já nos países periféricos e dependentes, a implementação de políticas que emanam de instituições internacionais como o FMI, Banco Mundial, BID- Banco Interamericano de Desenvolvimento, etc. é muito mais evidente e direta. Isto não significa que as propostas, hoje defendidas por estes Organismos, foram formuladas em primeira instância e idealmente nestas instituições para serem posteriormente aplicadas linear e mecanicamente pelos governos dos países periféricos. Muitas das diretrizes e conceitos que compõem o conjunto das orientações destas instituições foram extraídos de processos históricos concretos e de discussões que atravessaram décadas, promovidas e alavancadas por movimentos sociais dos mais diversos matizes ideológicos e em diferentes países e regiões. Contudo, cabe atribuir o “mérito” à estes Organismos, através de seu *staff* e de seus consultores espalhados pelo mundo, pelo processo de reconceituação realizado e pela “readequação” metodológica e ideológica de certos conceitos aos novos tempos de rearticulação capitalista.

A “intervenção” externa, que se verifica atualmente nos mais diversos níveis e setores da ação estatal brasileira, possibilitada pelo *aceite negociado* e como parte integrante das condicionalidades para a obtenção de empréstimos externos, mostra o grau

independente do período a que estiver me referindo. Quando surgirem questões específicas relacionadas a empréstimos, designarei a instituição responsável no interior do Banco.

¹¹ “a mão visível do programa de capitalismo de livre mercado ‘sem limites’”.

de dependência do país em relação ao capital internacional, enraizado nos países centrais, ao mesmo tempo em que revela a faceta imperialista com que estes países têm procurado manter sua hegemonia e influência em determinadas regiões do mundo. A possibilidade de uma inserção mais equilibrada de países periféricos como o Brasil, na dinâmica capitalista internacional, aparentemente em processo durante as décadas de bom desempenho da economia nacional, parece ter sucumbido frente à realidade deste final de século. Segundo Goldenstein, o que foi se revelando aos nossos olhos e mentes nas últimas décadas é que

os processos internacionais têm uma “autonomia” no seu impacto sobre as regiões periféricas maior do que supúnhamos. Assim como as regiões periféricas têm menos “autonomia” em suas decisões do que supúnhamos. As “velhas” discussões dos anos 50 sobre dependência, imperialismo, importância dos “fatores externos”, as possibilidades de autonomia do crescimento, que haviam sido desqualificadas, voltam à ordem do dia; são mais do que nunca, pertinentes(...) [o que] nos obriga a retomar a reflexão sobre os determinantes do desenvolvimento do capitalismo nos países periféricos, cuja dependência, principalmente tecnológica e financeira, salta aos olhos neste momento de inflexão no âmbito internacional (Goldenstein, 1994, p. 55).

O imperialismo, em suas mais diversas manifestações, tem se revelado uma necessidade histórica do capitalismo, decorrente de suas próprias contradições e necessidade de expansão, especialmente no que se refere à tendência de redução das taxas de lucro, resultado da crescente concorrência intercapitalistas, e dos problemas para a obtenção de mais - valia, decorrentes da substituição cada vez mais ampliada da força de trabalho, pelas diferentes formas de tecnologia. Daí que “O imperialismo não é uma questão de escolha para uma sociedade capitalista: é seu modo de vida” (Magdoff, 1978, p. 22). No entanto, do ponto de vista das sociedades dominadas, cabe destacar a importância da análise a partir da noção de “dependência estrutural”, um processo que se verifica nos países periféricos, resultante do imperialismo exercido pelas sociedades dominadoras.

No “capitalismo tardio”¹² observa-se o fenômeno do neocolonialismo, onde a exploração dos países periféricos não se caracteriza mais pelo domínio político exclusivo da metrópole sobre a colônia e pela pilhagem direta, mas pela troca desigual, caracterizada pelo domínio do mercado capitalista internacional, sobre países exportadores de matérias-primas e de produtos com baixo valor agregado, dependentes financeira e tecnologicamente, e governados por classes políticas profundamente condicionadas pela estrutura da dependência econômica.

Concernente a isto, tem especial importância a política neocolonialista praticada após a Segunda Guerra Mundial, de forma mais intensa e direta pelos EUA. Sua atuação deu-se inicialmente através de relações bilaterais, deslocando a partir da década de 70 para as relações multilaterais, estabelecidas entre organismos internacionais, como o Banco Mundial e o FMI, com os países periféricos.

O problema era que, desde a década de 70, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, politicamente apoiados pelos EUA, vinham seguindo uma política sistematicamente favorecedora da economia de livre mercado, empresa privada e livre comércio global, que servia à economia americana de fins de século XX tão bem quanto servira à britânica de meados do século XIX, mas não necessariamente ao mundo (Hobsbawm, 1995, p. 556).

Estes organismos, em seus mais de 50 anos de atuação, e em especial nas três últimas décadas deste século, têm exercido papel fundamental no processo de expansão capitalista, através da internacionalização do sistema financeiro e por meio das condicionalidades impostas aos países que solicitam seus empréstimos. Contudo, o desenvolvimento e a atuação destes organismos, em particular o Banco Mundial, não foi homogêneo durante todo o período de sua existência. Houve inflexões significativas nos seus objetivos e na sua atuação, decorrentes das mudanças na relação que se estabelece entre os países centrais e periféricos; da dinâmica assumida pelo capitalismo após a

¹² Conceito cunhado por Ernest Mandel (1982) para caracterizar o capitalismo internacional após a Segunda Guerra Mundial. Segundo este autor, o capitalismo passou por três fases: a livre-concorrência, o imperialismo clássico e o capitalismo tardio. Nesta fase, além da incorporação de elementos das fases anteriores

segunda guerra mundial e, em face das crises cíclicas que este modo de produção enfrenta, impondo sérias restrições à reprodução da vida material e espiritual dos povos.

Nos 55 anos de existência do Banco Mundial, em determinados momentos históricos, as suas estratégias de ação foram redirecionadas em função de conjunturas econômicas, políticas e/ou sociais. O objetivo inicial desta instituição era de contribuir para a reconstrução física e econômica dos países europeus, no imediato pós-guerra. Após cumprir parcialmente com esta função, dedicou-se, a partir da década de 50, ao crescimento econômico dos países “subdesenvolvidos” ou “em desenvolvimento”, financiando inicialmente projetos de infra-estrutura e, mais tarde, também em áreas produtivas. Sua preocupação, a partir de finais da década de 60, sobretudo no plano retórico, esteve centrada na satisfação das necessidades humanas básicas e no combate à pobreza, muito embora concretamente a prioridade de investimentos permanecesse sendo a infra-estrutura.

A ênfase na satisfação das necessidades básicas e no combate à pobreza, questão que se relaciona diretamente a aspectos de saúde, aparece como uma questão central para o Banco, associada à questão do desenvolvimento econômico e da segurança externa. Há indicativos de que isto ocorreu a partir da constatação de que o crescimento econômico ocorrido nos países periféricos desde os anos 50 e nos anos 60, não tinha sido acompanhado de uma melhoria na qualidade de vida das pessoas; ao contrário, houve um aumento da pobreza e das desigualdades sociais em todo o mundo. O próprio presidente do Banco Mundial, em 1972, reconhecia que *“En la mayoría de los países en desarrollo estos incrementos no han llegado a los pobres en grado significativo asta ahora, a pesar de que durante los anos sesenta se alcanzaran tasas medias de crecimiento sin precedentes”*¹³ (McNamara, 1972, p.1067).

Avaliava-se que esta situação poderia conduzir à instabilidade social, preocupação manifestada em diversos momentos pelo então presidente do Banco Mundial Robert Strang McNamara. Como por exemplo, em 1968, na Argentina, ao falar para a Sociedade Internacional de Imprensa alguns meses após a sua posse: *“Me preocupa la rigidez de algunos sistemas sociales, en los que la masa de los habitantes es pobre y pocos son ricos,*

(exploração das colônias e semicolônias), em decorrência dos monopólios e da revolução tecnológica, ocorre uma justaposição industrial global de setores dinâmicos e setores “subdesenvolvidos” num mesmo ramo.

*com escasas posibilidades para los más de salir de esse estado de pobreza”*¹⁴ (McNamara, 1968, p.2); na Reunião Anual de Governadores do Banco Mundial e do FMI, em Washington em 1972, “*No se trata de un Los pocos descontentos y resentidos. Se trata de cientos de millones de personas desesperadamente pobres dispersas por todo el mundo en desarrollo. Se trata del 40% de poblaciones enteras, al que el desarrollo sencillamente no alcanza de una manera efectiva. Sus países están creciendo en términos económicos brutos, pero en términos humanos sus vidas continúan estancadas*”¹⁵ (McNamara, 1972, p.1068), ou em discurso na XXXII Assembléia Anual de Governadores em Washington em 1977: “certamente, o que é uma péssima economia é permitir que o cultivo da pobreza cresça e se difunda no seio de uma nação, a tal ponto que comece a infectar e erodir todo o tecido social. A pobreza na sua pior forma, é como um vírus que contagia a amargura, o cinismo, a frustração e o desespero”.

Nos anos 80, em função da crise da dívida externa sofrida pelos países periféricos, o foco de ação do Banco Mundial foi dirigido para os programas de ajuste estrutural e setoriais. Finalmente, na década de 90, retoma-se com grande ênfase o discurso do combate à pobreza e da necessidade de promover não só o crescimento econômico dos países “em desenvolvimento”, mas também o desenvolvimento social, que se daria mediante à integração de todos os países ao mundo globalizado.

O discurso atual, manifestando preocupação com a questão da pobreza e do desenvolvimento social parece ser, de um lado a tentativa de responder às acusações e constatações de que os empréstimos para programas de ajuste estrutural, fornecidos pelo Banco Mundial aos países “em desenvolvimento”, desde o início da década de 80, contribuiu para piorar o quadro social dessas sociedades, e de outro, o envolvimento com questões sociais possibilitaria à esta instituição ampliar seu leque de ação para outros setores, justificando a sua própria existência e aumentando o seu poder e campo de intervenção, conforme os seus próprios dirigentes admitem: “*Su excelente solvencia*

¹³ “Na maioria dos países em desenvolvimento, estes ganhos não têm chegado aos pobres em grau significativo até agora, apesar de que durante os anos sessenta alcançaram-se taxas médias de crescimento sem precedentes”.

¹⁴ “Preocupa-me a rigidez de alguns sistemas sociais, nos quais a grande maioria dos habitantes é pobre e poucos são ricos, com escasas posibilidades para a maioria sair deste estado de pobreza”.

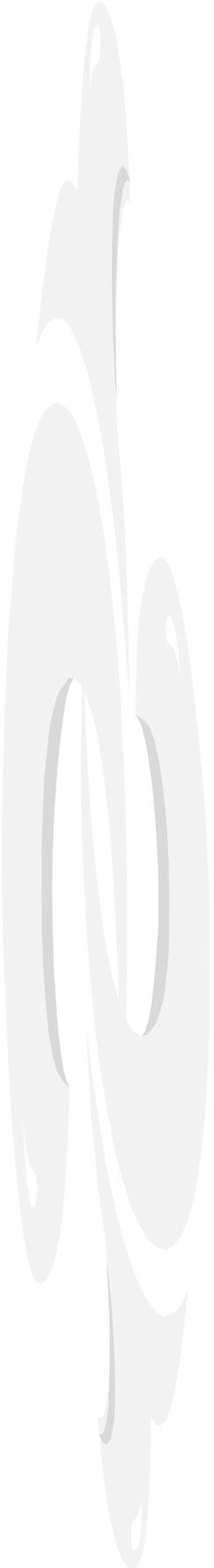
¹⁵ “Não se trata de alguns descontentes e ressentidos. Trata-se de centenas de milhões de pessoas extremamente pobres dispersas por todo o mundo em desenvolvimento. Trata-se de 40% de populações

*financiera y su acceso a los mercados mundiales de capital permiten al Banco invertir ampliamente en las diversas comunidades, en sectores que van de la salud, la educación y medio ambiente a la infraestructura y la reforma de políticas”*¹⁶ (Banco Mundial, 1995a, p.1).

As pretensões de atuação/intervenção explicitadas ou não em documentos do Banco Mundial não ocorrem mecanicamente, sem contrapontos e de igual forma em todos os países e setores, mas que esta instituição exerce uma influência e muita pressão na definição das políticas nacionais isto é inegável. Cabe, então, investigar o nível e o grau dessa atuação/intervenção, que nem sempre são explicitados e denunciadas por quem efetivamente participa do processo decisório.

inteiras, que o desenvolvimento não alcança de uma maneira efetiva. Esses países estão crescendo em termos econômicos brutos; porém, em termos humanos as suas vidas continuam estancadas”.

¹⁶ “Sua excelente solvência financeira e seu acesso aos mercados mundiais de capital permitem ao Banco investir amplamente em diversas comunidades, em setores que vão da saúde, a educação e o meio ambiente à infra-estrutura e a reforma de políticas”.



CAPÍTULO 1

O BANCO MUNDIAL E A IDEOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO: MEIO SÉCULO DE HISTÓRIA

1.1 O CONTEXTO HISTÓRICO EM QUE EMERGE O BANCO MUNDIAL

Embora a saúde só apareça como objeto de interesse político-ideológico e de investimento do Banco Mundial no final da década de sessenta, é necessário resgatar a história desta instituição, anteriormente a este período. Isso tanto para localizar historicamente esta instituição, como para compreender as disputas e os poderes envolvidos na sua própria constituição, definição de políticas e estratégias de ação; poderes estes, que com raras mudanças, permanecem os mesmos.

O Banco Mundial surgiu no bojo do esforço empreendido pelos futuros vencedores da Segunda Guerra Mundial, para estabelecer um arcabouço institucional multilateral, que assegurasse a estabilidade social e econômico-financeira no pós-guerra e garantisse um comércio internacional sem fronteiras. O desejo dos líderes de um mundo destruído pela guerra era de *“no volver a caer nunca más en las ‘depreciaciones competitivas de moneda, imposición de restricciones al cambio, cuotas de importación y otros instrumentos que sólo habían ahogado el comercio’ y hundido al planeta de cabeza en el conflicto más devastador de todos los tiempos”*¹ (George & Sabelli, 1994, p. 30).

Os EUA capitaneavam as discussões, tendo particular interesse em criar condições para uma “porta aberta”² à expansão de sua economia. Este país havia se beneficiado nas duas contendas mundiais pelo fato de estar distante e não ter sido destruído fisicamente pelas Guerras, o que possibilitou o desenvolvimento de uma economia com capacidade de organização e de expansão da produção como nenhum outro, tornando-se o maior fornecedor de arsenal bélico e de produtos essenciais, que abasteceriam os exércitos dos aliados. Este país saiu da Segunda Guerra como a maior economia mundial, convicto de

¹ “não voltar a cair nunca mais nas depreciações competitivas de moedas, imposição de restrições ao câmbio, cotas de importações e outros instrumentos que só haviam asfixiado o comércio e conduzido o planeta ao conflito mais devastador de todos os tempos”.

² Termo que expressa a política externa do governo americano a partir do final dos anos 40 e nos anos 50, que compreendia uma série de atos e práticas políticas e diplomáticas, visando a sua segurança externa e a ampliação de espaços para a difusão de seus excedentes econômico-financeiros.

que era fundamental a recuperação das economias européias destroçadas pela guerra, tanto para a sua própria consolidação enquanto império econômico, como para evitar o avanço do comunismo. A dinâmica que se estabeleceu no pós-guerra, contribuiu para expandir e disseminar os princípios da produção fordista para os países europeus e outras regiões, o qual era muito mais do que uma nova base técnica de produção, mas constituía-se em um “novo padrão civilizatório” (Lopes, 1999, p.208).

A partir disso, pode-se pensar que a mobilização empreendida por meio de políticas e planos para a reconstrução material dos países europeus, não decorria de uma ação humanitária dos EUA e aliados, mas sobretudo, da compreensão que se tinha de que os povos não suportariam outro período de calamidade, semelhante ao vivido entre 1914 e 1945, cujo resultado foi o surgimento do fascismo, que “teve várias máscaras, mas é inegável que em sua essência ele representou o drama da vingança do político contra as pretensões de autonomia do econômico” (Beluzzo, 1995, p. 11).

O período compreendido entre as duas Grandes Guerras mundiais foi caracterizado por Eric Hobsbawm (1995), como uma “era de catástrofes”. Neste espaço de tempo, além destas Guerras, ocorreu uma onda de revolução global e uma crise econômica mundial, seguida de uma depressão que abalou todas as economias capitalistas. O impacto desta era de contendas se estendeu à totalidade das dimensões da vida, envolvendo todos os cidadãos e mobilizando a maioria, impondo enormes tensões à força de trabalho, com momentos de extensa mobilização de mão-de-obra e outros de dispensa maciça de trabalhadores. nesta “era”, revolucionou-se a administração e promoveu-se o desenvolvimento tecnológico, sem contar o impacto humano deste período. Neste campo, houve um retorno e um aumento da brutalização, com a execução das maiores atrocidades, “democratizou-se” a guerra, tornando alvos tanto militares como civis, promoveu-se as maiores crueldades impessoais, já que “matar e estropiar se tornou a consequência de uma decisão remota de apertar um botão ou girar uma alavanca”, gerando com isto, milhões de refugiados e apátridas, sem contar com a morte de outros milhões em campos de concentração, em batalhas diretas ou em decisões “operacionais” a distância (Hobsbawm, 1995, p. 57).

Se a experiência da Primeira Guerra Mundial e das décadas que se seguiram havia sido dramática, como explicar, então, a segunda guerra nas proporções em que se deu. De fato, os resultados da Primeira Guerra Mundial não impediram a segunda, pelo contrário, a

gestaram. A paz punitiva, “culpa de guerra” imposta à Alemanha, no final da Primeira Grande Guerra, através do Tratado de Versalhes, debilitou ainda mais as poucas possibilidades de restaurar a Europa estável do início do século. A tentativa de instituir um consórcio das grandes potências, na “Liga das Nações”, para dirimir diplomaticamente as divergências entre os Estados Nacionais, estava fadada ao fracasso com a recusa de participação dos EUA, que naquele momento já se constituíam em uma grande potência mundial.

O ressentimento dos derrotados, em especial a Alemanha, que caracterizava como injusto e inaceitável o tratado estabelecido,³ associado à insatisfação do Japão e da Itália, na partilha que se deu após a Primeira Guerra, alimentado por um contexto de crise dramática da economia mundial, possibilitou a subida ao poder, na Alemanha e no Japão, de forças políticas de extrema direita, decididas a romper de qualquer forma e com quaisquer armas a situação estabelecida. Dentre outras razões, a insatisfação política interna destes três países e a sua disposição à agressão, foram fatores decisivos para desencadear a Segunda Guerra Mundial; entretanto, não foi somente o brio ferido que motivou esta guerra, mas fundamentalmente a conjuntura econômica internacional, vivida nos anos 20 e 30 deste século, que estava marcada por um capitalismo,

... cada vez mais poderoso em sua capacidade de criar e destruir, de transformar a concorrência em monopólios, de praticar o protecionismo, de arrasar as moedas nacionais, de causar o desemprego de homens e a paralisação de máquinas. Revelaram também estes anos loucos e trágicos que as sociedades podem reagir à violência cega e desagregadora das leis econômicas com as armas da brutalidade, do voluntarismo político e da impiedosa centralização das decisões (Belluzzo, 1995, p. 11).

³ O Tratado de Versalhes impunha reparações fantasiosas à Alemanha, pagamentos dos custos de guerra, estipulado, em 1921, em 33 bilhões de dólares, que a obrigava a realizar altos empréstimos junto aos EUA. O referido tratado privava a Alemanha de ter uma marinha e uma força aérea efetivas, limitava seu exército a 100 mil homens, impunha a ocupação militar de parte da Alemanha e a privava de todas as suas antigas colônias no ultramar (Hobsbawm, 1995, p. 41).

Neste sentido, as forças que haviam combatido o fascismo na Segunda Guerra, sabiam que era fundamental estabelecer mecanismos de controle para o capitalismo da grande empresa e para o capital financeiro, limitando os megapoderes privados oriundos do liberalismo reinante, que havia conduzido o mundo capitalista ao colapso econômico, à Grande Depressão do final dos anos 20 e início dos anos 30 e à Segunda Guerra Mundial. Se a Grande Depressão, foi tributada à aplicação da ortodoxia do livre mercado, cujos princípios ficaram desacreditados na época, só a “incrível memória curta dos economistas teóricos e práticos” dão conta de explicar o seu ressurgimento, com tanta energia, nas últimas décadas deste século (Hobsbawm, 1995, p.107).

As conseqüências políticas imediatas da Grande Depressão⁴ e da Segunda Guerra foi a destruição temporária ou o refluxo imposto ao liberalismo econômico por meio século, além da obrigação impingida aos governos ocidentais em priorizar as questões sociais em relação as econômicas, quando do estabelecimento de suas Políticas de Estado. Os perigos em não proceder desta forma era uma radicalização à esquerda ou à direita (Hobsbawm, 1995).

Estava claro que para a manutenção da paz, os acordos e estratégias que deveriam ser estabelecidos no segundo pós-guerra, não poderiam cometer os mesmos erros do primeiro. A paz não seria duradoura se permanecessem os mesmos ressentimentos, ou outros de caráter político, econômico ou social. Esta certeza impunha a realização de ações concretas para a recuperação e reinserção, na economia mundial, dos países destruídos pela Guerra.

As forças sociais e os homens de poder incumbidos de reconstruir as instituições capitalistas do pós-guerra estavam prenhes desta convicção. Para evitar a repetição do desastre era necessário, antes de tudo, construir uma ordem econômica internacional capaz de alentar o desenvolvimento, sem obstáculos, do comércio entre as nações, dentro de regras monetárias que garantissem a confiança na moeda-reserva, o ajustamento não deflacionário do balanço de pagamentos e o

⁴ O drama da Grande Depressão foi potencializado pela forma com que a União Soviética se comportou diante da crise. Enquanto os países capitalistas ocidentais viam sua economia se estagnar ou retroceder, a URSS vivia um processo de industrialização fabuloso com a aplicação dos “Planos Quinquenais”, estratégia

abastecimento de liquidez requerido pelas transações em expansão. Tratava-se, portanto, de erigir um ambiente econômico internacional destinado a propiciar um amplo raio de manobra para as políticas nacionais de desenvolvimento, industrialização e progresso social (Belluzzo, 1995, p. 11/12).

As negociações para criar instituições capazes de gerar uma nova ordem econômica internacional, que culminaria com a Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, conhecida como “Conferência de Bretton Woods”,⁵ começaram em dezembro de 1941. Harry Dexter White, auxiliar do Secretário de Fazenda americano Henry Morgenthau, homem de confiança do Presidente Roosevelt, e Jonh Maynard Keynes, representante do governo britânico, foram os homens escolhidos para esta tarefa. Logo após a assinatura da “carta de Atlanta”⁶ pelo presidente americano e pelo primeiro ministro britânico, em agosto de 1941, Keynes e White foram incumbidos de esboçarem uma planificação para a política econômica internacional do pós-guerra. Roosevelt, antes de assinar a referida carta e entrar definitivamente na guerra, disse a Churchill, que para construir e manter a paz era necessário acabar com os acordos especiais entre a Grã-Bretanha e suas colônias e promover a igualdade entre os povos, o que, segundo ele, implicaria no livre comércio entre todos. A resposta que obteve de Churchill foi de que embora isto acabasse com o império Britânico não tinha outra alternativa. Após este “diálogo” foi assinada a carta, onde um dos pontos principais era de que depois da guerra *“todos los países, grandes o pequeños, victoriosos o vencidos, deberán tener acceso en igualdad de condiciones a los mercados y a las materias primas del mundo que requieran para su prosperidad económica”*⁷.

A disputa entre EUA e Grã Bretanha pelo predomínio na economia mundial, que já vinha acontecendo desde o primeiro pós-guerra,⁸ manifestou-se também no debate acirrado

que foi posteriormente plagiada e adotada por quase todos os países liberais ou nacionalistas do ocidente e mesmo do oriente.

⁵ Este encontro, ficou conhecido por este nome, porque foi realizado em Bretton Woods, uma pequena cidade americana do Estado de New Hampshire, em julho de 1944.

⁶ Acordo que selou a entrada dos EUA no Bloco dos Aliados na Segunda Guerra mundial.

⁷ “todos os países, grandes ou pequenos, vitoriosos ou vencidos, deveriam ter acesso em igualdade de condições aos mercados e às matérias primas que necessitassem para a sua prosperidade econômica”.

⁸ O momento inicial em que a Grã Bretanha mostrou uma certa debilidade em sua hegemonia econômica em nível mundial, ocorreu com a queda do “padrão ouro”, adotado pela legislação bancária inglesa em 1821 e irradiado para muitos países, tendo especial importância entre 1870 e 1913, período em que a Grã Bretanha

entre os seus representantes, e no encaminhamento das propostas na Conferência de Bretton Woods.

Este evento serviu para deixar claro o propósito compartilhado de propugnar por um desenvolvimento econômico mais equilibrado e multilateral, mas também demonstrou as divergências que já separavam as concepções norte-americana e inglesa, as quais voltariam a emergir com maior força em plena discussão dos planos Keynes e White. Estes documentos se situaram em uma mesma linha de princípios baseados na necessidade do equilíbrio e da multilateralidade das relações econômicas internacionais. Não obstante, diferem no seu conteúdo e na sua instrumentação (Lichtensztein & Baer, 1987, p. 27).

O Plano Keynes (inglês) e o Plano White (americano), apresentavam divergências fundamentais em duas questões. A primeira era quanto ao padrão monetário internacional, ou seja, o meio de pagamento internacional e a estratégia de regulação de sua quantidade, e a segunda, relacionava-se à forma de realizar os ajustes nas balanças de pagamentos dos países associados. No que se refere à primeira questão, as opções colocadas era a da criação de outra forma de dinheiro “o bancor”, proposta por Keynes, ou restabelecer o padrão-ouro,⁹ defendido por White. Quanto à segunda questão-chave em disputa, apesar das duas propostas preverem a eliminação das restrições e práticas cambiais discriminatórias no comércio internacional, os mecanismos de ajuste nas balanças de pagamentos, segundo a proposta americana, só seriam aplicados aos países deficitários, dessa forma, os EUA, país

tinha hegemonia econômica e imperava no mundo do ponto de vista da indústria, do comércio e político - militar. Com a Primeira Grande Guerra, ocorreu uma redefinição na estrutura econômica mundial, pois a economia americana e a alemã, fundadas em novas bases de produção, ganharam competitividade e impuseram perdas na posição da Grã Bretanha. “Na esfera financeira, a suspensão da convertibilidade em ouro de quase todas as moedas durante o conflito bélico, a inflação generalizada e a existência de novas práticas creditícias atuaram em detrimento do padrão ouro - esterlina” (Lichtensztein & Baer, 1987, p. 22). A Grã Bretanha acabou abandonando este padrão em 1931.

⁹ O “padrão ouro” - referencial das relações e das políticas financeiras internacionais, representava um conjunto de regras relativas a criação e a circulação do dinheiro em dois níveis, no âmbito nacional e internacional sintetizados nos seguintes princípios: Em nível nacional, 1) emissão do dinheiro baseado no ouro, que admitia a utilização de moedas desse metal ou notas cobertas por uma garantia proporcional e 2) reconhecimento da livre conversão das notas ao ouro que as garantia, fossem os seus portadores nacionais ou estrangeiros. E em nível internacional, 1) o pagamento das transações seria por intermédio do ouro, o qual podia ser livremente exportado e importado e 2) as relações de câmbio entre moedas nacionais seriam

superavitário, não precisaria submeter suas políticas econômicas às regras do ajuste. O que Keynes defendia era a existência de mecanismos corretores globais para todos os países membros, independente de sua situação quanto às suas receitas e despesas. Nas duas questões, os participantes da Conferência de Bretton Woods, definiram-se pela proposta americana, já confirmando a hegemonia deste país na referida conferência, e também no cenário internacional. A aprovação da proposta americana, no que se refere ao equilíbrio nas balanças de pagamentos, trouxe resultados danosos para os países periféricos com sérias repercussões até os dias atuais, pois impõe o peso dos ajustes econômicos depressivos, somente aos países deficitários que recorrem ao FMI para sanar sua balança de pagamentos, ao passo que países como os EUA, que têm enormes déficit em sua balança de pagamentos, não estão submetidos às mesmas regras. Este mecanismo tem contribuído para aumentar o fosso entre os países ricos e os países pobres (Lichtensztein & Baer, 1987).

Durante a Conferência de Bretton Woods, através do Plano White, os EUA recuperaram o ouro como instrumento de reserva internacional, encobrando um privilégio americano, uma vez que sozinhos possuíam 70% das reservas de ouro em nível mundial¹⁰ e também por ser um dos poucos países com superávit em sua balança de pagamentos, portanto, era o único país que poderia manter a convertibilidade de sua moeda em ouro, o que tornaria o dólar a moeda de reserva obrigatória no sistema financeiro internacional¹¹ (Lichtensztein & Baer, 1987, p. 25).

Entre as propostas e mecanismos apresentados na Conferência de Bretton Woods, estava previsto a criação de instituições que viabilizassem o novo processo de relações internacionais. Do ponto de vista americano, estas instituições deveriam garantir o livre comércio sem discriminação para seus produtos, um clima favorável para a iniciativa privada investir no exterior, e o acesso sem barreiras às matérias primas que necessitassem. As discussões que antecederam à referida Conferência, previam a criação de um Fundo Monetário Internacional - FMI e, possivelmente, um banco internacional. Em Bretton

efetuadas na proporção do seu conteúdo de ouro, enquanto tal conteúdo não se modificasse, ou seja, até que não se produzisse uma desvalorização o tipo de câmbio tendia a ser fixo (Lichtensztein & Baer, 1987, p.18).

¹⁰ Em 1928, os EUA possuíam 55% das reservas mundiais de ouro, aumentando significativamente no período da guerra.

¹¹ Este sistema monetário internacional encerrou em agosto de 1971, quando os EUA, unilateralmente, decretaram o fim do *gold exchange standart*, para resolver o problema da explosão da sua dívida federal e do crescente déficit da balança de pagamentos, que obrigava a criação desenfreada de meios monetários para

Woods, Harry Dexter White presidiu a Comissão I, encarregada de formular o acordo do FMI e John Maynard Keynes ocupou-se, durante a última semana da Conferência, da coordenação da Comissão II, responsável pela discussão do banco internacional (George & Sabelli, 1994).

O FMI era considerado a instituição mais importante e mereceu a atenção e o interesse de todos durante a maior parte do evento. A tarefa inicial desta instituição foi definida como sendo de “promover a estabilização das moedas no plano internacional proporcionando ajuda para financiar os *déficit* temporais da balança de pagamentos e estimulando a eliminação progressiva das restrições cambiais e a observação de normas internacionais de gestão financeira comumente aceitáveis” (Banco Mundial, 1974, p.3).

De outra parte, o banco internacional que teria funções restritas a exercer, basicamente assumindo a responsabilidade em conceder empréstimo e ser um instrumento para mobilizar e garantir o capital privado, necessário à reconstrução dos países destruídos pela guerra, só foi objeto de discussão na última semana da Conferência de Bretton Woods. Apesar desta secundarização, Keynes parecia ter objetivos mais amplos para o banco, deixou isso claro, quando definiu seu nome - BIRF - Banco Internacional de Reconstrução e Fomento, com pretensões de ampliar as suas funções para além da “reconstrução”, Ele queria um banco que estimulasse também o desenvolvimento dos países membros, referindo-se aos países não desenvolvidos (George & Sabelli, 1994).

O Banco Internacional de Reconstrução e Fomento - BIRF, passou a ser designado por BIRD - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento e hoje compõe junto com outras instituições financeiras afiliadas o que se conhece por Banco Mundial. O convênio constitutivo deste Banco foi assinado em 27 de dezembro de 1945 por representantes de 29 países, iniciando suas operações em 25 de junho de 1946, é uma instituição internacional de caráter corporativo, cujo capital social pertence integralmente aos governos membros. A inovação que o Banco Mundial apresentaria em termos de concessão de empréstimos internacionais, estaria em que cada um dos países membros se constitui em avalista e responsável por todos os financiamentos realizados, mesmo aqueles feitos por empresas privadas, nacionais ou multinacionais, desde que localizadas no seu

financiar a emissão de bônus do Tesouro, tornando insustentável a manutenção da paridade dólar-ouro. (Chesnais, 1996, p. 248).

território. Teoricamente o montante de empréstimos acumulados por um país não pode ultrapassar o total de seu capital subscrito no Banco.

Como no momento da criação do Banco Mundial, os EUA eram o único país com reservas em dinheiro, cuja rede bancária possuía alta liquidez, os fundos para o Banco foram compostos, em sua grande maioria, por recursos deste país, conseqüentemente, a definição dos princípios constitutivos e as regras de financiamento, apresentados pelos delegados americanos prevaleceu.

Cabe ainda assinalar que negociações feitas na Conferência de Bretton Woods, resultaram em um acordo tácito entre os participantes, o qual previa que um cidadão americano ocuparia o cargo de presidente do Banco Mundial e, um europeu, o de Diretor Gerente do FMI, acordo que tem se mantido até os dias atuais. Legalmente, quem deveria eleger o presidente do Banco Mundial seriam os diretores executivos, ou seja, os representantes de cada país membro que tem voto proporcional à quantidade de ações. Na prática, porém, o diretor executivo que representa os EUA, apenas comunica aos seus companheiros de conselho a pessoa indicada pelo governo americano para ocupar o cargo.

Nas últimas décadas, apesar de uma aparente retração americana no cenário internacional como “superego” do mundo, em face da inevitável divisão de poderes com outras nações centrais, várias instituições internacionais, dentre elas o Banco Mundial, permanecem sob forte influência e domínio americano, influência que tem se mantido por diversos mecanismos e por diferentes estratégias. Podemos citar como exemplo, a necessidade de chancela do governo americano para a indicação do presidente desta instituição; o predomínio de cidadãos americanos na cúpula e no *staff* do Banco; a utilização majoritária de empresas americanas de consultoria, que avaliam a viabilidade técnica e econômica dos projetos que serão financiados pelo Banco Mundial, direcionando, assim, a aquisição de bens de capital e insumos à empresas americanas; ou mesmo a utilização de ameaças, pelo governo americano, em diminuir ou retirar sua contribuição financeira para os Fundos do Banco.

Além disso, o Banco Mundial parece ter, para uma qualificada parcela de americanos, um significado suficientemente forte a ponto de sensibilizá-los e mobilizá-los a criarem entidades com o objetivo de defender esta instituição. Podemos citar o atuante grupo denominado de “Comitê Bretton Woods”, que congrega cerca de 400 altas

personalidades americanas do mundo político, empresarial e acadêmico como ex-presidentes, secretários de Estado, políticos, chefes de multinacionais, de bancos privados, reitores, professores e alguns dirigentes sindicais, ONGs e representantes de fundações. Foi a partir de um evento patrocinado por este grupo, com o objetivo de discutir a dívida do terceiro mundo, que o então secretário de fazenda americano Nicholas Brady, assimilando a agenda daquele encontro, lançou o *Plano Brady*, em março de 1989, o qual propunha a idéia de securitização da dívida externa, combinando a concessão de dinheiro novo com a redução da dívida e a realização de reformas. Este plano serviria, a partir de então, de marco para as renegociações da dívida externa dos países periféricos.

Outra evidência da influência dos EUA nas políticas e estratégias do Banco Mundial, anterior ao *Plano Brady*, foi a proposta que James Baker apresentou na Assembléia Anual do Banco Mundial e do FMI, realizada em Seul em 1985. A proposta previa a criação de um fundo a ser administrado pelo Banco Mundial, cujos recursos seriam destinados aos países mais endividados; em troca, estes países deveriam aderir às políticas de ajuste, realizando as reformas estruturais com base no receituário neoliberal. Reconhecia-se, através do *Plano Baker*, como ficou conhecida esta proposta, a necessidade de um fluxo de dinheiro novo, de origem oficial e privada, que viabilizasse o crescimento econômico dos países endividados (Teixeira, 1993, p.174).

1.2 A TRAJETÓRIA POLÍTICA E INSTITUCIONAL DO BANCO MUNDIAL

Apesar das pretensões de Keynes, o Banco Mundial, nos seus primeiros anos de existência, não desempenhou papel relevante na dinâmica capitalista internacional. Sua atuação foi limitada, tanto no objetivo de financiar a reconstrução dos países assolados pela guerra, como na função de promover o desenvolvimento econômico dos países membros. Aspectos de ordem econômica e política foram decisivos para esta limitação inicial do papel e funções do Banco Mundial, que se mostrou quantitativa e qualitativamente inferior à ação dos EUA. Destaca-se o clima de tensão que a Europa Ocidental vivia nos anos seguintes à Segunda Grande Guerra e o risco dos EUA tornarem-se “uma ilha capitalista em oceano socialista”. O avanço soviético no leste europeu e as vitórias dos partidos

comunistas no ocidente, ameaçavam a manutenção da política imperialista que os EUA tentavam imprimir ao resto do mundo capitalista. Essa realidade fez com que o governo americano, em março de 1947, apresentasse a “Doutrina Truman”, segundo a qual aquele governo se dispunha a ajudar financeiramente os países que se decidissem a lutar contra o comunismo. Após dois meses do lançamento desta doutrina política, os governos de coalizão da França e da Itália foram dissolvidos e os partidos comunistas foram excluídos da aliança.

Na conjuntura do período pós-guerra, tanto a Grã - Bretanha como os demais países da Europa Ocidental, não acreditavam que a sua recuperação se desse por meio de empréstimos do Banco Mundial, mas sim, por meio de recursos oriundos diretamente de acordos bilaterais com o governo americano. Concretamente, isto se deu através de empréstimos diretos americanos, concedidos em 1946 e, posteriormente, pelo Plano Marshall em julho de 1947, que se constituiu em um ousado projeto para a reconstrução dos países europeus, mais tarde incluindo também a Alemanha e o Japão. Os recursos deste plano, que se encerrou em 1955, tinham mais o caráter de concessão do que de empréstimos, e superaram em muito o montante fornecido pelo Banco Mundial. “Enquanto o Banco Mundial emprestou menos de 800 milhões de dólares até 1954, os créditos e doações norte - americanos amparados pelo Plano Marshall atingiram a cifra de 46,8 bilhões de dólares em igual período (dos quais 26% foram de ajuda militar)” (Lichtensztein & Baer, 1987, p. 140).

Ao fim da Segunda Grande Guerra, pela primeira vez na história, os EUA tinham condições concretas para assumir a liderança econômica/política internacional, porém, precisavam barrar o avanço do comunismo que se apresentava como alternativa ao sistema político-econômico vigente e ampliar o mercado de consumidores de seus produtos. Para a expansão do mercado mundial, seria fundamental que as condições econômicas das regiões “subdesenvolvidas” do mundo fossem melhoradas. A estratégia encontrada para isto, constituiu-se na execução de uma política externa centrada em cooperações bilaterais, utilizando-se de programas de assistência técnica e de estímulos para que a iniciativa privada investisse nestas regiões.

Na área da saúde, uma experiência marcante de programa de cooperação bilateral Brasil - EUA, foi o SESP - Serviço Especial de Saúde Pública, criado em julho de 1942.

Este programa, segundo o relatório de James Asper, Coordenador do Centro de Publicações Técnicas da Missão Norte-Americana de Cooperação Econômica e Técnica no Brasil – USAID, “destinava-se a contribuir para a vitória final dos aliados”, uma vez que à ele cumpria “promover condições de saúde e saneamento em zonas onde a borracha e, posteriormente, a mica e o quartzo pudessem ser obtidos para o esforço de guerra(...), materiais estratégicos necessários à defesa do hemisfério”. Resolvido o problema imediato na região amazônica, a experiência do SESP serviu de “base para uma cooperação mais ampla na área da saúde e em outros aspectos técnicos, nos programas de segurança mútua do pós-guerra” (Asper, 1963, p.10/11/14),.

No governo de Harry S. Truman, conforme mencionado anteriormente, por meio de sua doutrina política de segurança externa, foi lançado um amplo programa de ajuda bilateral que pretendia tornar os “*benefits of our scientific advances and industrial progress available for the improvement and growth of underdeveloped areas*”¹² (Truman, Historic Documents on the Presidency, s/d., p.294).

Outro importante programa americano de ajuda bilateral para países da América Latina foi implementado no período de 1961 – 1974, em grande medida motivado pela Revolução Cubana de 1959 e pela repercussão política deste processo em outros países da América Latina. Trata-se do programa conhecido como *Aliança para o Progresso*, que foi apresentado no Uruguai, em agosto de 1961, pelo então presidente dos EUA, Jonh Kennedy e ratificado na *Carta de Punta del Este*; consistindo em um tratado envolvendo os EUA e os dezenove países latino-americanos, excluindo Cuba. A semelhança do Plano Marshall na Europa, a “Aliança” tinha como objetivo promover o desenvolvimento da América Latina. Contudo, “a despeito dos proclamados propósitos, documentos da época atestam, inequivocamente, que o acento do programa era a *estabilidade* e a *segurança* da região.(...) A invenção do desenvolvimento estava relacionada à guerra fria, inscrevendo o Terceiro Mundo no campo de batalha ideológica das grandes potências” (Leher, 1998, p.55/56/195). As operações da Aliança encerraram-se em 1974, quando o perigo comunista já parecia estar afastado, interrompendo-se, então, o suporte financeiro.

¹² “benéficos avanços científicos e progresso industrial disponíveis para aprimorar o crescimento nas áreas subdesenvolvidas”.

Estes dados mostram que durante as primeiras décadas do pós-guerra, as relações bilaterais de ajuda para o desenvolvimento, preponderaram em relação às multilaterais. Agências internacionais, como o Banco Mundial, só passaram a desempenhar um papel mais significativo neste processo à medida em que houve um aumento na quantidade de países “subdesenvolvidos” como seus membros, resultado do processo de descolonização da África e Ásia e quando ocorreu um redirecionamento na política de ajuda americana, particularmente após a administração Eisenhower, quando a “racionalidade da ajuda bilateral dos Estados Unidos inclinou-se para fins de segurança nacional”, transferindo a responsabilidade da ajuda para o desenvolvimento dos países periféricos aos organismos multilaterais (Lichtensztein & Baer, 1987, p.141).

Atribui-se esta mudança, na política americana, não só à estabilização da guerra fria, mas também pela progressiva situação deficitária da balança de pagamentos daquele país. Além disto, contribuiu para a ampliação das ações dos organismos multilaterais, a crítica feita, no Relatório Pearson, quanto à desigualdade na distribuição de recursos que as “ajudas” bilaterais poderiam promover em função das preferências regionais. Acrescente-se a estes fatores, que a aceitação de condicionalidades impostas por instituições internacionais, multilaterais, aparentemente neutras, pareciam menos constrangedoras aos prestatários do que quando isto ocorre numa relação direta, bilateral com outro país. Esta conjuntura, contribuiu para que o Banco Mundial, no final da década de 50, redirecionasse seus interesses para o desenvolvimento/crescimento econômico dos chamados países “em desenvolvimento”.

A partir dessa mudança de foco, é possível identificar quatro marcos significativos na trajetória do Banco Mundial. O primeiro está associado a gestão de Roberto Strang McNamara na sua presidência (1968-1981), quando modifica-se sobremaneira as perspectivas de ação desta instituição, ao incorporar à sua prática de financiamento voltada para a infra-estrutura, notadamente transporte e energia, o discurso enfático do combate à pobreza em escala mundial.

Quando McNamara assumiu a presidência do Banco Mundial, pairava uma certa desilusão em relação a possibilidade do desenvolvimento dos países periféricos, em face de que os esforços despendidos pelos países centrais em destinar recursos, via agências multilaterais de crédito para promover o desenvolvimento dos países “atrasados”, não

havam alcançado os resultados esperados. Tanto não havia melhorado o perfil de distribuição de renda internamente nestes países, como o crescimento ocorrido em alguns deles, não fez diminuir a distância que os separava dos países desenvolvidos.

O redirecionamento das políticas do Banco Mundial, ocorrido na gestão de McNamara foi resultado, em grande medida, de sugestões contidas no Relatório Pearson.¹³ Este relatório apontou para a necessidade de ampliação das tarefas e ações do Banco Mundial, enfatizando a necessidade de que se considerassem os processos de mudanças na economia mundial, na política internacional e nos desequilíbrios sociais existentes nos países “em desenvolvimento”.

Isto significa recusar disparidades extremas e aviltantes nos padrões de vida, como as que agora existem de nação para nação e em cada país de per si (...). Os países pobres do mundo optaram pelo desenvolvimento, não importa o que se faça ou o que se deixe de fazer em plano internacional. Eles estão resolvidos a perseguir uma vida melhor para si mesmos e para seus descendentes. As únicas dúvidas são: com que rapidez, com que meios e a que preço, para eles e para o mundo, pode o desenvolvimento ser alcançado; e se tem ele um objetivo claro e tangível (Pearson, 1971, p. 20/21).

A partir das críticas contidas no referido relatório e dos problemas sociais que marcavam o cenário internacional, passou-se a enfatizar a necessidade de que os países “em desenvolvimento” também se preocupassem com a “satisfação das necessidades básicas” e o “combate à pobreza”, referindo-se especialmente ao controle populacional. Neste sentido, pode-se dizer que nos anos 70, a ação do Banco “caracterizou-se pela diversificação setorial

¹³ Este relatório é o resultado de um estudo sugerido por George Woods e viabilizado por McNamara, realizado por uma “Comissão do desenvolvimento Internacional”, composta por pessoas “bem versadas nas questões mundiais e acostumadas a influenciá-las”, cuja função era analisar “os últimos esforços de ajuda do Banco e extrair lições para o futuro” (McNamara, 1974: 5). A comissão foi composta por Roberto de Oliveira Campos, brasileiro; Edward Doyle do Reino Unido; C. Douglas Dillon dos EUA; Wilfried Guth, da Alemanha Ocidental; W. Arthur Sennis, da Jamaica; Robert E. Maryolin, da França; Sabure Okita, do Japão e coordenada por Lester B. Person, ex - primeiro ministro e Prêmio Nobel da Paz. De novembro de 1968 à outubro de 1969, esta comissão e mais 14 técnicos realizaram extenso trabalho de estudo, análise, encontros regionais e consultas à outras organizações internacionais, governos, líderes empresariais e financeiros, avaliando os primeiros 20 anos de atuação do Banco, na cooperação econômica internacional para o desenvolvimento e, fazendo recomendações para intervenções futuras (Pearson, 1971).

dos empréstimos, assumindo destaque o início da atuação do Banco no financiamento a projetos de investimento na área social” (Gonzalez, 1990, p. 28).

O segundo marco nas ações do Banco ocorreu a partir do início da gestão de Clausen na presidência (1981 - 1986), e foi determinado por dois fenômenos significativos:

por um lado pela ascensão de governos conservadores nos países membros hegemônicos, notadamente EUA e Inglaterra, os quais criticam abertamente o Banco Mundial como uma vasta burocracia que desperdiçava recursos em empréstimos sem retorno e de interesse de elites governamentais do terceiro mundo, e por outro, pela crise internacional de endividamento. É nesse contexto que as ações do Banco se voltam para a questão do ajuste estrutural das economias endividadas e para as reformas setoriais compreensivas (os chamados structural adjustment loans e os policy based loans) - cuja contrapartida fundamental é a politização, e conseqüentemente maior visibilidade, das intervenções do Banco (Melo & Costa, 1995, p.25).

A crise financeira internacional e a crise da dívida externa, que assolou os países periféricos nos anos 80, decorrente da associação dos “choques do petróleo” de 1973 e 1979¹⁴ e da postura unilateral dos EUA em aumentar os seus juros com a conseqüente valorização do dólar e aumento das dívidas dos países periféricos, contribuiu para que o Banco Mundial assumisse um papel de intermediador entre os credores internacionais e os países devedores, redefinindo a sua política de empréstimos que antes se limitava ao financiamento de projetos, para outras formas de financiamento, que possibilitassem desembolsos mais rápidos, ou seja, os programas de ajuste estrutural e os projetos para setores específico. Tais programas e projetos, contribuiria para os processos de renegociação e pagamento da dívida externa e para a redefinição de políticas nacionais. O Banco Mundial avaliava que os acordos de empréstimos de caráter mais abrangentes teriam maior repercussão e efeitos mais amplos no redirecionamento do padrão de desenvolvimento econômico dos países prestatários.

¹⁴ Os denominados “choques do petróleo”, caracterizam-se, por um extraordinário aumento dos preços deste produto, que se deu a partir da decisão dos países árabes de embargar o seu embarque durante a guerra de Yom Kippur (Ugá, 1994, p.2).

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

O terceiro marco significativo na trajetória do Banco Mundial, é mais de caráter interno e está relacionado com a ruptura ocorrida na forma de gestão desta instituição. Isto se deu em 1987, com a implantação do “Plano de Reorganização” durante a gestão de Baber Conable (1986 - 1991).

Quando el ex congresista republicano Baber Conable tomó posesión de la presidencia del Banco, el 1 de julio de 1986, heredó una crisis. La gente de Reagan consideraba el Banco una institución despilfarradora en lo económico y cobarde en lo político. Según estos neoconservadores, el Banco estaba subvencionando burocracias gubernamentales en todo el mundo, incluyendo a muchas que eran culpables de la peor herejía: el proteccionismo¹⁵ (George & Sabelli, 1994, p. 163).

Reagan que havia assumido o governo dos EUA em 1981, e desde lá vinha criticando as políticas e formas de gestão do Banco Mundial, “professava uma inabalável crença nos valores da iniciativa privada, via com maus olhos o dirigismo ainda reinante na América Latina - não obstante a reconversão liberal da Argentina e Chile - e julgava poder

¹⁵ Quando o ex-congressista republicano Baber Conable assumiu a presidência do Banco em 1º de julho de 1986, herdou uma crise. O pessoal de Reagan considerava o Banco uma instituição desperdiçadora no econômico e covarde no político. Segundo estes neoconservadores, o Banco estava subvencionando

intervir, aberta ou veladamente, nos negócios internos dos países latino-americanos” (Araújo, 1991, p. 36/37).

Respondendo às pressões do governo Reagan, a gestão de Conable converteu “*la grasa en músculo*”, ou seja, fez com que a maquinaria do Banco Mundial entrasse plenamente nas engrenagens do ajuste estrutural com mãos de ferro, com a seguinte agenda política: “*introducir el ajuste estructural y el programa estadounidense en todo el mundo y convertir al Banco en un instrumento efectivo de esa misión, lo que era ni más ni menos que convertir el planeta al reaganismo*”¹⁶ (George & Sabelli, 1994, p. 164).

Conable em função das críticas do governo Reagan e da ameaça de suspensão do repasse de recursos pelos EUA, empenhou-se em promover uma profunda reestruturação na administração do Banco. Para isto criou um Comitê de Direção, composto por sete membros do Banco e três membros externos, incluindo McNamara. Este Comitê nomeou três grupos especiais para se ocupar: 1) da política, planificação e gastos; 2) das operações e 3) das unidades de apoio. O plano de reforma interna, previu a demissão em massa de todos os funcionários do Banco e, em seguida, num sistema de cascata, começando pelos vice-presidentes, escolhia-se os subordinados e estes aos seus subalternos, sucessivamente, até o último da hierarquia. A reorganização interna do Banco, decorrente deste trabalho, segundo um ex - chefe de divisão, “*mató todo sentido de la imparcialidad o de la equidad. Sobre el papel, el organigrama puede parecer racional, pero en el análisis final está basado en afinidades personales. La gente sabe que la clave es la lealtad*”¹⁷ (apud, George & Sabelli, 1994, p.171).

O quarto marco significativo nas políticas do Banco Mundial, teve início no final dos anos 80 e início dos anos 90, mais precisamente com a entrada de Lewis Preston na presidência do Banco Mundial (1991-1995), e foi marcada por uma reestruturação das ações do Banco a partir dos resultados do Informe Wapenhans, divulgado em 1991.¹⁸ Neste

burocracias governamentais em todo o mundo, incluindo muitas que eram culpadas pela pior heresia: o protecionismo.

¹⁶ “introduzir o ajuste estrutural e o programa estadounidense em todo o mundo e converter o Banco em um instrumento efetivo dessa missão, o que era nada mais nada menos que converter o planeta ao reaganismo”.

¹⁷ “acabou com todo o sentido de imparcialidade e equidade. No papel e no organograma pode parecer racional, porém na análise final baseia-se em afinidades pessoais. As pessoas sabem que a chave é a lealdade”.

¹⁸ Este informe que tem como título “Implantação efetiva: a chave para o impacto do desenvolvimento” foi uma incumbência dada por Lewis Preston, em fins de 1991, à Willi Wapenhans, um vice-presidente do

informe fez-se uma avaliação da eficácia de todos os projetos financiados pelo Banco, os problemas administrativos/operacionais, apontados no referido documento, revelaram que no conjunto, cerca de 20% dos projetos da carteira do Banco apresentavam problemas significativos; 37,5% tinham questões conflitivas; mais de 40% dos projetos de água, saneamento e agricultura tinham fracassado, e somente 22% dos prestatários respeitavam integralmente os acordos. Tais dados levaram à uma proposta de mudança de diretriz no interior do Banco, o qual deveria passar de uma “cultura de aprovação de projetos”, iniciada e consolidada no período de McNamara, para outra “inspirada no desejo de que os projetos funcionem realmente”.

A partir disso, compreende-se os vultosos recursos previstos nos acordos de empréstimos, destinados ao acompanhamento e avaliação dos projetos e programas que recebem financiamento do Banco Mundial. O valor designado para consultorias e despesas administrativas em alguns projetos ultrapassa a 10% do total do empréstimo alocado. No contrato de empréstimo realizado com o Brasil, referente ao REFORSUS - Reforço a Reorganização do SUS, de um total de U\$ 300.000.000 financiados pelo BIRD, U\$ 42.000.000 foram previstos para assessores, consultores e avaliadores.

No último período, com a comprovação empírica dos danos sociais e do fracasso da aplicação dos planos de estabilização do FMI e dos programas de ajuste do Banco Mundial,¹⁹ criou-se o consenso, no interior destas instituições, da necessidade de uma correção de rumo nas propostas de ajuste, na pauta de financiamento relacionada à promoção do desenvolvimento econômico e, na própria noção de desenvolvimento que acompanha o Banco Mundial desde a sua origem. Recupera-se, então, o antigo discurso da preocupação com a pobreza e introduz-se a discussão que tenta articular a questão do desenvolvimento/crescimento econômico com a preservação do meio ambiente – desenvolvimento auto-sustentado.

Banco, prestes a se aposentar, um “veterano homem de operações”, para dirigir um grupo especial cuja tarefa era “estudar o rendimento global dos empréstimos do Banco”.

¹⁹ Os danos dos programas de ajuste são confirmados no Relatório de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial de 1990, que afirma: “no curto prazo, alguns pobres podem perder”, e também, em 1995, este fato foi reconhecido pelo economista-chefe do Banco Mundial para a América latina, Sebastian Edwards, ao declarar que: “em alguns países os programas de ajuste estrutural têm sido excessivamente custosos e tem feito a distribuição de renda piorar, embora o custo de não fazer também seja alto”.

1.3 A NOÇÃO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO: REFERÊNCIA PARA AS AÇÕES DO BANCO MUNDIAL

Embora, em documentos do Banco Mundial, nunca tenham sido explicitadas de forma sistematizada, as bases conceituais que fundamentam as suas ações, dando a impressão de uma aparente liberdade teórica e ideológica, é possível, através da análise de pronunciamentos oficiais e de trabalhos realizados por seus técnicos ou consultores, identificar os referenciais teóricos que orientaram e orientam essa instituição. Mesmo não existindo um marco conceitual manifesto, todas as gestões administrativas do Banco, pautaram suas ações num pressuposto básico: o desenvolvimento. A lógica que sustentaria a atitude do Banco em disponibilizar recursos para induzir o crescimento/desenvolvimento dos países que não se desenvolveram “naturalmente”, fundamenta-se no pressuposto de que o *fator escasso* nestes países seria o capital, fundamental para estimular a utilização plena dos fatores de produção, potencialmente existentes neles.

A partir da emergência da questão do desenvolvimento, muito embora tenham ocorrido mudanças no discurso e na própria interpretação do que compreende este conceito, para o Banco Mundial e para um conjunto não limitado de economistas, cientistas sociais e políticos, o desenvolvimento é sinônimo de crescimento econômico, compreendido como a passagem de uma economia tradicional, eminentemente agrícola, para outra moderna, industrializada, favorecida por um processo de expansão quantitativa, por um contínuo progresso científico e tecnológico, aplicado à produção para fazer aumentar a produtividade, crescer o montante do capital e o PNB - Produto Nacional Bruto. Contudo, outros tantos estudiosos distinguem crescimento econômico de desenvolvimento, considerando este como um processo de transformação qualitativa das estruturas econômicas e sociais, uma humanização progressiva dos homens, só possível quando ao desenvolvimento material estiver associado o desenvolvimento humano.

Na cultura ocidental, a partir da época moderna, o progresso foi basicamente entendido como avanço incessante e inexorável do conhecimento científico, que permite o domínio crescente sobre a natureza e a sociedade. Enquanto no século XVIII os iluministas ainda não separavam o avanço científico da idéia de

aperfeiçoamento do gênero humano, no século XIX o progresso técnico e científico passa a ser visto como um fim em si mesmo, desvinculado de qualquer outro tipo de valor (Loureiro, 1999, p.47).

A teoria do desenvolvimento, uma aplicação da macroeconomia de inspiração keynesiana, elaborada a partir da década de 40 por intelectuais do mundo capitalista, tinha duplo sentido: se opor à teoria marxista e encontrar estratégias para que os países capitalistas desenvolvidos pudessem ajudar os países “atrasados” a encontrarem o caminho da industrialização e do “enriquecimento” (Singer, 1968, p.7). Nos dois sentidos, a noção de desenvolvimento, caracterizou-se como uma ideologia produzida para impedir a expansão do comunismo nos países periféricos.

O contraponto desta concepção, na América Latina, ganhou espaço a partir de 1949 com a publicação de um artigo de Raúl Prebisch, intitulado “o desenvolvimento econômico da América Latina e seus principais problemas”. Segundo este autor, os problemas econômicos da América Latina eram decorrentes da divisão internacional do trabalho, que concentrava, nos países centrais, a produção industrial, inibindo-a nos países periféricos. Pela primeira vez foi introduzido o conceito de “centro e periferia” com base na noção de desenvolvimento econômico, articulado ao progresso técnico. Goldenstein, estudando a “teoria da dependência”, como ficou conhecida desde então, afirma que,

do centro fariam parte as economias nas quais não só as técnicas capitalistas de produção penetraram primeiro como se difundiram homoganeamente para todos os setores produtivos, e da periferia, as economias que ainda usavam técnicas atrasadas de produção. Além de diferentes originariamente, centro e periferia manter-se-iam enquanto tais devido ao fraco dinamismo de seu setor exportador, que inviabilizaria elevadas taxas de crescimento e, mais ainda, devido às relações estabelecidas entre estes dois pólos, definidas por uma “deterioração dos termos de troca” que, por meio da alta dos preços dos produtos manufaturados e baixa dos primários, permitiria aos países centrais não só reterem o fruto de suas inovações tecnológicas como ainda captarem parte do gerado na periferia (Goldenstein, 1994, p.26).

Uma das tentativas para “encontrar o caminho” do desenvolvimento, promovido por países periféricos como o Brasil, foi o esforço de industrialização com base na substituição de importações, processo que singularizou o período do governo Vargas. Entretanto, este padrão de desenvolvimento “voltado para dentro”, fundado na Industrialização para a Substituição de Importações (ISI), foi condenado, tanto pelos governos dos países centrais, como por técnicos de organismos internacionais como o Banco Mundial, argumentando que esta política era destoante e prejudicava o clima econômico internacional. Justificavam as suas críticas, fundamentando-se na análises da “teoria das vantagens comparativas”, cuja tese era de que os países produtores de bens primários, não só não precisavam como não deveriam industrializar-se, pois suas mercadorias seriam menos competitivas internacionalmente pela menor eficiência da sua indústria, perdendo assim, as vantagens que o comércio internacional lhes daria para os produtos primários. Por outro lado, estes países deveriam incorporar novas tecnologias na produção de seus bens primários, especializando-se mais e produzindo melhor neste campo da economia.

Em diversos momentos de nossa história nacional, podemos constatar a incorporação da noção de desenvolvimento como substrato teórico para as políticas governamentais. Na década de 50, Juscelino Kubitschek empenhou-se em acelerar o crescimento econômico, através da industrialização do país e de seu Programa de Metas, combatendo os pontos de estrangulamento da economia, que no seu ponto de vista, localizavam-se na infra-estrutura. Justificava a sua preocupação predominante com os aspectos econômicos do desenvolvimento, como meio para conseguir “vencer o pauperismo, elevar o nível de vida, preparar o nosso povo para usufruir as conquistas da civilização contemporânea”. A promessa de desenvolvimento para todos contribuiu para garantir a ordem, uma vez que o desenvolvimento deveria se dar “dentro da ordem para garantir a ordem” (Cardoso, 1978, p. 94).

No início dos anos 60, Jânio Quadros empolgou o povo brasileiro com o sonho do “desenvolvimento nacional”, o qual defendia, como questão imperativa para o desenvolvimento pleno das nações, a liberdade no comando de seus destinos econômicos e políticos, sendo o colonialismo, em qualquer de suas versões, fator que impedia, ou na melhor das hipóteses, retardava o desenvolvimento. Como para ele o desenvolvimento só

poderia ocorrer nacionalmente, os países “subdesenvolvidos” deveriam organizar-se em blocos para promoverem o seu crescimento.

No período do regime militar, articulou-se a noção de desenvolvimento com a questão da segurança nacional, impingindo um padrão de desenvolvimento concentrador de renda, tendo como base o endividamento externo, e a transferência de recursos dos consumidores dos níveis mais baixo, para a população de renda média e alta, aumentando a capacidade de consumo de bens duráveis e sofisticados, em detrimento de produtos essenciais. Promoveu-se “o milagre brasileiro”, sem potencial interno para financiar este “desenvolvimento” e o seu padrão de consumo.

Estudos realizados por Gonzalez, mostram uma incompatibilidade entre as metas de longo prazo,

integrantes dos vários Planos de Desenvolvimento elaborados desde o pós-guerra, e as prioridades de investimento expressas na distribuição setorial dos empréstimos do Banco (...). Em que pese as características particulares da forma como se deu a industrialização do País, a sua inserção no contexto do capitalismo mundial fez com que as transformações operadas no âmbito global exercessem influência sobre suas prioridades de investimento para a obtenção do desenvolvimento a longo prazo²⁰ (Gonzalez et al., 1990, p. 151/150).

Finalmente, nos últimos governos, particularmente com Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso, a questão do desenvolvimento se associa ao discurso da necessidade de “modernização da economia”, caracterizado pela assimilação da agenda “neoliberal” e pela “nova” ordem econômica internacional, de um mundo “agora globalizado”.

A temática do desenvolvimento, apesar de sofrer modificações ao longo do tempo, as quais não alteraram seu núcleo conceitual, compôs o substrato teórico/ideológico das

²⁰ Para aprofundamento desta questão, ver o segundo capítulo do livro “O Banco Mundial e o Brasil: um diagnóstico das relações econômicas: 1949 – 1989” de Manuel J. F. Gonzalez et al. Trata da atuação do Banco Mundial nos projetos de investimento, relacionando com os vários planos de desenvolvimento nacional como o PAEG – Plano de Ação Econômica do Governo (1965), o PED – Plano Estratégico de Desenvolvimento (1968-1970), o I PND – Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento (1972-1974), o II

análises e estratégias do Banco Mundial na sua relação com os países membros e no fornecimento de empréstimos. Desde a sua origem, o Banco assumiu que havia sido criado para *“conceder e garantir préstamos con destino a proyectos productivos de reconstrucción y fomento(...). La principal función del Banco en la actualidad consiste en otorgar préstamos para proyectos productivos que contribuyan al crecimiento económico de sus países miembros menos desarrollados”*²¹ (Banco Mundial - AIF, 1971, p. 2).

Segundo Lichtensztein e Baer, a concepção de desenvolvimento, no interior do Banco Mundial, assumiu as seguintes características ao longo do tempo.

Até meados da década de 50, o desenvolvimento é entendido como crescimento econômico que requer ser apoiado em maior capital de infra-estrutura, financiado com poupança interna. No período seguinte (década de 60 e 70), a concepção continua formulada nos termos anteriores, mas os investimentos para o desenvolvimento - além dos de infra-estrutura - estendem-se ao campo industrial, agrícola e educativo. Finalmente na “era” de McNamara, a concepção do desenvolvimento já não se esgota no crescimento econômico. O Banco começa a sustentar que tal crescimento deve incluir aspectos sociais e políticos ligados à planificação familiar, à urbanização e ao desemprego (Lichtensztein & Baer, 1987, p.174/175).

A idéia propagada inicialmente pelo Banco Mundial de subordinação da questão do desenvolvimento social ao crescimento econômico, vinculava-se a crença de que à medida em que se promovesse o crescimento das economias dos países “em desenvolvimento”, estes passariam a desenvolvidos e, conseqüentemente, haveria uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, em função do aumento de empregos e salários, que o referido crescimento proporcionaria. Entretanto, a realidade se constituiu de forma diferente, o crescimento econômico experimentado por alguns países periféricos nos anos 60 e 70, promovido em grande parte com a ajuda do Banco Mundial, longe de representar uma

PND – Segundo Plano de Desenvolvimento Nacional (1975-1979) e o Plano de Metas da Nova República (1986-1989).

melhoria no padrão de vida das pessoas, contribuiu para acelerar a concentração de renda, ampliando a diferença entre as classes sociais, ao mesmo tempo em que aumentou a quantidade de pobres em todo o mundo e acentuou o fosso que divide os países ricos dos pobres. O recente relatório do BID (2000), denominado de “Progresso Econômico e Social na América Latina”, mostra que nos últimos 50 anos, a distribuição de renda nesta região consolidou-se como a pior do mundo, neste aspecto, o desempenho do Brasil foi particularmente ruim.

Essa realidade, já evidenciada no final dos anos 60, não impediu que a crítica apresentada, no Relatório Pearson (1971), quanto ao insucesso parcial do Banco Mundial em promover o desenvolvimento dos países “subdesenvolvidos”, fosse atribuída aos equívocos teórico/práticos e à incompetência político-administrativa destes países.

A cooperação para o desenvolvimento teve início com determinados preconceitos de ambos os lados.(...) O desenvolvimento era freqüentemente encarado pelas nações novas como a continuação econômica da luta política pela independência, como um meio de criar nova identidade nacional ou de romper com antigos vínculos restritivos (...). O desenvolvimento era também visto apenas como consequência simples da tomada de decisões pela cúpula. A necessidade vital, muitas vezes, da participação do povo no desenvolvimento era não raro sacrificada ao enriquecimento de determinados grupos ou pessoas (Pearson, 1971, p. 15).

Apesar do desenvolvimento econômico, a realidade social que se apresentava, caracterizada por péssimas condições de vida de uma grande parcela da população mundial, fez com que, a partir dos anos 70, a satisfação das necessidades básicas e o combate à pobreza, fossem incorporados ao marco teórico e ideológico do Banco Mundial. O bem-estar parecia deixar de ser visto como uma conquista derivativa e natural do crescimento econômico, passando a fazer parte das estratégias de promoção do desenvolvimento. Entretanto, apesar de retoricamente estas questões aparecerem com hierarquia equivalente, em realidade, a satisfação das necessidades básicas e o combate à pobreza ficaram

²¹ “conceder e garantir empréstimos com destino à projetos produtivos de reconstrução e fomento (...). A principal função do Banco na atualidade consiste em fornecer empréstimos para projetos produtivos que contribuam para o crescimento econômico de seus países membros menos desenvolvidos”.

duplamente subordinados a promoção do crescimento econômico. Primeiro, pelas próprias diferenças de acesso aos bens de produção entre pobres e ricos e segundo, em função do raciocínio de que,

O “ataque à pobreza” exige grandes investimentos em infra-estrutura produtiva e social, em educação, saúde, moradia, controle demográfico, nutrição, criação de empregos, etc., e estes recursos só podem provir dos aumentos da produtividade. Por conseguinte, sem crescimento, considera-se impossível alcançar os níveis mínimos de bem-estar. Assim colocado, o “ataque à pobreza” adquire uma dimensão própria, porém defasada no tempo em relação ao mencionado crescimento (Lichtensztein & Baer, 1987, p. 191).

Sendo assim, a questão do crescimento econômico, é recolocada como condição à *priori* para a solução dos problemas sociais que afligem os países periféricos e dependentes, sem tocar na raiz do problema, ou seja, na relação de exploração e dependência entre as nações ricas e pobres, e no interior delas, entre exploradores e explorados; dinâmica necessária para a manutenção do processo de acumulação, tanto em nível internacional como nacional. O discurso que atrela o bem estar ao desenvolvimento, constitui-se num poderoso instrumento ideológico que ajuda a perpetuar a atual divisão internacional do trabalho.

Como negar que esta idéia [do desenvolvimento] tem sido de grande utilidade para mobilizar os povos da periferia e levá-los a aceitar enormes sacrifícios, para legitimar a destruição de formas de cultura *arcaicas*, para *explicar* e fazer *compreender* a *necessidade* de destruir o meio físico, para justificar formas de dependência que reforçam o caráter predatório do sistema produtivo? Cabe, portanto, afirmar que a idéia de desenvolvimento econômico é um simples mito (Furtado, 1974, p. 74/75).

A partir dos anos 80, com as transformações promovidas internamente no Banco Mundial, na gestão de Conable, reorientaram-se as ações desta instituição no sentido de

uma radicalização das políticas neoliberais, por meio das condicionalidades que acompanharam os seus empréstimos para os ajustes estruturais e setoriais. Isto contribuiu para que a questão do desenvolvimento passasse a ser compreendida como resultado da “interação global” entre os países, perspectiva que considera inviável um projeto de desenvolvimento nacional e defende a “globalização” da economia mundial como um processo inexorável, que tende a destruir as fronteiras nacionais.

Segundo Paulo Nogueira Batista, entendida desta maneira, a “globalização” é um mito, “um fenômeno ideológico nem sempre muito sofisticado, que serve a propósitos variados. No plano editorial, por exemplo, ajuda a vender jornais, revistas e livros superficiais. Nos planos, econômico e político, contribui para apanhar países ingênuos e despreparados na malha dos interesses internacionais dominantes” (Batista, 1988, p.125). E para muitos governos, tem servido como justificativa para isentarem-se da responsabilidade pelas suas políticas. Ninguém nega que o progresso técnico nas áreas de informática, telecomunicações e finanças, assumiram dimensões extraordinárias e muito complexas, facilitando a integração comercial e financeira e mesmo a internacionalização de alguns setores da produção. Entretanto, isto não caracteriza uma economia global, marcada por alto grau de integração dos mercados e pelo predomínio das atividades transnacionais a ponto de dissolver as fronteiras, reduzindo drasticamente o poder de intervenção dos Estados Nacionais. Apenas representa uma economia internacionalizada, caracterizada por processos de intercâmbio entre economias nacionais distintas, sendo isto uma tendência do capitalismo desde as suas origens. Portanto, estes processos não são uma novidade absoluta e inevitável, e muito menos incontrolável, além de não terem o alcance propagado (Batista, 1998, p. 136).

O discurso da “globalização” é particularmente danoso, quando vem associado à idéia da derrocada dos Estados Nacionais e da conseqüente diminuição da sua capacidade em intervir no campo econômico ou social. Capacidade que seria mantida se estes se abrissem para as relações de “interdependência entre as nações” e aceitassem as regras e os “consensos” estabelecidos.

Para as políticas sociais, nada é mais nefasto e desmobilizador do que o discurso que vincula o desenvolvimento social ao crescimento econômico e subordina este aos ditames da “globalização”, que a rigor não se constitui em uma nova ordem econômica

internacional, mas no aprofundamento de um processo que é constituinte do sistema capitalista.

As mudanças ocorridas na noção de desenvolvimento, nos momentos assinalados acima ou em outros que os sucederam, e as estratégias de intervenção do Banco Mundial que daí derivaram, mostram que apesar da incorporação de outros fatores, o crescimento econômico continuou sendo considerado o principal responsável pelo desenvolvimento social dos países periféricos. Wolfensohn, atual presidente do Banco Mundial, em seu discurso de abertura na assembléia anual conjunta com o FMI, em 1997, reforçava esta perspectiva, afirmando que “nenhum país conseguiu reduzir a pobreza sem obter primeiro um crescimento econômico sustentado e que, para isso, seria preciso investir substancialmente em recursos humanos” (Folha de São Paulo, 24 set. 1997, p.2-7).

Nesta mesma linha argumentativa, Javed Burki, vice-presidente do Banco Mundial para esta região, declarou em 1996, que “a pobreza na região só será combatida de maneira efetiva quando houver crescimento econômico sustentado e que isso só será possível depois de reformas estruturais, em particular a fiscal, terem sido implementadas” (Folha de São Paulo, 03 out. 1996, p.2-3).

Perspectiva semelhante é defendida por Michel Camdessus, diretor-gerente do FMI, instituição irmã do Banco Mundial: “Existe um inter-relacionamento vital entre crescimento e desenvolvimento social. Esse vínculo tem sido demasiado fróuxo nos nossos programas até agora” (Folha de São Paulo, 30 set. 1999, p.1-8).

Contudo, recentemente, James Wolfensohn, analisando números reveladores sobre a pobreza mundial, os quais mostram que cerca de três bilhões de pessoas, ou seja, metade da população do planeta vive com apenas US\$ 2 por dia, obrigou-se a fazer autocrítica e assumir que “esses números põem em dúvida a maneira como estivemos ‘fazendo desenvolvimento’ e nos forçam a repensá-la”. Em seguida apresentou um novo modelo de desenvolvimento denominado de Moldura Abrangente de Desenvolvimento – CDF; segundo Wolfensohn, este modelo “trata temas sociais e estruturais em pé de igualdade com temas macroeconômicos e financeiros, de forma que os primeiros não sejam obscurecidos pelos últimos, como algumas vezes foi o caso no passado” (Folha de São Paulo, 17 fev. 2000, p.1- 9).

Não obstante a evidência dos dados divulgados pelo próprio Banco Mundial, e as manifestações públicas de *mea culpa*, a política desta instituição, em sua essência, continuou sendo a mesma. Talvez um dos problemas esteja em que em nenhum momento da história, o Banco ou seus técnicos, assessores ou consultores, tiveram que assumir a responsabilidade pelos fracassos de suas orientações, nem receberam as punições devidas, seguiram recebendo seus altos salários, sem nenhuma consequência por quanto tempo e a quantos as suas orientações causaram dor e sofrimento.

Essa aparente “autocrítica”, manifestada em nível de discurso, por dirigentes do Banco Mundial, parece objetivar, antes a melhoria da imagem desgastada e a redução dos efeitos dos questionamentos quanto às razões da existência desta instituição, ocorrido mundo afora, do que em promover um redirecionamento efetivo em suas diretrizes políticas quanto a forma como tem “promovido” o desenvolvimento econômico dos países e “combatido” a pobreza. Em realidade, parece que *“El Banco necesita a los pobres mucho más de lo que los pobres lo necesitan a él. La mera presencia física de más de mil millones de ‘pobres absolutos’ justifica la existencia del Banco y sus compromisos constante, si bien hasta ahora inefectivos, con la ‘reducción de la pobreza’”*²² (George & Sabelli, 1994, p. 193).

1.4 A GESTÃO DE MCNAMARA: O PONTE DE PARTIDA DO BANCO MUNDIAL NO TRATO DE PROBLEMAS SOCIAIS

De uma perspectiva que via a pobreza como um fenômeno que desapareceria naturalmente com a promoção do crescimento econômico, sem a necessidade de financiar projetos específicos para as áreas sociais, O Banco passou a defender uma intervenção direta no problema, por meio do estímulo a setores como saúde e educação, julgados capazes de aumentar o bem estar social e de ajudar na distribuição de renda.

Essa preocupação com as causas sociais, manifestada pelo Banco a partir do final dos anos 60 e início de 70, poderá ser melhor compreendida se na análise forem considerados outros determinantes do cenário internacional, como as crises cíclicas do

capital e as lutas por libertação, que agitaram vários países latino-americanos, africanos e asiáticos. Segundo Hobsbawm (1995), em fins da década de 70, nenhum território relevante política e economicamente era colônia, com exceção do centro e do sul da Ásia e alguns países dependentes de Portugal.

McNamara, secretário de Defesa dos Estados Unidos entre 1961 e 1968 e protagonista da derrota no Vietnã, podia entender o significado que, para o sistema capitalista, tinham esses movimentos alentados pela dependência e pobreza. Diferentemente daqueles que o precederam, e talvez dos que o sucederam, McNamara não dirigiu o Banco Mundial com a mentalidade própria de um banqueiro, mas como a de um estrategista internacional que pretendia conseguir na paz o que não pode conquistar com a guerra: reconhecer reivindicações populares e controlá-las, em um período de crise mundial do capitalismo industrial e da hegemonia norte-americana (Lichtensztejn & Baer, 1987, p.183).

Os homens que dirigiram o Banco Mundial antes de McNamara, o fizeram marcados por uma concepção financeira alicerçada em suas origens,²³ estavam mais preocupados em resolver problemas econômicos imediatos, diretamente relacionados com os EUA, do que em dirigir uma instituição multilateral com uma visão estratégica internacional, visando cumprir com os objetivos a que havia se proposto em sua gênese, e com capacidade de adaptação para enfrentar os problemas no campo social que cresciam consideravelmente em nível mundial.

²² “O Banco necessita dos pobres muito mais do que os pobres necessitam dele. A mera presença física de mais de um bilhão de “pobres absolutos” justifica a existência do Banco e de seus compromissos constantes, se bem que até agora ineficazes, na redução da pobreza”.

²³ Ocuparam o cargo de presidente do Banco Mundial, desde a sua criação: **Eugene Meyer (1946)**, primeiro presidente, originário de uma casa bancária de investimentos dos EUA; **John J. McClay (1947-1949)**, advogado e durante sua gestão os banqueiros foram seus principais interlocutores e conselheiros; **Eugene R. Black (1949-1962)**, vice - presidente do Chase National Bank of New York; **George D. Wood (1963 - 1968)** até sua nomeação para a presidência do Banco Mundial, foi presidente da Junta Diretora do First Boston Corporation; **Robert S. McNamara (1968 - 1981)**, tinha sido Secretário de Defesa nas administrações de Kennedy e Johnson, antes porém, havia sido presidente da Ford Motors Company; **Alden W. Clausen (1981 - 1986)**, ex - presidente do Bank of America; **Baber Conable (1986 - 1991)** excongressista republicano; **Lewis Preston (1991 - 1995)**, trouxe de volta o discurso da pobreza; **James Wolfenshon (1995 -)**, banqueiro especializado em investimentos internacionais, proprietário de empresa de assessoramento estratégico e financeiro, associada ao Banco Russo-Americano de Investimentos.

O tratamento de problemas sociais, como a educação, a pobreza e a desnutrição, relacionando-os ao processo de desenvolvimento econômico, temática medular do Banco, teve ascensão na “era McNamara”. Antes,

el Banco era sobre todo un lugar lleno de especialistas técnicos que disenaban proyectos de inversión. La mayoría de las veces, éstos se referían a infraestructura básica y contribuyeron, más o menos, al desarrollo, según se concebía entonces. Los presidentes del Banco eran banqueros y hombres de negocios que trataban con gobiernos soberanos, tanto prestamistas como prestatarios. Ni ellos ni su Banco sentían especial inquietud o interés por la pobreza, y mucho menos por los pobres²⁴ (George & Sabelli, 1994, p. 50).

Contribuiu para esta mudança diretiva do discurso, as sugestões contidas no Relatório Pearson, assinaladas anteriormente neste trabalho, e também, os traços pessoais de McNamara, que diferentemente de seus antecessores,

... había crecido en un pequeño pueblo de California; procedía de una austera estirpe escocesa e irlandesa; su padre nunca pudo pasar del octavo grado en la escuela. Educado como un frugal y laborioso presbiteriano, McNamara vivió la Gran Depresión durante su juventud. Traía al Banco, como a todos sus cargos anteriores, una fiera competitividad, un profundo sentido de la vocación y un fervor moral poco común²⁵ (George & Sabelli, 1994, p. 51).

Este americano impetuoso e sistemático era também extremamente lógico e racional, os números, para ele, constituíam o fundamento do conhecimento e o principal critério para medir o sucesso ou o fracasso de qualquer empreendimento profissional ou

²⁴ o Banco era sobretudo um lugar cheio de especialistas técnicos que elaboravam projetos de investimento. Na maioria das vezes se referiam a infra-estrutura básica e contribuíam, mais ou menos, ao desenvolvimento, segundo se concebía então. Os presidentes do Banco eram banqueiros e homens de negócios que tratavam com governos soberanos, tanto prestamistas como prestatários. Nem eles nem o Banco sentiam especial inquietude ou interesse pela pobreza, e muito menos pelos pobres.

²⁵ ... havia crescido em um pequeno povoado da Califórnia; vinha de uma austera descendência escocesa e irlandesa; seu pai não passou do oitavo grau na escola. Educado como um modesto e laborioso presbiteriano,

peçoal. *“Uno de los legados más perniciosos de McNamara fue unir indisolublemente el concepto de pobreza a una perspectiva numérica (...). Hay millones de formas de medir las cifras relativas a la pobreza y cada método lleva el sello de sus propios presupuestos ideológicos”*²⁶ (George & Sabelli, 1994, p. 260).

McNamara sabia que a política de ampliação do leque de ações do Banco Mundial e a intenção de influenciar as decisões políticas dos governos dos países membros, especialmente os dependentes, não iria ocorrer por uma mera vontade desta instituição e sem resistências nestes países. Daí a necessidade de argumentos convincentes, que lhes dessem legitimidade nos processos de negociação com os governantes e seus técnicos.

*El objetivo básico del financiamiento que otorga el Banco es promover el desarrollo económico de los países miembros. Para asegurar la eficacia de esse financiamiento y poder ayudar a los países en todas las fases de su desarrollo, el Banco tiene que conocer y comprender debidamente las características de las economías de sus miembros y seguir de cerca sus progresos. Para ello trata de obtener la información más completa posible sobre la estructura y perspectivas de desarrollo de las respectivas economías mediante la evaluación de los recursos agrícolas, minerales, industriales y humanos; de los servicios básicos, tales como transportes y la energía eléctrica; de la calidad de la administración pública y la educación; de la situación en materia de comercio exterior y pagos, y de las condiciones financieras internas*²⁷ (Banco Mundial, 1974, p.44).

McNamara viveu a Grande Depressão durante a sua juventude. Trazia ao Banco, como à todos os seus cargos anteriores, uma ferrenha competitividade, um profundo sentido de vocação e um fervor moral pouco comum.

²⁶ “Um dos legados mais perniciosos de McNamara foi unir indissolublemente o conceito de pobreza a uma perspectiva numérica (...). Existem milhares de formas de medir as cifras relativas a pobreza e cada método leva a marca de seus próprios pressupostos ideológicos”.

²⁷ O objetivo básico do financiamento concedido pelo Banco é promover o desenvolvimento econômico dos países membros. Para assegurar a eficácia do financiamento e poder ajudar os países em todas as fases de seu desenvolvimento, o Banco tem que conhecer e compreender devidamente as características das economias de seus membros e acompanhar de perto o seu progresso. Para isso trata de obter as informações mais completas possível sobre a estrutura e perspectivas de desenvolvimento das respectivas economias mediante a avaliação dos recursos agrícolas, minerais, industriais e humanos; dos serviços básicos, tais como o transporte e energia elétrica; da qualidade da administração pública e da educação; da situação em relação ao comércio exterior e balança de pagamentos, e das condições financeiras internas.

Com esta preocupação e convencido de que um amplo conhecimento sobre a realidade destes países daria ao Banco o respaldo que precisava, McNamara promoveu e patrocinou a realização de estudos sobre diferentes setores da vida econômica e social dos países recebedores de empréstimos. Vários documentos definidos como “estudos setoriais” foram produzidos e divulgados pelo Banco Mundial a partir dos anos 70. Foi a partir destes estudos, sobre temas como educação, saúde, agricultura, energia, transporte, população, etc., que o Banco passou a publicar os “documentos de política setorial”, sendo que o primeiro documento sobre “política setorial de saúde” foi publicado em 1975. São documentos que tratam de forma genérica o setor em questão, apontando os problemas existentes e propondo políticas governamentais a serem adotadas para resolvê-los. Os estudos setoriais tinham como fim, “melhor entrever as características dos domínios de atividade sobre os quais assentam os projetos do Banco e definir o alcance e a filosofia dos programas de empréstimos do Banco em cada domínio”. Eles se propuseram, originalmente, a

*décrire les caractéristiques économiques, financières et institutionnelles propres à chaque secteur; de souligner le rôle que joue chaque secteur dans les processus général de développement économique; de réexaminer l’ampleur des opérations de la Banque et ses méthodes d’action dans le secteur en question; enfin, de résumer les vues de la Banque concernant la façon dont ses opérations, combinées à d’autres formes d’assistance, peuvent contribuer dans les pays-membres à constituer – matériellement, financièrement et institutionnellement – chaque secteur*²⁸ (Banque Mondiale, 1971, p.3).

A partir do conhecimento inicialmente proporcionado por estes estudos, McNamara criaria o “programa de missões econômicas” que periodicamente visitariam os países, com a tarefa de,

²⁸ descrever as características econômicas, financeiras e institucionais próprias a cada setor; sublinhar o papel representado por cada setor no processo geral de desenvolvimento econômico; reexaminar a amplitude das operações do Banco e seus métodos de ação no setor em questão; enfim, resumir as observações do Banco

ajudar o governo-membro a elaborar uma estratégia geral de desenvolvimento que incluía todos os principais setores da economia. As missões não só examinarão os problemas tradicionais ligados ao crescimento econômico como também as outras facetas do desenvolvimento: questões relacionadas ao aumento da população, à urbanização, à reforma agrária, à distribuição da renda, à saúde pública e à preservação ambiental. Uma vez que se complete a missão, produziremos prontamente, para uso das partes interessadas, um relatório econômico completo que servirá como perfil do progresso do país e de seu plano geral de desenvolvimento (McNamara, 1974, p. 55).

Os membros dessas missões, com base nos dados privilegiados que dispunham sobre os vários setores da vida econômica, política e social dos países, acreditavam serem portadoras de *background* suficiente para elaborarem propostas de intervenção, tanto em nível macro como para os diferentes setores da vida social nos países que realizavam acordos de empréstimos. Por trás da idéia de “missões” parece que há um certo desdém pelo conhecimento e experiências locais e o temor de que os povos dos países “em desenvolvimento” não abandonassem os “velhos” hábitos e atitudes, em favor dos novos tempos. Partindo do pressuposto de que bastaria um bom “plano de desenvolvimento” e o aporte de recursos suficientes que incentivassem o crescimento econômico dos países pobres, para que estes saíssem do seu “estágio de subdesenvolvimento”, McNamara exigiu dos técnicos do Banco um “plano de desenvolvimento” para todos os países prestatários, e empenhou-se em conseguir fundos em todos os bancos do mundo que o tivessem. Em apenas 90 dias na direção do Banco, havia conseguido mais recursos do que em qualquer ano de exercício precedente. Tanto assim que no período anterior de 23 anos de atuação do Banco, este havia financiado 708 projetos com um valor equivalente a US\$ 1.700 milhões, ao passo que apenas no primeiro ano de mandato de McNamara (68-73), o Banco financiou 760 novos projetos com um total de US\$ 13.400 milhões. (George & Sabelli, 1994, p. 56).

A dinâmica de trabalho de McNamara e a recompensa na carreira dos funcionários do Banco, que se baseava na quantidade de recursos envolvidos nas propostas de

concernentes ao modo pelo qual suas operações, aliadas a outras formas de assistência, podem contribuir nos países membros para construir – material, financeira e institucionalmente – cada setor.

empréstimos, levaram estes funcionários a formularem projetos amplos e caros, oferecendo-os aos governos dos países “em desenvolvimento”. Esta política quantitativa e a própria disponibilidade no mercado externo de uma grande quantidade de “dinheiro fácil”, acabou por induzir os governos dos países periféricos a contraírem dívidas no exterior, superiores ao índice de crescimento da renda nacional e além de suas possibilidades de pagamento, já evidenciando os riscos e as dificuldades que os países periféricos teriam futuramente para honrarem com o pagamento dos empréstimos fornecidos pelo Banco Mundial, nos termos em que eram concedidos.

McNamara justificava a sua política de aumentar quantitativamente os empréstimos e os recursos envolvidos nos projetos, usando uma referência bíblica. “A parábola dos talentos é uma parábola sobre o poder - sobre o poder financeiro - e ilumina a grande verdade que todo poder nos é dado para que o usemos, e não para que o embrulhemos num guardanapo, evitando arriscá-lo” (McNamara, 1974, p.7).

Para convencer os países ricos, que segundo ele, tinham recursos em abundância a destiná-los a financiar o “desenvolvimento das nações mais pobres”, McNamara usava o argumento de que “uma parcela reduzida do empréstimo fica nos países em desenvolvimento. Quase todo ele retorna rapidamente na forma de pagamento pelas mercadorias compradas nos países mais ricos” (McNamara, 1974, p.8).

Habitado ao idioma dos números, a ponto de introduzir o “cômputo de corpos” na Guerra do Vietnã (1965 - 1975), contenda que acompanhou de perto no período em que foi Secretário de Defesa dos Estados Unidos (1961 - 1968), McNamara ao assumir a presidência do Banco Mundial, estava ciente dos perigos que uma multidão de pobres inquietos poderia representar para a ordem estabelecida. “*Cuando los privilegiados son pocos y los desesperadamente pobres muchos, y cuando la brecha entre ambos grupos se profundiza en vez de disminuir, sólo es cuestión de tiempo hasta que sea preciso escoger entre los costos políticos de una reforma y los riesgos políticos de una rebelión*”²⁹ (McNamara, 1972, p.1070).

As estratégias que escolheu para enfrentar esse problema, se concentraram em dois campos: apaziguar os pobres através da satisfação das “necessidades humanas básicas” e

²⁹ “Quando os privilegiados são poucos e os extremamente pobres são muitos, e quando a distância entre os dois grupos aumenta em vez de diminuir, só é questão de tempo até que seja preciso escolher entre os custos políticos de uma reforma e os riscos políticos de uma rebelião”.

manter sob domínio a sua expansão. O *controle dos pobres* assumia, assim, duplo caráter, um quantitativo e outro qualitativo. No período de McNamara, a participação do Banco no que se refere aos recursos financeiros, pode-se dizer que se concentraram mais no aspecto quantitativo, ou seja, no controle da natalidade, do que na satisfação das “necessidades básicas” dos já vivos. Contudo, a orientação política de McNamara e conseqüentemente do próprio Banco Mundial, se mostraria contraditória, pois no período de 1969 a 1988 quando o discurso do “combate à pobreza” esteve sistematicamente presente nos pronunciamentos dos dirigentes e técnicos do Banco, os empréstimos para os setores sociais foram de apenas 14,36% do total de recursos fornecidos por esta instituição. O restante foi distribuído entre os setores produtivos, ficando 34,86% para a infra-estrutura, 25,83% para a agricultura, 16,96% para a indústria e 8% para programas. (Lichtensztein & Baer, 1987).

Si los pobres absolutos no obtuvieron de McNamara, al fin y al cabo, nada salvo más explotación y represión a través de los gobiernos que éste contribuyó a reforzar, McNamara, por su parte, hizo un buen negocio con ellos. Estos le permitieron aumentar el tamaño de su Banco en más del doble y convertirse en uno de los hombres más poderosos de la tierra. Cuando los gobiernos trataban realmente de mejorar las condiciones de vida de los pobres, como el gobierno de Unidad Popular de Chile con Salvador Allende, el Banco de McNamara les negó hasta el último céntimo³⁰ (George & Sabelli, 1994, p.69).

Na retórica, a concepção de desenvolvimento, defendida por McNamara, parecia diferenciar-se do conceito de crescimento econômico, vigente até então no interior do Banco Mundial. O progresso dos países não poderia mais ser medido apenas por estatísticas econômicas globais, para McNamara, “desenvolvimento refere-se a pessoas. A norma para medir o seu êxito ou o seu fracasso é a contribuição para o enaltecimento da vida do ser

³⁰ Se os pobres absolutos não obtiveram de McNamara, no fim, nada além de mais exploração e repressão por parte dos governos que ele contribuiu para reforçar, McNamara, por sua vez, fez um bom negócio com eles. Estes lhe permitiram aumentar e mais do que dobrar o tamanho de seu Banco, e converter-se em um dos homens mais poderosos da terra. Quando os governos se empenhavam realmente em melhorar as condições de vida dos pobres, como o governo da Unidade Popular do Chile com Salvador Allende, o Banco de McNamara lhes negou até o último centavo.

humano”. Segundo ele, quem se ocupasse do desenvolvimento econômico não poderia deixar de ter a pobreza como objeto. (McNamara, 1974, p.viii).

McNamara compreendia o desenvolvimento como “a medula do movimento histórico do nosso tempo” e estava obcecado pelo problema populacional. Acreditava ser este o maior obstáculo ao progresso econômico e social da maioria dos povos do mundo em desenvolvimento, *“estoy convencido de que el crecimiento sin trabas de la población, daña el crecimiento económico y, en consecuencia y por eso mismo, degrada la dignidad del hombre al privarle de lo básico necesario para una vida más completa, más feliz”*³¹(McNamara, 1968, p.1035).

McNamara associou a questão do desenvolvimento econômico e do combate à pobreza, colocando estes problemas como referencial para as suas decisões e para as ações executadas durante a sua gestão na presidência do Banco Mundial. Algumas falas de MacNamara, pronunciadas em conferências públicas, em reuniões anuais do comitê de dirigentes do Banco Mundial e em conferências nas Nações Unidas³² ajudam a compreender e a confirmar a importância que estas questões tinham para ele e de que forma elas se articulavam. “Sempre considerei o Banco Mundial como mais do que um banco: como uma agência de desenvolvimento. Quando assumi sua presidência, não estava completamente abstraído dos problemas do desenvolvimento mundial. Enquanto Secretário de Defesa dos Estados Unidos, tinha observado a conexão entre a pobreza mundial e as relações instáveis entre nações” (McNamara, 1974, p. 3).

A necessidade do controle populacional é apresentada como a principal estratégia para enfrentar os complexos problemas dos países “em desenvolvimento”, o aumento da população aparece como impeditivo para o crescimento econômico e como a causa central da desarticulação e do mal - estar característico das sociedades dividida em classes sociais.

Como planejador do desenvolvimento, desejo tratar apenas do simples fato do impacto da população no crescimento econômico. Estudos recentes mostram o

³¹ “Estou convencido de que o crescimento sem limites de uma população prejudica o crescimento econômico, e em consequência degrada a dignidade do homem ao privá-lo do básico para uma vida mais completa e feliz”.

efeito mutilador que um alto índice de aumento da população opera no crescimento econômico de qualquer país em desenvolvimento (...). Em termos de abismo entre os países ricos e pobres, estes estudos mostram que é a explosão populacional, mais do que qualquer outra coisa que, atrasando o avanço dos pobres, separa-os dos ricos e amplia o abismo já perigoso entre eles (McNamara, 1974, p. 13).

A questão da saúde começa a emergir, no interior do Banco Mundial, vinculada aos problemas causados pelo crescimento demográfico: *“Los factores demográficos pueden influir en la salud tanto a nivel de la comunidad como a nivel familiar. Las presiones de la población sobre la tierra pueden llevar a exceso de cultivo, agotamiento de los suelos y nutrición deficiente para toda una comunidad y forzar a sus miembros a emigrar, con los conseqüentes problemas emocionales y de salud física de la desorganización social”*³³ (Banco Mundial, 1975, p.19).

Diante do problema da “explosão demográfica” causada, segundo McNamara, por “uma queda dramática da taxa de mortalidade, resultante de progressos na área médica”, propunha três caminhos:

Primeiro - fazer que as nações em desenvolvimento saibam até que ponto um crescimento rápido da população atrasa seu desenvolvimento potencial e mostre-lhe que, para que se empreguem de maneira adequada os escassos recursos do desenvolvimento do mundo, é importante tratar desse problema. Segundo - buscar oportunidades para financiar os equipamentos requeridos pelos países membros para executar programas de planejamento familiar. Terceiro - participar de programas de pesquisa para determinar os métodos mais eficazes de planejamento familiar e de administração nacional dos programas de controle populacional (McNamara, 1974, p. 14/15).

³² A compilação destes pronunciamentos encontra-se no livro de McNamara, “Cem Países: dois bilhões de seres: a dimensão do desenvolvimento”. Rio de Janeiro: FGV, Serv. de publicações, 1974.

³³ “Os fatores demográficos podem influenciar na saúde tanto em nível de comunidade como familiar. As pressões da população sobre a terra podem levar ao excesso de cultivo, esgotamento dos solos e nutrição deficiente para toda uma comunidade e forçar os seus membros a emigrar, com os conseqüentes problemas emocionais e de saúde física, bem como a desorganização social”.

Acompanhando estas medidas, recomendava uma intervenção rápida e em grande escala para evitar “a total desintegração econômica dos países, cujo progresso social se vê seriamente limitado pelo excesso de nascimentos não desejados (...). É preciso deflagrar um sentido de urgência em todos os países, a respeito do problema da população (...). Isto significa que o planejamento da família terá de ser empreendido em escala humanitária, mas em massa” (McNamara, 1974, p. 27/32).

Como alternativa para enfrentar este problema, “catastrófico” para ele, apresentava propostas que tinham como objetivo controlar o nascimento, especialmente dos pobres, o que tornaria a economia dos países “em desenvolvimento” mais dinâmica e a sociedade mais equitativa. A complexa relação entre países hegemônicos e dependentes e a concentração da riqueza nas mãos de uma minoria, condição essencial da existência e supremacia de uma classe sobre outra, era reduzida a uma questão de incompetência administrativa e incapacidade técnica de controlar o nascimento de pobres indesejados.

No mundo subdesenvolvido, (...) o rápido crescimento demográfico tende a retardar seriamente o crescimento da *renda per capita* e a nação “em desenvolvimento” logo descobre que o fenômeno da elevada fertilidade dá lugar à diminuição e não ao fortalecimento da sua força econômica. O esperado mercado interno se transforma numa massa de indigentes descontentes, sem poder aquisitivo e com todo o desencanto dos consumidores potenciais cujas esperanças não podem ser satisfeitas (McNamara, 1974, p. 25).

Na dúvida de que os argumentos econômicos fossem suficientes para convencer os governos e a sociedade da necessidade de evitar a geração de mais filhos, dramatizava a realidade futura e servia-se de discursos comoventes. “O controle da população não é, como se diz as vezes, um exercício de genocídio dissimulado, perpetrado pelos que já são ricos contra os pobres que aspiram à ascensão. Ele só tem uma fonte - a crença de que sem a desaceleração e o controle da explosão populacional, a vida que aguarda milhões e milhões dos habitantes futuros deste planeta será mutilada, mísera e trágica” (McNamara, 1974, p. 38). Ou ainda,

Temos de compreender que o problema da população será resolvido de uma ou de outra maneira. Nossa única opção reside em determinar se será resolvido racional e humanamente ou de maneira irracional e desumana. Vamos solucioná-lo com a fome? Vamos resolvê-lo com as perturbações, a insurreição e a violência a que podem ser arrastados os homens pelo desespero da fome? Vamos decidi-lo com guerras de expansão e agressão? Ou vamos resolvê-lo de forma racional e humana, de acordo com a dignidade do homem? (McNamara, 1974, p. 33).

Nos anos 60, previsões catastróficas ajudavam a fundamentar a investida no controle da natalidade nos países periféricos, justificando a transformação de um problema político em uma questão predominantemente técnica. A utilização do discurso da explosão demográfica e o conseqüente aumento da pobreza, que seriam impeditivos para o desenvolvimento destes países, camuflavam uma realidade mais perversa, o interesse em manter as tendências gerais do processo de acumulação e os elevados padrões de consumo vigentes nos países centrais.

Sabe-se que a elevação dos níveis de consumo das populações, relaciona-se diretamente ao processo de desenvolvimento econômico e ao conseqüente aumento da renda, que por sua vez, está concentrada nos países centrais e em uma minoria reduzida da população dos países periféricos, que tentam reproduzir aqui as formas de consumo do centro. Embora seja tentadora a idéia de que os povos “pobres - subdesenvolvidos” possam algum dia desfrutar das formas de vida dos atuais povos “ricos – desenvolvidos”, na atual dinâmica do capitalismo mundial, essa idéia é simplesmente irrealizável. Querer generalizar o modelo econômico e de consumo dos países centrais para os países periféricos, é querer disseminar e redistribuir o lado predatório do progresso econômico, considerado por aquela sociedade como a sua maior conquista. Neste contexto, a idéia de desenvolvimento, constitui-se numa forma de dominação ideológica e cultural que expressa a relação entre países hegemônicos e países dependentes. O padrão de vida com base no consumo, exerce pressão sobre os recursos não renováveis e impede a sua generalização no sistema capitalista, uma vez que, a tendência predominante deste sistema,

é no sentido de excluir nove pessoas em dez dos principais benefícios do desenvolvimento; e se observarmos em particular o conjunto dos países periféricos constatamos que aí a tendência é no sentido de excluir dezenove pessoas em vinte (...). O custo, em termos de depredação do mundo físico, desse estilo de vida, é de tal forma elevado que toda tentativa de generalizá-lo levaria inexoravelmente ao colapso de toda uma civilização, pondo em risco as possibilidades de sobrevivência da espécie humana (Furtado, 1974, p.74/75).

Além disso, parece que o controle de nascimento nas populações pobres, num momento em que o exército de reserva começava a extrapolar os limites recomendáveis, se impunha como condição para a manutenção do estilo de vida criado pelo capitalismo industrial, privilégio de uma minoria.

Embora a questão da pobreza tenha passado a freqüentar os discursos dos dirigentes do Banco Mundial, apontando para a necessidade de combatê-la por meio de estratégias mais eficazes, as alternativas utilizadas por esta instituição, para promover o desenvolvimento econômico e social dos países pobres, continuaram centradas em vultosos empréstimos voltados para a infra-estrutura. O pressuposto deste encaminhamento parece fundamentar-se na velha crença de que a solução do problema da pobreza viria como decorrência natural do crescimento econômico. Entendia-se a pobreza como um estágio de atraso na rota do desenvolvimento, bastando acelerar o passo para atingir o *status* de grande nação.

A desmitificação do discurso do Banco Mundial, que enfatiza o “alívio da pobreza” e a “satisfação das necessidades básicas” nos anos 60 e 70, pode ser feita quando se verifica a hierarquia das áreas que fizeram parte da pauta de financiamento do Banco. Em ordem decrescente foram objeto de empréstimos do BIRD de 1947 à 1970: os setores de infra-estrutura com 66,2% (energia elétrica e transporte), indústria com 16,25%, agricultura com 9,37%, desenvolvimento geral com 3,97%, serviços sociais (educação, planificação da família e abastecimento de água) com 2,1% e telecomunicações com 2%. Ver a especificação dos valores no Tabela 1.

Tabela 1 - Total de empréstimos do BIRD e AIF no período de 1947 – 1970

Área	Valor em milhões de dólares	%
Energia elétrica	4.792,9	34,35%
Transporte	4.441,8	31,85%
Indústria	2.265,7	16,25%
Agricultura	1.306,6	9,37%
Desenvolvimento geral	552,3	3,97%
Telecomunicações	279,9	2,00%
Educação	177,2	1,27%
Abastecimento de água	130,9	0,93%
Planificação da família	2,0	0,01%

Fonte: Lichtensztejn & Baer, 1987.

Analisando os acordos de empréstimos referentes à América Latina, no período de 1947 a 1983 (Tabela 2), apesar de observar-se um relativo aumento em alguns setores como na agricultura, que passou de 9,37% para 24,37%, no geral, a distribuição dos recursos não se alterou muito; a infra-estrutura permaneceu liderando com 47,26% e os serviços sociais com apenas 6% do montante dos empréstimos.

Tabela 2 - Empréstimos do BIRD e AIF para a América Latina no período 1947-1983

Área	Valor em milhões de dólares	%
Energia elétrica	6.731,0	25,75%
Transporte	5.622,0	21,51%
Indústria	5.402,0	20,67%
Agropecuária	6.366,0	24,37%
Telecomunicações	444,0	1,70%
Outros (envolvendo serviços sociais)	2.583,0	6,00%

Fonte: Lichtensztejn & Baer, 1987.

Portanto, se de fato o objetivo central era a questão da pobreza, conforme McNamara proclamava em seus discursos, questão retomada nos anos 90 pelo Banco Mundial, deveria ter um correspondente investimento em áreas que contribuíssem para a sua redução. Isto não se verificou por parte do Banco, e dados recentes mostram que também não ocorreu por parte da maioria dos governos sob a sua “influência”, pois a quantidade de pobres aumentou durante todo o período. Segundo estudo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (1997), o número de pobres no mundo

triplicou em 50 anos; no mesmo período as riquezas mundiais cresceram sete vezes e o número de ricos dobrou, ampliando as desigualdades sociais.

1.5 A RETOMADA DO DISCURSO DO COMBATE À POBREZA: ARGUMENTO IDEOLÓGICO PARA UMA INTERVENÇÃO POLÍTICA NAS ÁREAS SOCIAIS

Após a saída de McNamara da presidência do Banco Mundial, a questão da pobreza ficou praticamente ausente das discussões do Banco, principalmente no interregno das gestões de Clausen e Conable (1981 – 1991). Com o fim da guerra fria e a inexistência de condições objetivas para uma ruptura política em escala mundial, o Banco Mundial já não precisava mais “lutar” ao lado do Ocidente para combater o comunismo. Poderia, então, “relaxar” com o conteúdo ideológico e carregar suas propostas de conteúdo econômico, no sentido de contribuir com a expansão do modelo econômico, conforme desejavam e pressionavam os governos conservadores dos países centrais. Ao que parece, o Banco cumpriu com a parte da tarefa que lhe cabia com muita habilidade e raro poder de persuasão, utilizando como principal instrumento os financiamentos para programas de ajuste estrutural e setorial, impondo condicionalidades aos países membros que recorriam aos seus empréstimos para honrarem com os compromissos da dívida externa e equilibrarem suas economias.

Os resultados sociais da aplicação dos programas de ajuste do Banco Mundial e dos planos de estabilização do FMI, que incorporaram as propostas liberalizantes formuladas no Consenso de Washington, logo se fizeram sentir.³⁴ Houve uma piora acentuada das condições de vida das populações dos países periféricos, com um aumento significativo da pobreza em escala planetária. Esta realidade, criticada e denunciada em todo o mundo, associada aos perigos que começavam a emergir a partir dela, fez com que, nos anos 90, a questão do combate à pobreza e às desigualdades sociais, reaparecesse de forma insistente nos discursos de dirigentes do Banco Mundial, de representantes de outros organismos internacionais e nas falas de governantes.

³⁴ Sobre esta temática ver livro de Laura Tavares Ribeiro Soares: *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

Em seu discurso de posse, em 1995, o presidente do Banco Mundial James Wolfensohn, afirmou que a redução da pobreza seria prioridade em seus cinco anos de mandato. “Não sou mágico e gostaria de ser para resolver o problema da injustiça social no mundo. Mas eu tenho um firme compromisso de me empenhar para melhorar a vida das pessoas que têm menos do que é justo”. (Folha de São Paulo, 02 de jun. 1995, p.2-9). Em 1997, visitando uma favela do Rio de Janeiro, Wolfensohn afirmaria que, “o grande desafio do desenvolvimento é a inclusão na sociedade. Os países podem ignorar os desafios da pobreza, do meio ambiente, das guerras, mas temos que reconhecer que estamos vivendo com uma bomba de tempo e, a menos que começemos a agir agora, ela poderá explodir nas faces de nossos filhos” (Folha de São Paulo, 24 set. 1997, p.2-5). Três anos depois, voltou a dizer que o foco do Banco Mundial “é cuidar da pobreza. Temos que ser mais efetivos no que estamos fazendo”, mas reconheceu que “nos últimos dez anos o avanço na luta contra a pobreza foi limitado” (Folha de São Paulo, 13 abr. 2000, p.2-1).

Criticando o discurso do Banco Mundial sobre o combate à pobreza, Herbert de Souza afirmaria em artigo publicado em 1996: “É realmente incrível como a retórica econômica do Banco Mundial se esconde atrás da pobreza para vender seu modelo, transformando em programa de vários governos na América latina, incluindo o Brasil” (Folha de São Paulo, 11 ago. 1996, p.1-3).

Os EUA também têm manifestado preocupação com os possíveis efeitos das desigualdades e da pobreza no mundo. A Secretária de Estado Madeleine Albright, ao discursar na conferência anual do Conselho das Américas, em maio de 2000, disse que “nos últimos dez anos, os frutos do crescimento não apareceram sobre todas as mesas dos países de nossa região. Enquanto muitas pessoas desfrutam de padrões de vida mais altos, muitas outras continuam atoladas na miséria. E com frequência excessiva, os programas e as políticas governamentais contribuem para intensificar essas desigualdades, em lugar de reduzi-las”. Segunda a Secretária, esta situação poderia ameaçar a onda democratizante que havia começada há duas décadas, por isto, os EUA estariam determinados a trabalhar em conjunto com instituições regionais com o objetivo de fortalecer as economias e torná-las mais igualitárias. Nessa mesma ocasião, Peter Romero, diretor do Birô de Assuntos do Hemisfério Ocidental do Departamento de Estado Americano, afirmaria que “se não trabalharmos para eliminar essas desigualdades, vamos deixar nossas sociedades

vulneráveis à violência e ao desrespeito pela lei que decorrem da instabilidade” (Folha de São Paulo, 02 mai. 2000, p.1-12).

A Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social, realizada em Copenhague em 1995, teve como temática central a questão da pobreza, e definiu uma série de compromissos e metas a serem realizadas pelos governos e instituições. Cinco anos depois, Kofi Annan, secretário-geral da ONU, entidade promotora daquele evento, acaba de reconhecer que os compromissos não foram cumpridos. Os países ricos haviam estipulado o objetivo de fornecer 0,7% de seu Produto Nacional Bruto a fundos de auxílio ao desenvolvimento, mas, segundo ele, poucos países atingiram a meta estipulada. (Folha de São Paulo, 27 jun. 2000, p.A-14).

O FMI, constrangido por acusações de que as suas políticas aumentaram a pobreza e com os resultados em mãos de pesquisa feita por uma empresa de consultoria, segundo a qual, esta instituição estaria perdendo a batalha da opinião pública, fez com que Michel Camdessus, então diretor-gerente do FMI, propusesse uma ofensiva para “erradicar a pobreza e humanizar a globalização” (Folha de São Paulo, 29 set. 1999, p.2-5).

Recentemente em visita ao Brasil, o atual diretor presidente do FMI, Horst Koehler, reconheceu que os benefícios da globalização estão sendo maiores para os países desenvolvidos do que para os países “em desenvolvimento”, mas que no balanço geral, a globalização era uma vantagem para o mundo, e poderia ser também para esses países, a questão estaria em “desenvolver idéias de como os países emergentes poderiam ter acesso a esse crescimento” (Folha de São Paulo, 16 mai. 2000, p. B-3).

Apesar dessas reiteradas manifestações acerca do combate à pobreza, da necessidade de colocar uma face humana no processo de crescimento econômico e das críticas quanto ao aumento das desigualdades sociais nos países e entre os países; análises revelam que a mudança parece ser “mais de tom, do que de conteúdo”, ou como diz Celso Pinto, “existe mais fumaça política do que fogo econômico nesta suposta conversão do FMI em paladino das políticas sociais e do combate à pobreza” (Folha de São Paulo, 30 set. 1999, p.1-11).

A história tem mostrado que de nada adiantou ter as condições favoráveis para que se colocasse em prática os “receituários humanitaristas”, especialmente com o fim da guerra fria e a queda do muro de Berlim. Os índices de desigualdade e pobreza continuaram

aumentando significativamente em todo o mundo, constringendo até mesmo os que dela nada sentem. Segundo Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD de 1993, “a desigualdade tem vindo a crescer em muitos países desde o início dos anos 80. (...) A desigualdade entre países também aumentou. O hiato de rendimento entre o quinto da população mundial que vive nos países mais ricos e o quinto que vive nos mais pobres era de 74 para 1 em 1997, acima de 60 para 1 em 1990 e de 30 para 1 em 1960” (PNUD, 1993, p.3).

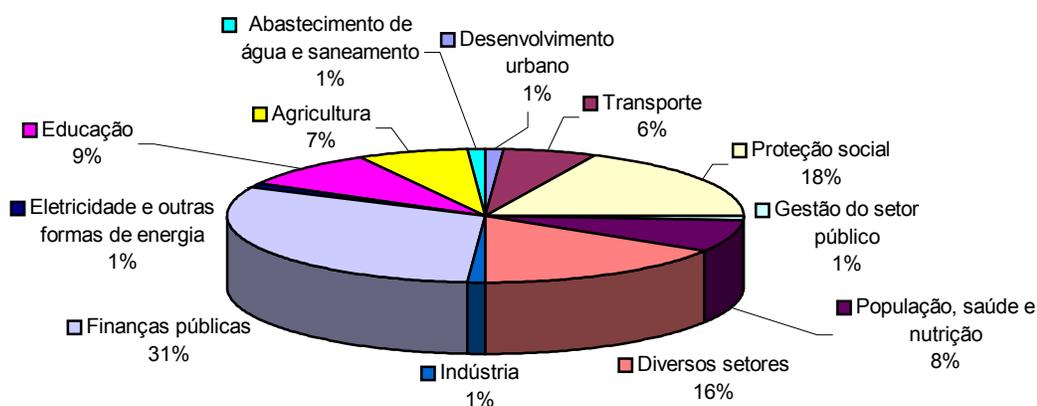
Hoje mais de 1,3 bilhões de pessoas vivem com menos de US\$ 1 por dia, 40 milhões de pessoas morrem de fome anualmente, uma em cada quatro crianças sofre ou já sofreu de desnutrição (Folha de São Paulo, 27 jun. 2000, p.A-14). Dados revelam também que das 4,4 bilhões de pessoas que vivem em países em desenvolvimento, 60% não têm acesso a condições básicas de saneamento, um terço não sabe o que é água limpa, 25% não tem moradia adequada e 20% estão sem acesso a serviços médicos. (Folha de São Paulo, 16 set. 1999, p.2-1).

Segundo Mandel (1995), cerca de 50% dos habitantes dos países mais pobres tem hoje um consumo diário de comida equivalente ao de um campo de concentração nazista de 1940 e cerca de 1 bilhão de pessoas passam fome em todo o mundo. Estes dados nada confortáveis, nos permitem pensar que apesar do discurso humanitarista e algumas concessões no campo prático, os líderes mundiais e as instituições internacionais permaneceram e permanecem convictos das vantagens da atual forma de organização e produção da vida espiritual e material dos homens. Portanto, continuam desempenhando, sem muitos constrangimentos, os seus papéis na criação de condições apropriadas ao desenvolvimento e manutenção desta forma de organização do mundo.

O Banco Mundial, para justificar a sua atuação conservadora, patrocinou recentemente um estudo que tem como objetivo declarado, tentar “provar que o crescimento econômico, em quaisquer circunstâncias, é benéfico para as camadas mais pobres da população”. Afirmando que, “práticas como ajuste fiscal, abertura de mercado, redução da inflação e leis de propriedade privada são mais eficientes no combate à pobreza que gastos sociais, investimentos em educação e democracia” (Folha de São Paulo, 6 de jun. 2000, p.A-4).

A crítica que o Banco Mundial tem realizado às desigualdades sociais e a retórica do combate à pobreza, parece que tem contribuído mesmo é para a expansão das ações desta instituição em setores sociais, com o intuito de direcionar as políticas nacionais, possibilitando a ampliação da participação do capital privado, a redução do papel do Estado e a manutenção de uma certa estabilidade política e social. No exercício de 1999, a distribuição de recursos do Banco Mundial por setor para a América latina e Caribe estão expressas no gráfico abaixo, destacando-se os seguintes setores: finanças públicas com 31%, de proteção social com 18% e, educação com 9%. O setor de saúde juntamente com a nutrição e população dividiram 8% dos recursos.

**Recursos do Banco Mundial para a América latina e Caribe
exercício 1999**



Reconhece-se que nos anos noventa, a atuação do Banco tem sido diversificada, ampliando os setores em que atua. Na saúde, por exemplo, sua ênfase tem sido no sentido de pressionar a adoção de políticas e reformas que fortaleçam o setor privado, com a oferta por parte do Estado de “serviços públicos essenciais”, destinados às populações mais pobres. A ampliação do leque de ações do Banco, envolvendo as áreas sociais, em relação direta com a retomada do liberalismo como referência político/ideológica de governos, primeiramente nos países centrais e depois, no resto do mundo ocidental.

1.6 O REVIGORAMENTO DO LIBERALISMO E A CRÍTICA ÀS POLÍTICAS SOCIAIS

A intervenção do Banco Mundial nas políticas sociais, a partir da década de setenta, acompanhou o revigoração do liberalismo econômico, que havia permanecido latente desde o final dos anos vinte, quando a crise capitalista culminou na Grande Depressão econômica mundial, e no conseqüente abrandamento das idéias do *laissez faire*.

O declínio do liberalismo, iniciado no período entre guerras e acentuado nos anos seguintes, ocorreu junto e como conseqüência da desorientação e do senso de catástrofe que atingiu muito mais os círculos de poder econômico e político do mundo capitalista, com a crise de 1929, do que as massas, as quais acreditavam haver uma saída à esquerda ou à direita para o desemprego, para o colapso dos preços agrícolas e para o alto custo de vida que os assolava.

Com o objetivo de intervir nos problemas que se apresentavam, os Estados promoveram uma corrida protecionista, passando a erguer barreiras para resguardar seus mercados e as moedas nacionais, proteger a agricultura, promover o pleno emprego³⁵ e, instalando modernos sistemas previdenciários, mesmo sabendo que estas medidas representavam o arrefecimento temporário do livre sistema de comércio multilateral “sobre o qual acreditavam repousar a prosperidade do mundo” (Hobsbawm, 1995, p.100).

A incorporação do planejamento moderado como estratégia de desenvolvimento, possibilitou um crescimento econômico, entre os anos de 1947 e 1973, caracterizando um período dourado para o capitalismo. Neste período, criou-se “uma economia mundial única, cada vez mais integrada e universal, operando em grande medida por sobre as fronteiras do Estado (‘transnacionalmente’) e, portanto, também, cada vez mais, por sobre as barreiras da ideologia do Estado” (Hobsbawm, 1995, p. 19).

Entretanto, o longo ciclo de desenvolvimento do capitalismo acabou, encerrando a “era dourada” e promovendo a ruptura do “decoro Keynesiano”, possibilitando, assim, a partir da década de setenta, o ressurgimento do velho pensamento liberal, travestido de

³⁵ A Política de Pleno Emprego, objetivava a eliminação do desemprego em massa, e teve em John Maynard Keynes (1883-1946) seu mais ardoroso defensor. Segundo Keynes, a demanda gerada pela renda dos trabalhadores empregados, teria efeito estimulante na economia em recessão, além de evitar explosões sociais, que poderiam ser geradas pelo desemprego em massa.

“neoliberalismo” e seu ataque aos programas e políticas estatais, que asseguravam aos trabalhadores o acesso a determinados bens e serviços. A ideologia “neoliberal” tem atribuído ao Estado o papel do grande vilão das vicissitudes econômicas. Contudo, este receituário parece servir mais para os países periféricos não encontrando a mesma correspondência sobre a atuação do Estado nos países centrais, onde esta ideologia se originou, e de onde foi difundida.

A essência do arsenal do “neoliberalismo” é “restaurar o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma posição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia” (Neto, 1995, p.192). A ofensiva às políticas sociais, empreendida pelos defensores desta doutrina, tem sido linear embora com resultados distintos, atingindo tanto os países que conseguiram construir um Estado de Bem Estar Social, como os países periféricos que só conseguiram realizar um esboço de proteção social à seus trabalhadores, um arremedo de *welfare state*, com uma cidadania *restrita e regulada*.

A emergência de “Estados de bem-estar social”, na Europa Ocidental, foi resultado de um processo determinado por vários fatores, que articulados, ajudam a explicar este momento de amplas reformas e conquistas sociais. Os líderes vencedores da Segunda Guerra Mundial, tinham clareza de que a construção de uma sociedade melhor e menos injusta era condição necessária para uma paz duradoura, devendo despender todos os esforços para melhorar as condições de vida das pessoas. Antes mesmo de acabar a Guerra, Winston Churchill, Primeiro Ministro Britânico, comprometeu-se com a construção de um Estado de bem-estar social e com o pleno emprego. As ameaças que acompanhavam o avanço fascista e a necessidade de derrotá-lo, serviu de motivação para a coalizão de forças de resistência antifascistas num espectro que ia da direita à esquerda. Esta união, que se desfez com o advento da *Guerra Fria*, em parte foi possibilitada pelo relaxamento na estratégia insurrecional comunista, que passou a adotar a via da negociação gradual e parlamentar para assumir o poder. A mudança de estratégia tinha ficado claro na participação na Guerra Civil Espanhola, quando a Internacional Comunista mobilizou todos os seus talentos em favor da República Espanhola, aderindo a uma “nova democracia” dominada e eventualmente absorvida pelos comunistas.

A coalizão, que permaneceu no imediato pós-guerra, fez com que surgisse em quase toda a Europa Ocidental, governos que, não raro, uniam representantes conservadores, liberais, comunistas e sociais-democratas, numa mesma mesa. Estes governos com uma tendência à esquerda e comprometidos com reformas sociais, defendiam princípios inspirados no iluminismo e nas revoluções, como o “progresso pela aplicação da razão e da ciência; educação e governo popular; nenhuma desigualdade baseada em nascimento ou origem; sociedades voltadas mais para o futuro do que para o passado” (Hobsbawm, 1995, p.176). Além disto, tinham aspirações e desejos comuns que possibilitavam uma mesma proposta de política nacional, que ampliavam os direitos sociais, rejeitando a postura liberal do *laissez faire*. “O capitalismo constitucional ocidental, os sistemas comunistas e o Terceiro Mundo estavam igualmente comprometidos com iguais direitos para todas as raças e ambos os sexos, mas não de uma forma que distinguisse sistematicamente um grupo do outro, ou seja, todos ficavam aquém do objetivo comum”, rejeitavam a postura liberal do *laissez faire*, “após 1945 eram quase todos Estados que, deliberada e ativamente, rejeitaram a supremacia do mercado e acreditaram na administração e planejamento da economia pelo Estado” (Hobsbawm, 1995, p.176).

Os aspectos explicitados, associados ao confronto frio entre o mundo capitalista e o mundo socialista, que se seguiu ao colapso da grande aliança antifascista, numa luta sem tréguas para provar quem era o melhor, obrigou os defensores do capitalismo a criar, nos países centrais, um amplo sistema de proteção social com oferta de serviços públicos para todos, numa tentativa de mostrar que o capitalismo também tinha “face humana” e preocupava-se com o bem estar das pessoas. Segundo Hobsbawm, “uma das ironias deste estranho século é que o resultado mais duradouro da Revolução de Outubro, cujo objetivo era a derrubada global do capitalismo, foi salvar seu antagonista, tanto na guerra (derrotando o exército Alemão) quanto na paz, fornecendo-lhe o incentivo – o medo- para reformar-se após a Segunda Guerra Mundial e, ao estabelecer a popularidade do planejamento econômico, oferecendo-lhe alguns procedimentos para sua reforma” (Hobsbawm, 1995, p.17).

O sistema social de proteção, experimentado por cerca de 30 anos, foi assegurado, pelo *salto avante* que a economia capitalista viveu neste período de ouro, simbolizando um de seus períodos expansivos. Entretanto, o período dourado acabou, as crises cíclicas do

capitalismo se tornaram mais arrasadoras e mundiais e os defensores do livre mercado puderam ressurgir das cinzas, numa versão do liberalismo que passou a desprezar até mesmo os princípios liberais clássicos, como a liberdade, a igualdade, o direito à vida e aos bens públicos, filiando-se ao liberalismo conservador pós-iluminista com predomínio do aspecto econômico, com tendência à eliminação de bens públicos universais, restando, quem sabe, a segurança para manter a ordem e garantir a propriedade.

O pensamento liberal deste final de século, comumente denominado de “neoliberalismo”, reaparece de forma limitada e quase clandestina logo após a II Guerra Mundial, na Europa e na América do Norte, regiões onde imperava o capitalismo avançado. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. O texto mais característico é “O Caminho da Servidão”, escrito em 1944, por Friedrich Hayek, trata-se de um ataque contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciadas como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política.

Hayek e Freedmann os mais ardorosos defensores deste liberalismo, realizaram uma dura crítica a toda forma de intervenção no livre curso da economia. Para eles, a razão é incapaz de reconstruir a ordem social, portanto, o uso de qualquer forma de planejamento na economia seria consequência de um equívoco teórico, devendo deixar que a ordem espontânea do mercado se manifeste livremente. Como para eles a conduta humana é determinada pelo conhecimento prático, por normas sociais advindas dos costumes e das crenças, e pelo sistema de comunicação do mercado, a melhor sociedade seria aquela que funcionaria a partir das escolhas espontâneas dos indivíduos, onde a existência de normas estão limitadas à segurança e à manutenção da propriedade privada.

Nesta concepção, as políticas sociais não são compreendidas como direitos, mas como ato de filantropia, daí que devem ser assumidas pela própria sociedade por meio de organizações não estatais, pelos empresários, cabendo ao governo apenas a sua regulamentação. Campos, discutindo a questão do declínio do espaço público, afirma que “há um apelo pós-moderno à filantropia, ou à face ética e social das empresas, que seriam os atores potentes para restaurar a justiça social e reconstruir a cidadania esgarçada. Sem dúvida, trata-se de um discurso ideológico, interessado em embaralhar a discussão sobre a

ordem social contemporânea. Aposta-se no desabrochar de um surto de piedade entre os poderosos” (Campos, 2000, p.177),.

Segundo os liberais deste final de século, com medidas desta natureza, ter-se-ia um Estado gerencial enxuto com a função de criar agências encarregadas de contratar e controlar os serviços privados. Entretanto, estas agências ou organizações, em princípio não se subordinariam a nenhum controle direto de organismos políticos legítimos como o Congresso Nacional, as Assembléias Legislativas e as Câmaras Municipais, podendo transformar-se em poderosas instâncias decisórias, sem o controle público.

A versão e a adaptação prática atual deste pensamento estão expressas no “receituário” do “Consenso de Washington”, expressão que emergiu a partir de encontro realizado em novembro de 1989, na capital americana, onde se reuniram funcionários do governo americano, especializados em assuntos latino-americanos; representantes dos organismos internacionais ali sediados, o FMI - Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e o BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento e alguns eméritos economistas, com o objetivo de proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da América Latina. Neste encontro, foram estabelecidas linhas de política macroeconômica, as quais têm inspirado as reformas implementadas em países periféricos como o Brasil, nas últimas duas décadas. Estas linhas básicas compreendem a desregulamentação da economia com abertura comercial e financeira, o equilíbrio das contas públicas com a privatização das empresas estatais, a flexibilização da mão-de-obra e o estabelecimento de uma taxa cambial realista (Batista, 1994).

Segundo Maria da Conceição Tavares, as regras originalmente formuladas no “Consenso de Washington”, para os programas de ajuste estrutural dos países periféricos em crise, conhecidas pelo nome de três “D”, a Desvalorização cambial, a Desregulamentação dos mercados e a política de Deflação permanente, estão longe de terminar, continuaram com mais dois “S” - de Supervalorização da moeda e de Sucateamento do patrimônio público e um novo “D” - de Deslocamento dos concorrentes (Folha de São Paulo, 04 dez. 1994, p. 2-4).

Desde a década de oitenta, os empréstimos de organismos internacionais como o Banco Mundial, que têm como base os mesmos parâmetros de qualquer relação comercial, no que se refere aos custos do dinheiro emprestado, estão condicionados à absorção do

“receituário” formulado no “Consenso de Washington”; na prática, isto implica em monitorar as políticas econômicas e sociais dos países prestatários. No início deste período, a preocupação era com o estabelecimento de políticas macroeconômicas que possibilitassem aos países devedores, em crise, sanearem as suas vultosas dívidas. A crise dos países periféricos, ocorrida no início dos anos oitenta, se deu, dentre outros determinantes, pelo esgotamento do modelo de industrialização vigente, que tinha como base o endividamento externo e pelo aumento dos juros em nível internacional, elevando a dívida externa destes países e tornando-os incapazes de cumprirem com os seus compromissos econômico/financeiros, levando-os a suspender temporariamente o pagamento dos juros e dos serviços desta dívida.

Quadro 1 - Resumo das propostas de ajuste estrutural

Áreas de influência das políticas	Recomendações	Objetivos
<p>A. Ao setor privado</p> <p>-Política comercial e de preços</p> <p>-Política de promoção de poupança e investimentos</p>	<p>-liberalizar comércio.</p> <p>-Baixar e igualar taxas de proteção efetiva.</p> <p>-Revisar políticas de preços relativos.</p> <p>-Diminuir drasticamente os subsídios ao consumo.</p> <p>-Alentar intermediação financeira com taxas de juros reais positivas.</p> <p>-Reordenar incentivos e prioridades do investimento privado.</p> <p>-Eliminar restrições ao investimento externo.</p>	<p>-Permitir que operem as vantagens comparativas e aproveitáveis plenamente.</p> <p>-Eliminar <u>nesgo</u> antiexportador da produção</p> <p>-Refletir preços internacionais.</p> <p>-Remover a repressão financeira.</p> <p>-Privilegiar projetos que melhorem a balança de pagamentos.</p> <p>-Fomentar a livre circulação de capitais.</p>
<p>B. Ao setor público</p> <p>-Política de reordenamento do gasto e do investimento públicos</p> <p>-Políticas de empresas públicas</p>	<p>-Eliminar subsídios a bens e serviços públicos.</p> <p>-Reduzir os custos unitários dos programas sociais.</p> <p>-Reorientar políticas de investimentos.</p> <p>-Redefinir o papel do setor público em atividades produtivas em termos de demanda e concorrência no mercado.</p>	<p>-Desalentar gastos improdutivos que pesem no déficit fiscal.</p> <p>-Estabelecer prioridades de investimento em função da estrutura de preços internacionais e recursos disponíveis.</p> <p>-Promover rentabilidade e eficácia.</p> <p>-Estimular iniciativa e participação privada.</p>

Fonte: Lichtensztein & Baer, 1987.

A partir da crise dos anos 80, houve uma retração dos bancos privados internacionais que concediam empréstimos para os países periféricos, sendo necessário uma intervenção direta dos “guardiões da acumulação privada internacional”.³⁶ Neste momento, ganha proeminência econômica e política, organismos multilaterais de crédito como o FMI, e o Banco Mundial, que passaram a intermediar e ampliar o fornecimento de empréstimos aos países membros em crise. A liberação dos empréstimos vinculava-se à realização de planos de estabilização econômica e de ajustes estruturais e setoriais, nos países devedores, para que estes voltassem a pagar os juros e os serviços da dívida, garantindo desta forma, que os bancos privados não entrassem em colapso financeiro. A síntese das propostas de ajuste, estão expressas no Quadro 1. Conforme o item B deste Quadro, um parâmetro básico para a reforma do setor público, seria o reordenamento dos gastos públicos, ou seja, diminuir os investimentos do Estado em serviços “improdutivos” que aumentam o déficit público, privilegiando os projetos que possam melhorar as contas públicas.

A crítica sobre a participação do Estado na oferta de serviços públicos, tem caracterizado e insistentemente tem sido recolocado em estudos, relatórios e documentos de organismos internacionais como o Banco Mundial, revelando a sua filiação e a incorporação dos velhos pressupostos liberais, reapresentados no atual “receituário neoliberal”. O esforço que o Banco Mundial tem feito para imprimir e consolidar uma nova dinâmica nas relações internacionais, fundamentada em princípios liberais e, conseqüentemente, redefinindo os papéis dos Estados Nacionais, pode ser verificado nas mudanças promovidas em sua pauta de financiamento, nas exigências financeiras e políticas, expressas nos acordos de empréstimos, nas suas normas operativas e nas modalidades de financiamento que prioriza para os países prestatários.

³⁶ Expressão usada por Octavio Ianni para caracterizar as instituições internacionais, que foram criadas para garantir o avanço do capitalismo e a acumulação privada.

1.7 O COMO O BANCO MUNDIAL OPERA: MODALIDADES DE FINANCIAMENTO

As formas e modalidades de financiamento para os países membros do Banco Mundial, até o final da década de 70, compreendiam operações de crédito, caracterizadas como empréstimos para projetos ou programas. Nesta década, em face da grande liquidez do mercado financeiro internacional, que dispunha de farta quantidade de dinheiro, oriundo dos petrodólares, fez com que diminuísse, em parte, a importância dos organismos multilaterais de crédito, no que tange à concessão de empréstimos; uma vez que os bancos privados internacionais estavam oferecendo recursos em condições muito favoráveis, diretamente aos governos dos países periféricos. Em muitos casos, esta “oferta” fez com que aumentasse irresponsavelmente a dívida externa destes países.

No início dos anos 80, com o agravamento da crise econômica dos países periféricos, provocada pelos choques do petróleo em 1973 e 1979 e com a mudança no ambiente político norte-americano, que empreendia campanhas para recuperar sua hegemonia posta em xeque na década anterior, o Banco Mundial, ainda sob a presidência de McNamara, busca recuperar seu dinamismo e sua esfera de influência. Criou então, em 1980, os “empréstimos para ajustamento estrutural” de rápido desembolso, não vinculados a projetos, mas com amplos e severas condicionalidades, tendo como objetivo fazer desaparecer dos países “em desenvolvimento” “algumas características de sua estrutura econômica, julgadas indesejáveis e inconvenientes pelo *staff* e pela diretoria do Banco Mundial” (Araújo, 1991, p. 37).

Os países que pretendiam obter tais empréstimos deveriam, segundo o Banco Mundial, “reconhecer a necessidade de formular e introduzir, com urgência, um conjunto de medidas integradas destinadas a ajustar a estrutura das atividades produtivas de suas economias à situação externa marcadamente deteriorada” (Bacha & Mendoza, 1986, p.174).

Entretanto, os empréstimos para ajustamento estrutural (*Structural Adjustment Loans- SAL*) foram utilizados, naquele primeiro momento, de forma limitada pelos países da América Latina, não cumprindo com os objetivos a que se propunha de agilização de recursos. isto ocorreu, tanto pela limitação imposta pelo Banco de 10% do total de seus

novos compromissos e de 30 a 40% do total de empréstimos concedidos a qualquer país, como pelas condicionalidades que acompanhava tais empréstimos, as quais pretendiam provocar mudanças profundas na estrutura econômica do país prestatário, uma vez que envolviam questões, como a da liberalização do comércio exterior, da privatização do setor público e de medidas fiscais (Araújo, 1991, p.38).

Contudo, a resistência à aceitação das condicionalidades do Banco foram sucumbindo aos poucos. Em 1982, o Banco Mundial criou o “Programa de Assistência Especial” para canalizar crédito de desembolso rápido, numa tentativa de compensar parcialmente a perda de acesso dos países periféricos ao mercado internacional de capitais, resultado da crise da dívida externa, ocorrida no segundo semestre de 1982, a partir da decretação de moratória pelo México. Como parte destes programas, emerge em 1983, os empréstimos de ajuste setoriais, sendo que o Brasil serviu-se particularmente deste tipo de empréstimos, envolvendo inicialmente setores como a agricultura e o setor de exportações. Este tipo de acordo de empréstimo, não exigiria a apresentação de projetos, mas carregaria a injunção de condições, envolvendo amplas políticas no campo econômico.³⁷ Tais modalidades de empréstimos eram justificados, pelo Banco Mundial, da seguinte forma: “Há situações em que reformas de políticas focalizadas em setores específicos são mais apropriadas do que programas de ajuste estrutural para todo o país. Estes empréstimos podem envolver desenvolvimento das exportações, reabilitação e modernização de estruturas existentes, e provisão de insumos agrícolas como parte de um programa para modificar a estrutura de incentivos” (apud, Bacha & Mendoza, 1986, p. 174).

Em 1986, tomou posse como presidente do Banco Mundial, Baber Conable, apoiado pelos EUA, que já haviam reconquistado o *status* de nação hegemônica, tanto do ponto de vista econômico, como militar; posição conseguida com estratégias como a “diplomacia do dólar forte” e a “diplomacia militar”.³⁸ Conable, respaldado pelas recomendações do Comitê de Direção, faz ressurgir, com mais intensidade e com caráter mais agressivo, os empréstimos de ajuste estrutural e de ajuste setoriais. Para o referido

³⁷ Algumas das condições constantes do acordo de empréstimo setorial para a agricultura, firmado em outubro de 1983, compreendia: Reforma bancária, liberalização da política comercial, desregulação do crédito rural, cancelamento dos controles administrativos, maior privatização e eliminação de subsídios creditícios e planejamento agrícola (Bacha & Mendoza, 1986, p.184).

Comitê, os dois principais desafios estratégicos que o Banco deveria enfrentar eram, primeiro “*una gestión macroeconómica efectiva y una firme política ambiental(...).*” e segundo, “*la capacidad de abordar la interdependencia de los problemas y de la integración efectiva de las cuestiones macroeconómicas y las sectoriales*”³⁹ (George & Sabelli, 1994, p.165).

No caso brasileiro, estes empréstimos possibilitaram uma abertura para que o Banco introduzisse critérios e condicionalidades, adquirindo assim, um certo poder para influenciar na formulação de políticas econômicas de médio e longo prazo no país. A justificativa dada pelos técnicos do Banco, para a utilização prioritária deste tipo de financiamento, e as macrocondicionalidades que os acompanham, era de que os projetos financiados pelo Banco ao Brasil, não atingiam os objetivos esperados em função de “distorções na estrutura básica de incentivos, não solucionáveis em nível dos projetos” (Bacha, 1986, p.175).

Os programas de ajuste estrutural, propostos pelo Banco Mundial, os quais têm como base o estabelecimento de políticas e não mais a simples execução de projetos, foram concebidos, segundo o Banco Mundial, para:

*1) mejorar el clima económico del país y su capacidad para atraer inversión extranjera mediante la eliminación de las trabas comerciales y los obstáculos a las inversiones; 2) reducir los déficit públicos a través de recortes en los gastos, y 3) fomentar la entrada de divisas con la promoción de las exportaciones. El cuarto objetivo, generalmente no explícito y en realidad el más importante, es garantizar que el país pague su deuda externa. Gran parte de las divisas tan duramente obtenidas se dedican a pagos de intereses*⁴⁰ (George & Sabelli, 1994, p.75).

³⁸ Para aprofundamento desta questão, ver a análise feita por Maria da Conceição Tavares (1997) no livro *Poder e Dinheiro: uma economia política da globalização*, especialmente os textos: *A retomada da hegemonia norte-americana e, a reafirmação da hegemonia norte-americana*.

³⁹ “uma gestão macroeconômica efetiva e uma firme política ambiental...” “a capacidade de abordar a interdependência dos problemas e da integração efetiva das questões macroeconômicas e setoriais”.

⁴⁰ 1) melhorar o clima econômico do país e sua capacidade para atrair investimentos estrangeiros mediante a eliminação de entraves comerciais e obstáculos aos investimentos; 2) reduzir o déficit público através de cortes nos gastos, e 3) estimular a entrada de divisas com o aumento das exportações. O quarto objetivo, geralmente não explícito e na realidade o mais importante, é garantir que o país pague a sua dívida externa. Grande parte das divisas tão duramente conseguidas se destinam ao pagamento de juros.

As propostas contidas nos programas de ajuste do Banco Mundial, podem ser sintetizadas em quatro categorias: política comercial e de preços, política de investimentos públicos, política orçamentária e reformas institucionais.

1. Política comercial e de preços; neste campo as propostas são no sentido de rever a proteção dada ao setor industrial dos países periféricos, especialmente no período de substituição de importações, que teria desvirtuado o custo real dos produtos. A abertura da economia para o mercado internacional e a redução ou extinção dos subsídios, obrigaria as indústrias nacionais a tornarem-se mais competitivas, através do aumento da produtividade, leia-se, diminuição dos custos de produção, racionalização do processo de trabalho, flexibilização da mão-de-obra, novos processos produtivos, aumento do desemprego e perda de conquistas sociais.

2. Política de investimentos públicos; segundo o Banco, os países em programa de ajuste estrutural, deveriam priorizar e canalizar os seus recursos para projetos que contribuíssem para melhorar a sua balança de pagamentos, ou seja, os setores que resultassem em produtos exportáveis.

3. Política orçamentária; neste caso, os governos deveriam despender todos os esforços no sentido de equilibrar seu déficit fiscal, para isto o Banco recomendava uma diminuição drástica nos investimentos improdutivos, leia-se, subsídios para o consumo e recursos para os programas sociais.

4. Reformas institucionais; necessárias para melhorar os níveis de rentabilidade e eficiência das empresas públicas (Lichtensztein & Baer, 1987, p. 198).

Atualmente, além das modalidades de empréstimo para projetos, empréstimos setoriais e empréstimos para ajustamento estrutural, têm também os empréstimos institucionais destinados à reorganização de instituições governamentais. A modalidade integração, que congrega, na prática, os quatro tipos anteriores, foi instituída a partir de 1987 quando o Banco se reorganizou e estipulou como meta, “*asegurarse de que todos los préstamos del Banco a un determinado país contribuyen a los objetivos de la política global (es decir, el ajuste) que el Banco ha fijado para dicho país*”⁴¹ (George & Sabelli, 1994, p. 25).

⁴¹ “assegurar-se de que todos os empréstimos do Banco a um determinado país contribuam para os objetivos da política global (isto é, o ajuste) que o Banco fixou para tal país”.

1.8 AS NORMAS OPERATIVAS DO BANCO MUNDIAL

O financiamento fornecido por agências do Banco Mundial, como o BIRD e a AID, seguem as normas e as diretrizes estabelecidas por esta instituição. Como regra geral, o Banco financia apenas parte do custo total dos projetos, ou seja, cerca de 25% a 40% do valor total dos projetos, o restante deve ser dado como contrapartida do mutuário. O desembolso dos recursos do empréstimo, pelo Banco, somente é efetuado quando o país prestatário cumpriu com as condições e metas consideradas “indispensáveis para a adequada utilização dos fundos” e na medida em que ocorrerem os gastos, mediante uma solicitação do mutuário, que deve ser acompanhada do comprovante de vinculação dos recursos. O que significa dizer, que recurso aprovado nem sempre é desembolsado, nestes casos, o tomador paga, além dos juros normais, uma taxa de Comissão de Compromisso no valor de 0,75% ao ano sobre o saldo não sacado no tempo previsto. Tempo que começa a ser contado 60 dias após a assinatura do acordo de empréstimos (Banco Mundial, 1997).

O BIRD, principal fonte de recursos do Banco Mundial para o Brasil, capta a maior parte do dinheiro nos mercados financeiros internacionais, o que significa que os componentes operacionais como custos, juros, prazo de carência e prazo de amortização, adotados por esta agência aos países considerados de renda “média alta” como é o caso do Brasil, são basicamente os mesmos que vigoram no mercado privado de crédito. A cada semestre - “período de juros”, o Banco calcula a taxa de juros de acordo com os custos de “empréstimos qualificados”, acrescida de uma margem de 0,5%, que devem ser pagas segundo o cronograma de amortização estabelecido em cada acordo (Banco Mundial, 1996).

A partir de 1989, o Banco estabeleceu um novo sistema de cálculo de divisas para os seus acordos de empréstimos, a cesta de moedas, onde o risco cambial seria distribuído igualmente para todos os empréstimos do BIRD, em face de que tais empréstimos não seriam feitos com base em uma única moeda. Entretanto, o novo sistema não trouxe “ganhos significativos em termos de redução da dívida ou de impacto sobre o balanço de pagamentos; não há dúvidas, contudo, de que se trata de sistemática mais justa, menos errática e que deverá atenuar os ônus decorrentes de uma eventual desvalorização do dólar” (Araújo, 1991, p. 81).

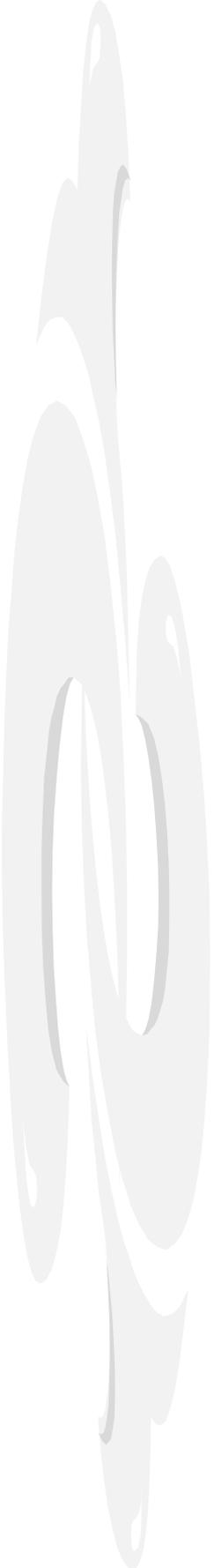
Quanto às licitações para a aquisição de bens e obras, estas devem ser sempre na forma de Concorrência Pública Internacional, com algumas exceções para os casos que envolvam valores muito reduzidos; obras que não atraiam o interesse de licitantes estrangeiros ou, em circunstâncias em que outros métodos de aquisição mostrarem-se mais econômicos e eficientes. Nestes casos, os métodos devem estar discriminados no respectivo acordo de empréstimo. Além disto, os recursos do Banco, somente podem ser utilizados para a aquisição de bens e obras fornecidos por pessoas ou empresas oriundas de países membros do Banco Mundial, e cujos bens sejam produzidos ou originários destes países.

Os editais de licitações internacionais, são revisados e avaliados por consultores do Banco, na sua maioria norte-americanos, os quais exigem especificações técnicas que muitas vezes inviabilizam a participação de empresas nacionais. “A maneira como são nomeados os consultores e estabelecidos os critérios para concretizar os projetos que o Banco financia muitas vezes afetam negativamente as economias dos países subdesenvolvidos, posto que não favorece a sua produção interna, e, pelo contrário, promove importações dos países desenvolvidos” (Lichtensztein & Baer, 1987, p. 213).

As exigências técnicas das licitações são tantas, que muitas vezes retardam a execução dos projetos, aumentando os custos do empréstimo. Como ilustração podemos citar um caso recente ocorrido na área da saúde. Em setembro de 1996, o Ministério da Saúde assinou acordo de empréstimo com o BIRD no valor de U\$300 milhões e de U\$350 milhões com o BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento, para desenvolver o projeto REFORSUS. O prazo para o encerramento do acordo com o BIRD foi estipulado em 31 de dezembro de 2000, e com o BID em 31 de março de 2001. Em janeiro de 2000, quase se encerrando o projeto, apenas U\$100 milhões do BIRD (33%) e U\$60 milhões do BID (17%) haviam sido gastos, pois dos 1005 sub-projetos aprovados inicialmente para serem executados com estes recursos, somente 184 (18,3%) tinham sido efetivados e 133 (13,23%) estavam em processo de licitação. Três “deficiências” administrativas foram apontadas pelo coordenador do projeto como as principais responsáveis pelo atraso: inexperience dos municípios pequenos em fazer licitações internacionais, inadimplência dos gestores dos hospitais com a Previdência e falta de recursos das instituições que pleiteavam para arcar com o valor da contrapartida exigida pelos bancos (Folha de São Paulo, 30 de jan. 2000, p.3-2).

Caso o restante dos recursos deste projeto não sejam utilizados no período previsto para o seu encerramento, o governo terá que devolvê-los aos bancos credores, além de pagar multa no valor de 0,75% como “comissão de compromisso”. Esta “comissão” é paga semestralmente, durante todo o período de desenvolvimento do projeto, e incide sobre os valores disponibilizados e não utilizados pelo país prestatário.

Concluída a descrição e análise de aspectos históricos do Banco Mundial e sua forma de atuação, trataremos, no capítulo seguinte, de compreender a trajetória do setor de saúde no conjunto das políticas e ações desta instituição, com destaque para as propostas e diretrizes do Banco para as reformas deste setor público e as estratégias que têm utilizado para torná-las consenso.



CAPÍTULO - 2

O BANCO MUNDIAL E A QUESTÃO DA SAÚDE

2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO INTERIOR DO BANCO MUNDIAL

Nos 55 anos de existência do Banco Mundial, as áreas e as políticas estatais a elas vinculadas, tiveram importância diferenciada, que dependeu do momento histórico e do grau de influência que os diferentes setores desempenhavam ou poderiam desempenhar no processo de expansão e acumulação capitalista. O setor de saúde só começa a aparecer como uma área de interesse, para o Banco, no final dos anos sessenta, vinculada a questão do combate à pobreza e à satisfação das necessidades humanas básicas, mesmo assim, restrita aos aspectos do controle demográfico. Só mais tarde, nos anos oitenta, com a crise do Estado Protetor e as possibilidades que este setor apresentava para o investimento do capital, é que a saúde entra como um setor específico na pauta de financiamento do Banco Mundial, e o é por uma determinada razão: ao financiar projetos para a área da saúde, esta instituição tinha clareza de que poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público.

No primeiro momento de incursão do Banco Mundial no campo da saúde, quando a sua atuação esteve centrada na questão do controle populacional, criou-se, em 1969, o Departamento de Projetos Demográficos, para tratar especificamente deste problema. A preocupação com o controle populacional, fundamentava-se na crença de que um alto crescimento demográfico, provocaria desafios cada vez mais complexos para a ordem capitalista, como a escassez relativa de poupança, capital e terra, a subdivisão desta, o *déficit* de alimentos e a necessidade de alocação de recursos em maior quantidade para a infra-estrutura e para as áreas sociais (Lichtensztein & Baer, 1987, p.190).

O controle do nascimento de pobres, apresentava-se ao Banco como uma estratégia para a promoção do crescimento econômico dos países “em desenvolvimento”, uma vez que isto resultaria na diminuição da necessidade de investimentos em áreas sociais e, conseqüentemente, no aumento de recursos disponíveis para as áreas produtivas. Esta lógica não levava e não leva em consideração a tendência geral do sistema capitalista que é de progressivamente produzir mais pobres. Marx, no século XIX, já dizia, que o trabalhador da era moderna, “longe de elevar-se com o desenvolvimento da indústria,

afunda-se cada vez mais, indo abaixo das condições de sua própria classe. O operário passa a indigente e a indigência cresce mais rapidamente que a população e a riqueza” (Marx, 1998, p.19).

Com relação às questões específicas do setor de saúde, o Banco Mundial começa a emitir opiniões, pareceres e recomendações com mais “propriedade” a partir da elaboração do primeiro documento específico sobre esta área, que foi publicado em 1975, portanto, trinta anos após a criação desta instituição. O estudo denominado de *“Salud: documento de política sectorial”*, revelaria uma possível intenção de mudança na prática do Banco com relação a este setor, já que a *“posición general del Banco [fue] de no financiar actividades de salud”*.¹ Mesmo assim, diante de duas opções apresentadas pelo referido documento, para a política mediata do Banco em relação à saúde, sendo a primeira de um *“progreso continuo en el aumento de los beneficios en materia de salud conforme a las pautas actuales de financiamiento”*,² e a segunda, de *“financiamiento del Banco para servicios básicos de salud”*,³ o Banco optou pela primeira, ou seja, iria continuar com a mesma pauta de financiamento que privilegiava projetos de infra-estrutura, energia e agricultura, recomendando, apenas uma maior atenção às questões de saúde no interior destes projetos. *“La primera opción supone principalmente que cabe la posibilidad de mejorar en un grado considerable los beneficios de salud derivados de los proyectos a los que el Banco presta apoyo, sin modificar de manera significativa la pauta de financiamiento”*⁴ (Banco Mundial, 1975, p. 71).

Os dirigentes desta instituição acreditavam que a manutenção de uma política de ajuda ao desenvolvimento econômico, voltada para as áreas de infra-estrutura levaria, por si só, à solução dos problemas de saúde dos países “em desenvolvimento”. Esta orientação sustentava-se na crença de que ao promover o crescimento econômico dos países “em desenvolvimento”, naturalmente as condições de saúde das populações melhorariam. Isto fez com que a questão da saúde permanecesse marginal na pauta de financiamento do Banco, apenas passou a ser recomendar aos seus técnicos que dessem mais atenção aos

¹ “a posição geral do Banco era de não financiar atividades de saúde”.

² “progresso contínuo no aumento dos benefícios em matéria de saúde conforme as pautas atuais de financiamento”.

³ “financiamento do Banco para serviços básicos de saúde”.

efeitos deletérios que os projetos financiados para outras áreas, como infra-estrutura, energia ou agricultura, poderiam provocar na saúde das populações mais próximas, onde tais projetos fossem executados. Assim, passou-se a sugerir a agregação de “componentes de saúde” aos projetos, através da persuasão das autoridades responsáveis para que estas “realicen experimentos en pequeña escala sobre el terreno”⁵ ou, em alguns casos, o Banco poderia prestar “apoyo a proyectos específicos de control de enfermedades en zonas en las que éstas afectan principalmente a la población en edad de trabajar y limitan también el uso de las tierras fértiles”⁶ (Banco Mundial, 1975, p. 68-69).

Recomendava-se ainda, no referido documento, que a incorporação de componentes de saúde, nos projetos financiados pelo Banco, não deveria ser feita sem que antes se formulassem critérios para avaliar a natureza e o alcance destes componentes. Somente a partir desta avaliação se redefiniria o grau de modificação de um projeto em função das questões de saúde, afirmando ainda que “en la medida de lo posible, se debe tratar de calcular una tasa de rentabilidad económica para dicho componente o el alza del costo del proyecto básico a causa de la alteración del diseño por consideraciones de salud”⁷ (Banco Mundial, 1975, p. 70).

A rejeição da segunda opção, ou seja, aquela que apontava para o financiamento de projetos básicos na área da saúde, além de respaldar-se nas justificativas explicitadas acima, ancorava-se no argumento de que os sistemas de saúde, vigentes na maioria dos países “em desenvolvimento”, não estavam de acordo com os princípios e concepções do Banco, sendo que muitos governos teriam dificuldades para promoverem as “reformas necessárias” na área da saúde, sem as quais, o Banco não se propunha a atuar. “No es probable que el Banco apoyara los sistemas de servicios de salud tal como éstos están organizados en la mayoría de los países en desarrollo. A pesar de las declaraciones que se incluyen en documentos de planificación, un compromiso político real de promover la prestación de

⁴ “A primeira opção supõe principalmente que cabe a possibilidade de melhorar em grau considerável os benefícios de saúde derivados dos projetos aos quais o Banco presta apoio, sem modificar de maneira significativa a pauta de financiamento”.

⁵ “realizam experimentos em pequena escala sobre a área”.

⁶ “apoio a projetos específicos de controle de enfermidades em regiões em que estas afetam principalmente a população em idade produtiva e limitam também o uso das terras férteis”.

⁷ “na medida do possível, se deve tratar de calcular uma taxa de rentabilidade econômica para o referido componente ou o aumento dos custos do projeto básico devido a sua alteração em função dos aspectos de saúde”.

*servicios de salud a la gran mayoría de la población plantea importantes problemas para muchos gobiernos”*⁸ (Banco Mundial, 1975, p. 71).

Além dessas justificativas expressas formalmente, há indicativos de que a recusa inicial do Banco Mundial em introduzir o setor de saúde na sua pauta de financiamento, teria a influência de outros aspectos, não explicitados por esta instituição. A saúde, diferentemente de outras áreas sociais como a educação, meio ambiente, etc., não permite que se permaneça em nível de retórica, indefinidamente, sem algum grau de intervenção prática, tanto porque as demandas apresentadas, neste campo, exigem uma intervenção pragmática, em face ao apelo moral que apresentam, como pelas conseqüências políticas que advêm de uma imobilidade prolongada frente à realidade. Parece que a área da saúde serve menos àqueles que se utilizam mais do discurso ideológico do que de ações efetivas, como parece que tem sido o caso do Banco Mundial em muitas situações analisadas.

Na área da saúde, os resultados indesejáveis quando se permanece no campo do discurso, são imediatos e exercem forte pressão política. A ocorrência de doenças, o sofrimento e a morte são fenômenos que não suportam uma espera indefinida, que comumente acompanha o discurso ideológico. Alguns comentários do próprio Banco, ajudam a compreender melhor essa relação. *“Aun cuando la distorsión debida a la desigualdad de ingresos se puede encontrar en todos los sectores, las consecuencias en el de la salud son especialmente trágicas, debido a la reacción emocional que provocan los problemas de salud...”*⁹ (Banco Mundial, 1975, p. 37).

No entanto, a relutância em envolver-se com a saúde, manifestada no documento de 1975, estava mais no campo econômico do que no campo político. Já naquela época, os dirigentes do Banco Mundial tinham clareza de que se resolvessem financiar projetos específicos de saúde, *“tendría un mandato más amplio para discutir asuntos generales de salud con los ministerios correspondientes y tendería a ejercer mayor influencia en esa*

⁸ “Não é provável que o Banco venha apoiar os sistemas de serviços de saúde tal como estes estão organizados na maioria dos países em desenvolvimento. Apesar das declarações incluídas em documentos de planificação, um compromisso político real em promover a prestação de serviços de saúde à grande maioria da população trás importantes problemas para muitos governos”.

⁹ “Ainda quando a distorção devida a desigualdade de investimentos se pode encontrar em todos os setores, as conseqüências na saúde são especialmente trágicas, devido a reação emocional que provocam os problemas de saúde...”.

esfera, sobre todo si sus funciones consultivas y de asesoría y las de la OMS se refuerzan mutuamente”¹⁰ (Banco Mundial, 1975, p. 71).

Os dirigentes do Banco acreditavam que poderiam influenciar esta área, mesmo sem financiarem projetos específicos. Isto poderia ocorrer através de uma associação com a OMS - Organização Mundial de Saúde, que segundo o Banco Mundial já tinha “*considerables conocimientos técnicos, pero una capacidad limitada para realizar análisis económicos. El Banco se encuentra en la situación contraria*”¹¹ (Banco Mundial, 1975, p.75). Partiam do pressuposto de que suas condições para a realização de análises econômicas eram mais qualificadas que as da OMS, sendo assim, poderiam tornarem-se consultores e assessores econômicos para as questões de saúde, através de uma cooperação entre as duas instituições.

Nos 25 anos que se seguiram a publicação deste primeiro documento, tanto a concepção quanto as propostas para as reformas do setor de saúde dos países periféricos, explicitadas neste documento, não se alteraram substancialmente. Entretanto, alguns aspectos modificaram-se e outros foram introduzidos na conformação de uma proposta de política para este setor. O aperfeiçoamento da proposição inicial foi sendo delineado e apresentado em outros documentos oficiais do Banco, em especial o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 - investindo em saúde.

Desde a década de setenta, esta instituição vem divulgando relatórios anuais enfocando a cada edição um tema específico. Em 1993, a temática central do 16º Relatório foi o setor de saúde, em que, segundo o Banco, “estudou-se a fundo um único setor, no qual assume particular importância o impacto do financiamento público e da política pública” (Banco Mundial, 1993, p.iii). Este documento, além de apresentar um diagnóstico genérico sobre aspectos da saúde em nível mundial, com ênfase na situação dos países “em desenvolvimento”, 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.

¹⁰ “teriam melhores condições para discutir assuntos gerais de saúde com os ministérios correspondentes e teriam como exercer maior influência nessa esfera, sobretudo se suas funções consultivas e de assessoria e as da OMS se reforçassem mutuamente”.

¹¹ “consideráveis conhecimentos técnicos, porém uma capacidade limitada para realizar análises econômicas. O Banco se encontra em situação contrária”.

Se na década de setenta algumas questões de concepção e outras de conjuntura, contribuíram para que o Banco permanecesse reticente em envolver-se com o campo da saúde, mais recentemente, o fator que nos parece ter sido determinante na decisão desta instituição em intervir nesta área, está relacionado com o revigoramento do liberalismo, que possibilitou uma crítica contundente ao papel do Estado, aos sistemas de proteção social de um modo geral e às políticas públicas em particular, incluindo aí a saúde. A decisão do Banco em atuar de forma mais expressiva nesta área, deu-se quando teve certeza de que essa atuação não se contrapunha ao liberalismo econômico, ao contrário, poderia contribuir para o seu avanço.

Além disso, dados divulgados e manifestações públicas de dirigentes do Banco Mundial, nos autorizam a pensar que o setor de saúde foi incluído em sua pauta de financiamento, a partir da compreensão de que este setor poderia se constituir em elemento essencial, tanto para a difusão do discurso humanitarista, ao qual esta instituição quer se associar, como para alguma ação concreta que pretende realizar no sentido de contribuir para “mitigar a pobreza”. Mas, acreditamos que o fato mais relevante para este recente interesse do Banco Mundial na área da saúde, está em que este setor passou a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países “em desenvolvimento” à 12 % do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização.

A intensificação da participação do Banco, tanto na quantidade e diversificação de projetos como no montante de recursos destinados ao setor de saúde, lhes daria legitimidade e poder para intervir de forma mais significativa na definição e no estabelecimento de políticas para este setor. As diretrizes e orientações políticas que o Banco Mundial defende, têm como objetivo facilitar o ingresso da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que contribui para a redefinição do papel dos estados nacionais periféricos. As propostas do Banco para a ação estatal neste campo, se limitam a programas destinados às populações mais pobres, centrados em ações de promoção e prevenção da saúde, que tenham custos reduzidos e efeitos impactantes.

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

Além disso, é possível afirmar que o setor de saúde foi ganhando relevância no interior do Banco, à medida em que ficava evidente aos seus dirigentes, que o incentivo ao desenvolvimento econômico dos países periféricos, subsidiado pelos países centrais e pelos Organismos Internacionais, não tinha sido suficiente para reduzir a quantidade de pobres no mundo, nem a diferença que separava e separa os países ricos dos países pobres; pelo contrário, em determinados momentos constituiu-se na própria causa do crescimento da pobreza e no aumento desta diferença. Contudo, a autocrítica, neste caso, não resultou em uma reordenação e redefinição das finalidades institucionais, mas serviu para o Banco reafirmar-se como instituição com poderes supra-nacionais, e como articulador de temas de interesse internacional.

Diante dessa realidade, dos questionamentos quanto às razões de sua própria existência e do fracasso no combate à pobreza, o Banco Mundial, com a queda do Muro de Berlim, em 1989, e o fim da guerra fria, pode admitir, sem o temor do contraponto socialista, que a pobreza é parte constituinte deste mundo. Assumindo esta condição como algo natural, caberia àqueles que se preocupam com a harmonia do sistema, o papel de propor políticas e estratégias que buscassem “aliviar” o sofrimento dos que vivem na condição de pobre ou abaixo desta condição. A saúde começaria, então, a ganhar espaço nos discursos do Banco, passando a se constituir em importante instrumento para o alívio da pobreza. Segundo esta instituição, “investimentos públicos para os pobres, na área da saúde, reduzem a pobreza ou mitigam suas conseqüências” (Banco Mundial, 1993, p.56).

Nos documentos analisados, fica evidente também, que a saúde, do ponto de vista político não aparece como um direito universal, constituindo-se em uma concessão

benevolente do Estado; e do ponto de vista da concepção de saúde, as teorias que lhes dão suporte são aquelas que cristalizam e hierarquizam as necessidades do homem, portanto, uma visão naturalista e a-histórica de necessidades. Nesta concepção, uma vez definido um rol de necessidades, este permaneceria *ad eternum*, parte-se do pressuposto de que existe uma natureza humana imutável.

Na perspectiva histórica, não é possível estabelecer um sistema de necessidades concluso, uma estrutura mínima e congelada de necessidades humanas, pois a riqueza do homem está exatamente na sua capacidade de satisfazer e criar novas necessidades, ou seja, de fazer história. Para isto, em primeiro lugar, o homem precisaria estar em condições de viver e de desenvolver-se socialmente, sendo que o desenvolvimento social se constitui no próprio desenvolvimento de necessidades. Contudo, não basta que as necessidades existam, mas fundamentalmente como elas são satisfeitas, o que revela o padrão de sociabilidade existente na estrutura societária. Segundo Campos (2000), “a constituição de necessidades sociais ocorre segundo processos dialéticos, em que Sujeitos produzem necessidades a partir de seus desejos e interesses, ainda que sempre constrangidos por valores e limitações dominantes em cada período e espaço social”.

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

Os dois documentos a que nos referimos anteriormente, sobre o setor de saúde, produzidos e divulgados pelo Banco Mundial, explicitam análises e avaliações, que vinculam a qualidade da saúde das populações, nos países periféricos, ao avanço ou retrocesso do progresso econômico, “*las condiciones de salud en los países en desarrollo*

han mejorado considerablemente en los últimos decenios y, en general, ese mejoramiento ha acompañado al progreso socioeconómico”¹² (Banco Mundial, 1975, p.6).

Da mesma forma situam a própria atenção à saúde em uma condição de subordinação aos interesses e as políticas de crescimento econômico, evidenciando o predomínio do econômico em face do social.

Entre as medidas mais importantes que os governos podem tomar para melhorar a saúde de seus cidadãos estão, portanto, as políticas econômicas conducentes ao crescimento sustentado (...). Nos anos 80, muitos países empreenderam programas de ajuste e estabilização macroeconômica para combater graves desequilíbrios econômicos e passar a trilhar caminhos de crescimento sustentável. Tal ajuste é visivelmente necessário para que haja ganhos de saúde a longo prazo (Banco Mundial, 1993, p.8).

Uma preocupação manifestada com freqüência, nos documentos, é de que níveis mais elevados de saúde reduzem o índice de mortalidade e conseqüentemente poderiam desequilibrar o atual sistema:

*El mejoramiento de la salud, cuando está integrado satisfactoriamente con otros adelantos socioeconómicos, constituye una parte vital del proceso de desarrollo; pero si se promueve en forma aislada puede tener un efecto desequilibrante, ya que las consecuencias adversas de un crecimiento más rápido de la población pueden contrarrestar los beneficios aportados por la salud. Una política de salud constructiva deberá aspirar a mantener el delicado equilibrio entre una salud mejor y el desarrollo económico general*¹³ (Banco Mundial, 1975, p.35).

¹² “as condições de saúde nos países em desenvolvimento têm melhorado consideravelmente nas últimas décadas e, em geral, essa melhora tem acompanhado o progresso socio-econômico”.

¹³ A melhoria da saúde quando integrada satisfatoriamente com outras melhorias socio-econômicas, constitui uma parte vital do processo de desenvolvimento; porém, se é promovida de forma separada pode ter um efeito desequilibrante, já que as conseqüências adversas de um crescimento mais rápido da população pode diminuir os benefícios conseguidos pela saúde. Uma política de saúde construtiva deverá aspirar em manter o delicado equilíbrio entre uma saúde melhor e o desenvolvimento econômico geral.

No conjunto das análises e avaliações contidas nos documentos em questão, emerge uma racionalidade de caráter econômico, predominando a intervenção com base no cálculo e na relação custo/benefício das ações. A dificuldade imposta pelos setores “não produtivos”, como seria o caso dos serviços de saúde, a realização de uma avaliação da relação custo/benefício, em que a linguagem numérica se sobrepõe a qualquer outra forma de expressão, constitui-se no maior desafio para aqueles que concebem qualidade como a capacidade de consumir algo em quantidade maior. Esta dificuldade se acentua quando a avaliação se reduz a uma quantificação dos ganhos sociais e dos custos econômicos. Segundo o Banco,

La influencia de la salud en la capacidad productiva de la sociedad es algo más difícil de medir que su valor de consumo directo. La mala salud supone costos económicos, por cuanto que 1) reduce la disponibilidad de mano de obra; 2) menoscaba la productividad de los trabajadores y de los bienes de capital; 3) hace que se desperdicien los recursos disponibles, especialmente los alimentos, y 4) impide el aprovechamiento de los recursos naturales, la riqueza animal y el potencial turístico¹⁴ (Banco Mundial, 1975, p.30).

Quando a questão econômica emerge como um fim em si mesmo, acima de qualquer outro valor, a saúde e a própria vida humana não têm muito significado; apenas representam um custo e expressam a quantidade de braços e músculos funcionantes, disponíveis e necessários para o trabalho ou para o consumo. Corrobora esta interpretação, a seguinte análise do Banco:

Ahora bien, debido al considerable nivel de desempleo y subempleo prevaleciente en los países en desarrollo, la mortalidad prematura puede no imponer por sí misma un costo económico. Si la mala salud resulta en la sustitución, sin ningún costo, de los trabajadores fallecidos por trabajadores desempleados sanos, puede

¹⁴ A influência da saúde na capacidade produtiva da sociedade é algo mais difícil de medir que o seu valor de consumo direto. A má saúde implica em custos econômicos, na medida em que 1) reduz a disponibilidade de mão-de-obra; 2) diminui a produtividade dos trabalhadores e dos bens de capital; 3) faz com que se

que no se registre un descenso de la producción. La morbilidad de la fuerza laboral que causa ausenteísmo del trabajo puede tener un mayor impacto económico. El ausenteísmo interrumpe por lo general el proceso de producción e, incluso en condiciones de desempleo elevado, la sustitución temporal de los trabajadores ausentes es probable que resulte en pérdidas de producción¹⁵ (Banco Mundial, 1975, p.30/31).

Parece que o desprezo à vida só causa indignação àqueles que são as vítimas do desdém; os demais, aqueles que detêm o poder de decidir e influenciar, permanecem inabalados, sugerindo alternativas que contribuem para a continuidade do “progresso econômico” com quaisquer custos, mesmo que estes se traduzam como consideráveis dramas humanos. Pode-se também ler nestas “recomendações”, que a promoção da saúde deve ser feita apenas dentro de certos limites, a morte não deveria ser evitada a qualquer custo. Um certo índice de mortalidade seria necessário para manter o equilíbrio, mesmo que de “baixo nível”, entre a quantidade de pessoas e o grau de desenvolvimento alcançado pelo país ou região.

La salud es el factor central de un juego muy complejo de interrelaciones, (...) todo el cuadro de enfermedades de una zona determinada está estrechamente relacionado con las tasas de fecundidad, los niveles de vida y los hábitos culturales. La pobreza, la mala salud, la fecundidad y mortalidad elevadas, el fatalismo y unas perspectivas a corto plazo pueden dar lugar a un cierto equilibrio social, si bien de bajo nivel¹⁶ (Banco Mundial, 1975, p.33/34).

desperdice recursos disponíveis, especialmente os alimentos, e 4) impede o aproveitamento de recursos naturais, a riqueza animal e o potencial turístico.

¹⁵ Agora bem, devido ao considerável nível de desemprego e subemprego existente nos países em desenvolvimento, a mortalidade prematura pode não impor por si mesma um custo econômico. Se a má saúde resulta na substituição, sem nenhum custo, dos trabalhadores falecidos por trabalhadores desempregados sãos, pode que não se registre um declínio da produção. A morbilidade da força de trabalho que causa ausenteísmo ao trabalho pode ter um maior impacto econômico. O ausenteísmo interrompe em geral o processo de produção e, em condições de desemprego elevado, a substituição temporária dos trabalhadores ausentes é provável que resulte em perda de produção.

¹⁶ A saúde é o fator central de um jogo muito complexo de inter-relações, (...) todo o quadro de enfermidades de uma determinada região está estreitamente relacionado com as taxas de fecundidade, os níveis de vida e os hábitos culturais. A pobreza, a má saúde, a fecundidade e mortalidade elevadas, o fatalismo e perspectivas de curto prazo podem provocar um certo equilíbrio social, se bem que de baixo nível.

Avaliações e discursos com este teor, expressos em documentos oficiais do Banco Mundial, que contêm propostas e diretrizes políticas para os vários setores sociais nos países “em desenvolvimento”, pressionando-os a adotarem as suas orientações, nos instigam a investigar e nos autorizam a denunciar as “boas intenções” embutidas em suas propostas, e nos projetos que ajudam a financiar. Cabe, então, conhecer com mais detalhes as suas propostas.

2.2 AS PROPOSTAS DO BANCO MUNDIAL PARA AS REFORMAS DO SETOR DE SAÚDE NOS PAÍSES PERIFÉRICOS

Desde a sua primeira incursão no campo da saúde, em 1975, até os dias atuais, o Banco Mundial vem defendendo um conjunto de propostas para este setor, as quais sofreram algumas variações, tanto em função de mudanças ocorridas no cenário internacional, como na própria dinâmica interna do Banco. São propostas que pretendem reconfigurar os sistemas de saúde dos países periféricos, ao mesmo tempo em que buscam contribuir para redefinir o papel do Estado no âmbito das políticas sociais.

Em 1975, o Banco Mundial, mesmo assumindo que *“el Banco tiene poca experiencia en la definición de metas concretas de promoción de la salud en los países en desarrollo y tendría que aprender mucho mediante la práctica”*,¹⁷ não deixou de apresentar diretrizes para o estabelecimento de políticas de saúde aos países “em desenvolvimento”. O diagnóstico que o Banco tinha sobre as questões da saúde destes países, era de que a raiz do problema estava na pobreza e nas conseqüências de uma população em rápido crescimento, com nutrição deficiente e condições insalubres de moradia. Para o Banco, os problemas de saúde dos países “em desenvolvimento” teriam como causas fatores demográficos, má nutrição, hábitos de vida tradicionais, problemas de moradia e vida insalubre, compreendido como a falta de espaço, ventilação e luz solar. Além disto, esta instituição fazia uma avaliação de que os governos de vários países “em desenvolvimento” investiam

¹⁷ “o Banco tem pouca experiência na definição de metas concretas de promoção de saúde nos países em desenvolvimento e teria que aprender muito mediante à prática”.

muito dinheiro no ápice do sistema de saúde, financiando a construção de hospitais e pagando por uma assistência sofisticada, muito qualificada e de alto custo.

Partindo desse diagnóstico, o Banco Mundial esboçou, naquele primeiro documento, diretrizes para uma reforma a ser implementada nos países periféricos. Sendo a principal característica a mudança do sistema público, que deveria abandonar a assistência individual de alto custo, realizada em âmbito hospitalar, e concentrar suas ações em uma assistência coletiva, simplificada e descentralizada para o nível comunitário:

El principio básico de la reforma de los sistemas de salud es la necesidad de cambiar una orientación hacia el tratamiento individual costoso de las enfermedades con criterio únicamente curativo por otra de promoción de la salud sobre una base continua al nivel de la comunidad. (...) El servicio de salud reformado brindará cuidados curativos limitados basados en medicamentos estándar y procedimientos sencillos que puedan ser administrados sobre el terreno por trabajadores de salud que hayan tenido un adiestramiento breve¹⁸ (Banco Mundial, 1975, p.55).

Dentre as estratégias a serem utilizadas nas reformas, estariam as práticas de educação em saúde, com o objetivo de provocar mudanças nos hábitos de vida das populações pobres. *“Las reformas de los servicios que se brindan a los grupos más pobres de la población deben concentrarse en mejorar la salud a nivel de la comunidad, incluyendo entre sus objetivos el logro de cambios en los hábitos y actitudes de vida y la realización de actividades a nivel de las unidades familiares y de la comunidad destinadas a mejorar el abastecimiento de agua y las condiciones sanitarias”¹⁹ (Banco Mundial, 1975, p. 5).*

¹⁸ O princípio básico da reforma dos sistemas de saúde vai desde a necessidade de mudar a orientação quanto ao tratamento individual de alto custo das enfermidades com critério unicamente curativo por outra de promoção da saúde sobre uma base contínua em nível da comunidade (...). O serviço de saúde reformado oferecerá cuidados curativos limitados com base em medicamento padrão e procedimentos simples que podem ser administrados sobre a área por trabalhadores de saúde que tenham recebido um treinamento breve.

¹⁹ “As reformas dos serviços que se destinam aos grupos mais pobres da população devem concentrar-se em melhorar a saúde em nível da comunidade, incluindo entre seus objetivos a obtenção de mudanças nos hábitos e atitudes de vida e a realização de atividades em nível das unidades familiares e de comunidade destinadas a melhorar o abastecimento de água e as condições sanitárias”.

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

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

Com isso, o Banco Mundial propõe a construção de um modelo de serviço público descentralizado em nível de comunidade, destinado às populações pobres, transferindo para o indivíduo, a família ou a comunidade a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso dos serviços públicos. “Además, el grado de eficacia de los servicios de promoción de la salud basados en la comunidad dependerá inevitablemente del grado de cohesión y sentido de responsabilidad sociales de una comunidad²¹ (Banco Mundial, 1975, p.37).

²⁰ Para aumentar a eficácia dos recursos e assegurar um acesso mais eqüitativo aos cuidados de saúde é necessário que os governos reduzam seus gastos em hospitais e pessoal altamente qualificado e dediquem mais recursos a dotar de pessoal os serviços de saúde de menor nível em regiões que disponham de poucas ou nenhuma instalação deste tipo. Estes serviços deverão dedicar-se sobretudo em melhorar a saúde ambiental e pública, as práticas de saúde individual e a nutrição. Também se pode conseguir uma maior economia analisando a relação custo-benefício das atividades em matéria de saúde e mediante uma melhor administração e políticas de fixação de preços mais racionais.

²¹ “ademais, o grau de eficácia dos serviços de promoção de saúde com base na comunidade dependerá inevitavelmente do grau de coesão e sentido de responsabilidade social da comunidade”.

Junto com esta alternativa, o Banco propõe também um sistema de serviços privados, destinado ao restante da população. *“En los países en desarrollo, los grupos prósperos de la población tienen capacidad económica para obtener a precios de mercado la mayoría de los servicios de salud que necesitan, por lo que no se justifican fácilmente las subvenciones públicas a tales grupos, cualquiera que sea el criterio que se invoque”*²² (Banco Mundial, 1975, p.37).

Nesta perspectiva, o acesso aos serviços de saúde deixa de ser um direito universal de todo cidadão e dever do Estado, modifica-se a amplitude das políticas de saúde e recupera-se o conceito de equidade com o intuito de substituir a discussão da distribuição de renda, tema crucial no debate da questão do desenvolvimento.

A cobrança pela assistência à saúde, mesmo no sistema público, é apresentada como uma forma de arrecadar recursos para os investimentos necessários aos programas seletivos e focalizados, ao mesmo tempo em que esta prática serviria para diminuir a demanda por serviços de saúde, especialmente por parte daqueles que “simulam” doenças e fazem uso de serviços especializados sem necessidade.

El sistema de fijación de precios de los servicios gubernamentales de salud reviste una importancia crítica no sólo para la movilización de fondos sino también para la asignación de recursos en el sector de la salud. Es importante formular métodos para desalentar a los que se fingen enfermos y a los que tienden a hacer uso de servicios médicos avanzados que quizá no necesitan. Una política de fijación de los precios de los servicios de salud según su costo íntegro daría a la población motivos financieros considerables para evitar los hospitales (especialmente los servicios de hospitalización) y acudir en su lugar a las consultas externas de éstos y a los puestos locales de salud, servicios que resultan menos caros. Un plan semejante serviría también para movilizar fondos que el gobierno podría usar para financiar actividades por las que no puede cobrar a los usuarios. También resulta

²² “Nos países em desenvolvimento, os grupos prósperos da população têm capacidade econômica para obter a preços de mercado a maioria dos serviços de saúde que necessitam, por isso não se justificam facilmente as subvenções públicas a tais grupos, qualquer que seja o critério que se invoque”.

*tentador introducir un sistema de precios diferentes para los ricos y los pobres.*²³
(Banco Mundial, 1975, p.50).

Com a adoção destas medidas, pelos governos dos países “em desenvolvimento”, o Banco acreditava ser possível ampliar a cobertura de serviços simplificados para as massas que habitam nas periferias das cidades, e para as populações das zonas rurais, inclusive sugerindo a valorização de práticas de medicina popular em substituição à medicina científica.

*Los sistemas oficiales de salud están actualmente capitalizados en exceso; se gasta demasiado en médicos y hospitales en las zonas urbanas, en tanto que la cobertura en las zonas rurales es sumamente limitada. En el futuro, la política de salud debería corregir esta tendencia: (1) ampliando la cobertura del sistema de atención primaria de la salud; (2) haciendo que los puestos de salud y los hospitales de distrito existentes respondan mejor a las necesidades del trabajador de atención primaria de la salud, y (3) planificando el modo de impartir los cuidados primarios con el objetivo de complementar la función desempeñada por los curanderos tradicionales en las sociedades rurales*²⁴ (Banco Mundial, 1975, p.50).

Ao propor certas medidas para a área da saúde dos países “em desenvolvimento”, o Banco parece querer difundir um modelo de atenção à saúde para os pobres, o qual pode

²³ O sistema de fixação de preços dos serviços governamentais de saúde reveste-se de uma importância crítica não só para a mobilização de fundos como também para a dotação de recursos ao setor de saúde. É importante formular métodos para desestimular os que se fingem de doentes e os que tendem a fazer uso de serviços médicos avançados que quiçá não necessitam. Uma política de fixação de preços dos serviços de saúde segundo seu custo integral daria a população motivos financeiros consideráveis para evitar os hospitais (especialmente os serviços de hospitalização) e buscar em seu lugar as consultas ambulatoriais e os postos locais de saúde, serviços que são mais baratos. Um plano semelhante serviria também para mobilizar fundos que o governo poderia usar para financiar atividades pelas quais não pode cobrar dos usuários. Também é tentador a introdução de um sistema de preços diferenciados para os ricos e os pobres.

²⁴ Os sistemas oficiais de saúde estão atualmente capitalizados em excesso; se gasta muito em médicos e hospitais nas zonas urbanas, ao passo que a cobertura nas zonas rurais é extremamente limitada. No futuro, a política de saúde deveria corrigir esta tendência: (1) ampliando a cobertura do sistema de atenção primária em saúde; (2) fazendo com que os postos de saúde e os hospitais de distrito existentes respondam melhor às necessidades do trabalhador de atenção primária em saúde, e (3) planificando o modo de distribuição de cuidados primários com o objetivo de complementar a função desempenhada pelos curandeiros tradicionais nas sociedades rurais.

vigorar em algumas culturas específicas, porém, em outras, e mesmo no caso do Brasil, já está superado enquanto prática assistencial.

Nas propostas do Banco, os recursos humanos que atuariam nos serviços públicos, deveriam originar-se da própria comunidade o que, segundo eles, facilitaria a permanência e o maior conhecimento da população. Tais trabalhadores, receberiam um tipo de formação elementar e simplificado, suficiente para executarem atividades de prevenção, cuidados materno-infantil, planejamento familiar e orientações voltadas para o meio ambiente.

Las reformas de los sistemas de salud orientadas a extender la cobertura de éstos a las comunidades rurales y a los pobres de las zonas urbanas deben hacer hincapié en las medidas ambientales y preventivas destinadas a controlar la incidencia de las enfermedades, combinándolas con el uso de medicamentos estándar y procedimientos simples para el tratamiento de las enfermedades. La puesta en práctica de un plan semejante requiere adoptar un nuevo enfoque en cuanto a la formación del personal y a la organización de los sistemas de atención de la salud. Esencialmente, el objetivo es promover los servicios de salud desde dentro de la comunidad y sobre una base continua, en lugar de desde fuera y basándose en cuidados episódicos en caso de crisis²⁵ (Banco Mundial, 1975, p.49).

El que el trabajador de salud tenga conocimientos limitados de tratamientos curativos será aconsejable, a fin de asegurar que disponga de suficiente tiempo para realizar actividades ambientales y preventivas. Se le enseñarán las técnicas elementales de cuidados maternos e infantiles, de partos y de control del crecimiento de los niños, especialmente para detectar problemas de nutrición, el trabajador de salud organizará sesiones maternas para alimentar a los niños desnutridos e impartir educación sobre nutrición a las madres, llevará a cabo las

²⁵ As reformas dos sistemas de saúde orientadas para estender a cobertura às comunidades rurais e aos pobres das zonas urbanas devem concentrar-se nas medidas ambientais e preventivas, destinadas a controlar a incidência das enfermidades, combinando-as com o uso de medicamento padrão e procedimentos simples para o tratamento de enfermidades. Para colocar em prática semelhante plano requer a adoção de um novo enfoque quanto à formação de pessoal e à organização dos sistemas de atenção de saúde. Essencialmente, o objetivo é promover os serviços de saúde a partir da comunidade e sobre uma base contínua, em lugar de externo e baseando-se em cuidados episódicos em casos de crises.

*vacunaciones y se ocupará de fomentar la planificación familiar*²⁶ (Banco Mundial, 1975, p.51/52).

Atribui-se à este trabalhador comunitário, apesar de sua limitada qualificação, a função de diagnosticar e acompanhar o tratamento de doenças no âmbito da comunidade. Para o Banco, estas funções, poderiam também, serem assumidas por instituições não governamentais, religiosas, etc.

*En un sistema reformado, el trabajador de salud comunitario deberá vivir en la comunidad a la que sirva y lograr el respeto de ésta, así como integrarse en la sociedad local de modo que pueda identificar las enfermedades sin esperar a que los pacientes inicien los contactos en el puesto de salud. A veces serán necesarias las visitas domiciliarias periódicas para llevar a cabo esa evaluación y, en otros casos, las instituciones políticas, sociales o religiosas locales podrán brindar oportunidades para ejercer este tipo de vigilancia de las condiciones de salud de la comunidad*²⁷ (Banco Mundial, 1975, p.51).

O Banco não se descuidou nem mesmo das estratégias de “formação” a serem utilizadas na preparação destes trabalhadores. Poderiam ser realizadas em etapas, por meio de capacitação ou treinamento em serviço. O acesso ao conhecimento mais complexo seria progressivo, servindo como recompensa aos êxitos alcançados nas atividades elementares. *“Para los trabajadores de salud con base en la comunidad es probable que la mejor manera de recibir adiestramiento sea por etapas, (...) la enseñanza de técnicas curativas cada vez más avanzadas deberá impartirse de acuerdo con actuación satisfactoria de los*

²⁶ É aconselhável que o trabalhador de saúde tenha conhecimentos limitados de tratamentos curativos, a fim de assegurar que disponha de tempo suficiente para realizar atividades ambientais e preventivas. Se ele aprender as técnicas elementares de cuidados materno-infantil, de partos e de controle do crescimento das crianças, especialmente para detectar problemas de desnutrição, o trabalhador de saúde organizará reuniões maternas para alimentar as crianças desnutridas e realizar educação sobre nutrição para as mães, realizará vacinações e se ocupará de fomentar a planificação familiar.

²⁷ Em um sistema reformado, o trabalhador de saúde comunitário deverá viver na comunidade a que serve e conseguir o respeito desta, assim como integrar-se na sociedade local de modo que possa identificar as enfermidades sem esperar que os pacientes iniciem os contatos no posto de saúde. As vezes serão necessárias visitas domiciliares periódicas para concluir esta avaliação e, em outros casos, as instituições políticas, sociais ou religiosas locais poderão criar oportunidades para exercer este tipo de vigilância das condições de saúde da comunidade.

trabajadores comunitarios en la actividades básicas de salud preventiva y ambiental".²⁸ O êxito destas estratégias poderia ser medido, segundo o Banco, pelo "*número de aceptantes de contraceptivos, las vacunaciones realizadas, las letrinas construidas y el nivel de abastecimiento de agua del pueblo*".²⁹ A forma de avaliação dos trabalhadores de saúde, "*deberá vincularse directamente a critérios para otorgar aumentos de sueldo y promociones*"³⁰ (Banco Mundial, 1975, p.52).

A forma proposta para o controle e o acompanhamento destes trabalhadores, constituia-se em um sistema hierarquizado de poder e responsabilização: "*la supervisión inmediata de estos trabajadores de salud comunitarios estará a cargo de auxiliares, que serán trabajadores de promoción de la salud comunitaria en régimen de jornada completa y con dieciocho meses a dos años de adiestramiento en salud después de la educación primaria o, a ser posible, de la secundaria*"³¹ (Banco Mundial, 1975, p.53).

Os argumentos para a utilização deste "modelo" de atenção à saúde chega ao limite, quando afirmam que "*este tipo de trabajadores de salud estará mucho mejor preparado técnica y socialmente que el médico clínico para hacer frente al cuadro de enfermedades de las comunidades de escasos recursos*"³² (Banco Mundial, 1975, p.52). Quanto ao controle deste tipo de serviço de saúde, pensou-se em duas estratégias:

Existen dos alternativas para la administración superior de este servicio: de acuerdo con un sistema, el auxiliar de supervisión es responsable, a su vez, ante un "médico administrador de atención primaria". (...) Otro procedimiento para dirigir el servicio de los auxiliares de supervisión es confiar la administración del servicio de salud reformado a personas que tengan amplios conocimientos en cuestiones de

²⁸ "Para os trabalhadores de saúde com base na comunidade é provável que a melhor maneira de receber treinamento seja por etapas,(...) o ensino de técnicas curativas cada vez mais avançadas deverá ser fornecida de acordo com as atividades básicas de saúde preventiva e ambientais".

²⁹ "o número de adesão a contraceptivos, vacinações realizadas, latrinas construídas e o nível de abastecimento de água do povo".

³⁰ "deverão vincular-se diretamente a critérios para dar aumento de salários e promoções".

³¹ "A supervisão imediata destes trabalhadores de saúde comunitária estará a cargo de auxiliares, que serão trabalhadores de promoção de saúde comunitária em regime de jornada completa e com dezoito meses a dois anos de treinamento em saúde depois de concluído a educação primária ou, se possível, da secundária".

³² "Este tipo de trabalhador de saúde estará muito melhor preparado técnica e socialmente que o médico clínico para fazer frente ao quadro de enfermidades das comunidades com escassos recursos".

*desarrollo rural, tareas comunitarias y administración, pero que no sean médicos*³³
(Banco Mundial, 1975, p.54).

Por fim, como não poderia deixar de ser, *“para funcionar económicamente el sistema necesita procedimientos y medicinas que sean sencillos y baratos en la mayor medida posible, quedando descartadas las complicadas exploraciones con fines diagnósticos de la medicina occidental avanzada”*³⁴ (Banco Mundial, 1975, p.54).

Pelas propostas que o Banco Mundial apresenta em seus documentos, um sistema nacional de saúde não compreenderia os princípios de universalidade e integralidade; a participação do Estado no fornecimento de serviços públicos de saúde teria como parâmetro básico, interesses de caráter econômico:

*El papel de los gobiernos en este sector puede ilustrarse haciendo referencia a tres situaciones bien definidas. La primera se relaciona con la prestación de servicios de salud a un grupo especial de trabajadores o a una pequeña zona de importancia económica vital. (...) En segundo lugar es preciso considerar los programas para controlar enfermedades específicas a escala nacional (...). Por último están los programas para mejorar la salud general de la gran masa de la población*³⁵ (Banco Mundial, 1975, p.35-37).

Sem perder esta perspectiva econômica, afirmam que os programas destinados a melhorar a saúde dos pobres, *“pueden considerarse como ‘consumo’, que es el objetivo*

³³ Existem duas alternativas para a administração superior deste serviço: de acordo com um sistema, o auxiliar de supervisão estaria subordinado a “um médico administrador de atenção primária” (...). Outro procedimento para dirigir o serviço dos auxiliares de supervisão é confiar a administração do serviço de saúde reformado a pessoas que tenham amplos conhecimentos em questões de desenvolvimento rural, trabalhos comunitários e administração, porém que não sejam médicos.

³⁴ “Para funcionar economicamente, o sistema necessita procedimentos e práticas médicas que sejam simples e baratos em sua maioria, sendo descartadas as complicadas investigações com fins de diagnóstico da medicina ocidental avançada”.

³⁵ O papel dos governos neste setor pode ser ilustrado fazendo-se referência a três situações bem definidas. A primeira se relaciona com a prestação de serviços de saúde a um grupo especial de trabalhadores ou a uma pequena região de importância econômica vital.(...) Em segundo lugar é preciso considerar os programas para controlar enfermidades específicas em escala nacional(...). Por último estão os programas para melhorar a saúde geral de grande parte da população.

final del desarrollo económico, y como inversión productiva”³⁶ (Banco Mundial, 1975, p.29).

Quanto à avaliação das políticas e programas de governo, no setor de saúde, os critérios a serem utilizados deveriam ser os mesmos empregados nos empreendimentos comerciais, ou seja a relação custo/benefício. *“A fin de lograr los mejores resultados com los recursos disponibles, los programas gubernamentales de salud deben formularse sobre la base de estudios de la eficacia en función de los costos”*³⁷ (Banco Mundial, 1975, p.37).

Esse conjunto de propostas apresentadas em 1975 para as reformas do setor de saúde dos países “em desenvolvimento”, não foram abandonadas pelo Banco nas versões mais recentes. Porém, o discurso foi atualizado e as propostas foram aperfeiçoadas, revelando um maior conhecimento sobre o campo da saúde e uma maior clareza sobre os objetivos que pretendem. No Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993, é apresentado um diagnóstico sobre os sistemas de saúde dos países “em desenvolvimento”, revelando uma série de problemas de que padeceriam estes sistemas. Sestacando-se, entre outros, a “má alocação de recursos”, onde o dinheiro público estaria sendo gasto em intervenções de pouca eficácia em função dos custos; a “desigualdade social”, que segundo o Banco Mundial ocorre quando os gastos públicos com saúde privilegiam os mais favorecidos sob a forma de assistência médica hospitalar, sofisticada, de nível terciário; a “ineficiência” na administração dos serviços de saúde e os “custos estratosféricos” da assistência médico-hospitalar, que se daria em função do aumento de especialistas e da incorporação de novas tecnologias médicas, exames e tratamentos dispendiosos.

Partindo deste diagnóstico, o Banco Mundial passou a preconizar políticas governamentais, as quais, segundo ele, deveriam combinar três medidas estratégicas: A primeira, deveria criar “ambiência econômica” para que as famílias melhorassem suas condições de saúde, através de políticas de crescimento econômico, que assegurassem mais renda aos pobres e uma melhor escolarização, particularmente das meninas. A segunda, buscaria redirecionar os gastos governamentais para programas mais eficazes em função dos custos e focalizados nos pobres, como por exemplo, os “programas de saúde pública” e

³⁶ “Podem considerar-se como consumo, que é o objetivo final do desenvolvimento econômico, e como investimento produtivo”.

³⁷ “A fim de conseguir os melhores resultados com os recursos disponíveis, os programas governamentais de saúde devem formular-se sobre a base de estudos da eficácia em função dos custos”.

“serviços clínicos essenciais”. A terceira medida, deveria propiciar diversificação e concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde. Com tais medidas, ter-se-iam melhores resultados na área da saúde, maior contenção de custos e usuários mais satisfeitos (Banco Mundial, 1993). Transcrevemos, no Quadro 2, uma síntese das propostas contidas no relatório do Banco de 1993 – “Investindo em Saúde”.

Quadro 2 - Síntese das propostas do Banco Mundial para o setor de saúde

<i>O investimento em saúde: principais</i>	mensagens deste relatório
<p>Este relatório propõe uma abordagem triplíce para políticas governamentais que promovam a saúde. <i>Criar um ambiente propício a que as famílias melhorem suas condições de vida</i></p> <p>As decisões tomadas em âmbito familiar são determinantes para a saúde, mas a renda e a instrução dos membros da família as restringe. Além de promoverem o crescimento econômico geral, os governos podem também contribuir para que essas decisões sejam mais acertadas, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adotarem políticas de crescimento econômico que beneficiem os pobres (inclusive quando necessário, políticas de ajuste que assegurem gastos em saúde eficazes em função dos custos). • Expandirem o investimento em ensino, particularmente de meninas. • Promoverem os direitos e a condição da mulher, concedendo-lhe mais poderes políticos e econômicos e proteção legal contra a violência. <p><i>Tornar mais criteriosos os gastos públicos com saúde</i></p> <p>Para a maioria dos governos, o desafio está em concentrar recursos na compensação das deficiências do mercado e no financiamento eficiente de serviços que beneficiem sobretudo os pobres. Várias diretrizes de política respondem a esse desafio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir os gastos do governo com instalações de atendimento terciário, com capacitação de especialistas e com intervenções que propiciem pouco ganho em saúde em relação ao dinheiro despendido. • Financiar e implementar um pacote de intervenções de saúde pública a fim de combater as grandes externalidades que envolvem o controle de doenças infecciosas, a prevenção da AIDS, a poluição ambiental e comportamentos (como dirigir embriagado) que põem a vida de terceiros em perigo. • Financiar e garantir a implementação de um pacote de serviços clínicos essenciais. Cabe a cada país definir a composição e a abrangência de tal pacote, levando em conta condições epidemiológicas, preferências locais e renda. Na maioria dos países, o financiamento público (ou o financiamento tornado obrigatório pelo governo) do pacote clínico essencial seria um mecanismo politicamente aceitável para dar aos pobres melhorias de bem-estar e um bem produtivo: saúde. 	<p>mensagens deste relatório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprimorar a administração dos serviços de saúde do governo, mediante medidas como descentralização de responsabilidades, contratação de serviços especializados de terceiros e autonomia orçamentária. <p><i>Promover a diversificação e a concorrência</i></p> <p>Se os governos financiassem a saúde pública e pacotes nacionais de serviços clínicos essenciais, os serviços clínicos restantes poderiam ser financiados pelo setor privado ou pela previdência social, segundo parâmetros de políticas estabelecidas pelo governo. Os governos podem incentivar a diversificação e a concorrência na prestação de serviços de saúde e no seguro-saúde, mediante políticas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivem a previdência social ou privada (mediante regulamentação que promova acesso equitativo e contenção de custos) no caso de serviços clínicos não-contidos no pacote essencial. • Incentivem a concorrência entre os fornecedores (públicos e privados) na prestação de serviços clínicos e no fornecimento de insumos, como medicamentos, a serviços de saúde financiados pelo governo e pelo setor privado. Não se deve proteger os fornecedores internos da concorrência internacional. • Gerem e disseminem informações acerca de: desempenho dos prestadores de serviços, equipamentos e medicamentos essenciais, custo e eficácia das intervenções e credenciamento de instituições e prestadores de serviços. <p>Os fantásticos progressos obtidos na área da saúde devem-se em grande parte aos avanços científicos ocorridos neste século, que propiciaram não só informações para servir de base à ação de famílias e governos, como o desenvolvimento de tecnologias preventivas, curativas e de diagnose. Investir no progresso continuado da ciência aumentará a eficácia de cada um dos elementos que compõem a abordagem triplíce proposta neste relatório. Como os frutos da ciência beneficiam todos os países, a colaboração internacional, da qual já se tem vários exemplos bastante promissores, será quase sempre o melhor meio de proceder.</p>

Fonte: Relatório Anual do Banco Mundial, 1993

Cabe destacar algumas questões apresentadas no Quadro 2, as quais são retomadas em diversos momentos do referido relatório. Como por exemplo, a defesa de investimentos educacionais básicos para as meninas, necessários para que estas pudessem compreender e absorver as orientações dadas e, no futuro, responsabilizarem-se pelos cuidados básicos de saúde de sua família, cuidar e educar melhor os seus filhos. Mas, sobretudo, cabe destacar a lógica econômica que permeia as propostas do Banco para o setor de saúde e a insistência na inclusão e expansão da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde.

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

Por fim, cabe ressaltar a visão compensatória que acompanha as propostas do Banco Mundial para a área da saúde, afirmando que o grande desafio dos governos seria “concentrar recursos na compensação das deficiências do mercado”. Além destas questões “propositivas”, alguns conceitos esboçados no documento de 1975 e desenvolvidos no relatório de 1993 merecem um olhar mais atento, pois em nosso ponto de vista, são eles que irão dar o suporte teórico/metodológico às propostas que o Banco Mundial propõe, como possíveis políticas de saúde a serem implementadas pelos governos dos países periféricos.

2.3 A CONCRETUDE DOS CONCEITOS

A partir da utilização dos conceitos de “bem público” e “bem privado”, o Banco define, em grande medida, qual deveria ser o papel do Estado e os limites de sua atuação na área da saúde. Para esta instituição, as políticas estatais deveriam se restringir às ações com caráter de bem público; as intervenções no campo do consumo privado de saúde,

compreendido como, “o que incide diretamente e beneficia um indivíduo”, só deveriam ser realizadas pelo Estado quando as mesmas comportarem uma grande “externalidade”, ou seja, quando o consumo individual beneficiar a muitos. “Bens públicos” é definido pelo Banco como sendo aqueles que “caracterizam-se essencialmente pelo fato de que todos podem usá-los ou beneficiar-se deles sem que tais uso e benefício fiquem limitados para os demais” (Banco Mundial, 1993, p.58).

Ao explicitar este pressuposto, desta forma, pode parecer a primeira vista que o Banco estaria abandonando o princípio do individualismo, próprio do liberalismo. Contudo, ao se fazer as devidas vinculações e derivações destes conceitos, os quais encontram suporte teórico na “Teoria das Decisões Coletivas”,³⁸ é possível afirmar que não há nenhuma incoerência teórica entre a proposta do Banco para as políticas estatais no campo da saúde e o pensamento liberal. Apesar das aparências, a defesa da produção prioritária de bens públicos pelo Estado, não transcende, nem fere a perspectiva que coloca o indivíduo no centro de todo processo, porque igualmente o “bem público” é um bem do indivíduo, que deveria ser alcançado através do mercado ou, como este freqüentemente não proporciona bens desta natureza, deveriam ser oferecidos através de recursos públicos.

Perpassam também o Relatório do Banco de 1993, os conceitos de “serviços de saúde pública” e “serviços clínicos essenciais”, os quais vão ajudar a compor a proposta de reforma para o setor de saúde. O primeiro, por ser “altamente eficaz em função dos custos” e o segundo, por se constituir em “estratégia de atendimento clínico para mitigar a pobreza”.

Para o Banco, a Saúde Pública “lida com os problemas de populações inteiras ou subgrupos populacionais. Visa prevenir doenças ou traumas ou prestar informações sobre a automedicação e a importância de buscar tratamento”. No que se refere ao funcionamento dos programas de saúde pública, estes funcionariam de três modos: “prestam *serviços de saúde* específicos às *populações*, promovem *comportamentos* saudáveis e promovem

³⁸ Esta teoria se ocupa de problemas que têm profundas raízes na história do pensamento político ocidental. A sua novidade está no método com que apresenta o estudo de questões antigas sobre as condições de funcionalidade e estabilidade de formas de governo democrático. Apresenta uma estrutura lógico-dedutiva que, partindo de alguns axiomas referentes ao comportamento na escolha individual, estabelece uma série de teoremas relativos à agregação das preferências individuais numa escolha coletiva. O ponto de partida desta teoria é a noção de decisões coletivas, distinguindo entre decisões individuais e as provenientes de uma coletividade. Entretanto, a decisão coletiva não precisa necessariamente ser tomada pela coletividade, uma

ambientes saudáveis”. O governo teria papel relevante na prestação de informações, sobretudo nos programas destinados a mudar o comportamento (Banco Mundial, 1993, p.77).

Quanto aos “serviços clínicos”, o Banco considera como sendo aqueles que “atendem à demanda dos indivíduos. Geralmente buscam curar ou aliviar a dor dos que já estão enfermos”. No “pacote de saúde pública”, o Banco propõe seis áreas de atuação estipulando algumas atividades específicas:

1. Serviços de saúde para segmentos populacionais (imunização, tratamento em massa para verminoses, triagem em massa de doenças como Ca uterino e tuberculose,)
2. Nutrição (educação nutricional, suplementação e reforço alimentar)
3. Fecundidade (serviços de planejamento familiar, aborto sem risco)
4. Tabaco e outras drogas (programas para redução do consumo de tabaco e álcool)
5. Meio ambiente familiar e externo (ação reguladora, controle de vetores e poluição, saneamento, políticas para melhorar o ambiente doméstico como renda e instrução).
6. AIDS (prevenção, encarar como ameaça ao desenvolvimento) (Banco Mundial, 1993, p. 77).

No “pacote de serviços clínicos essenciais”, apresentado pelo Banco Mundial, fariam parte “no mínimo, cinco grupos de intervenções que tenham por alvo impactos de doenças muito fortes”, a saber:

- Serviços de assistência à gestante (atendimento pré-natal, no parto e pós-parto).
- Serviços de planejamento familiar.
- Controle da tuberculose, sobretudo por meio de medicação.
- Controle das DST.
- Atendimento a doenças graves comuns em crianças pequenas - doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, sarampo, malária e desnutrição aguda (Banco Mundial, 1993, p.11).

Apesar de admitir as dificuldades em “medir” a saúde, o Banco acaba encontrando um instrumento para quantificá-la. No documento de 1975 afirma que “*la esperanza de vida al nacer y a edades seleccionadas es el instrumento más fidedigno de que se dispone*

única pessoa pode decidir por todos, desde que a sua decisão vincule toda a coletividade (Bobbio, 1992, p.107/309).

para medir la situación de la salud”³⁹ (Banco Mundial, 1975, p.6). Em 1993, apresenta uma nova forma e fórmula para medir o impacto das doenças e das ações de saúde em função dos custos, o indicador “Anos de Vida Ajustados por Incapacidade” (AVAI), que soma os anos de vida sadia e produtivos, perdidos em virtude de óbitos prematuros, mais os anos perdidos por incapacidade. Para cada óbito, definiu-se o número de anos de vida perdidos como sendo a diferença entre a idade em que realmente ocorreu o óbito e a expectativa de vida nesta mesma idade numa população com baixo índice de mortalidade. Em se tratando de incapacidade, estimou-se a incidência de casos por idade, sexo e região demográfica tomando por base levantamentos comunitários e, quando necessário, o parecer de especialistas; calculou-se então o número de anos de vida saudável perdidos multiplicando a duração esperada do estado de incapacidade (até a recuperação ou a morte) por um peso que mede a gravidade da invalidez em comparação com a perda da vida. O valor de cada ano perdido vai desde zero no nascimento até um pico aos 25 anos, caindo então gradualmente com a idade (Banco Mundial, 1993, p. 28).

Tal indicador é apresentado como parâmetro para a implementação de políticas de saúde, devendo ser utilizado para medir e antecipar a eficácia das ações propostas. Note-se que a morte de uma criança recém-nascida, tem valor zero neste cálculo, da mesma forma, a morte de um idoso conta pouco em termos de valores perdidos ou ganhos. Portanto, se os investimentos públicos tiverem como base esta lógica, os grupos populacionais com “baixo valor agregado” teriam ações e serviços de saúde marginais.

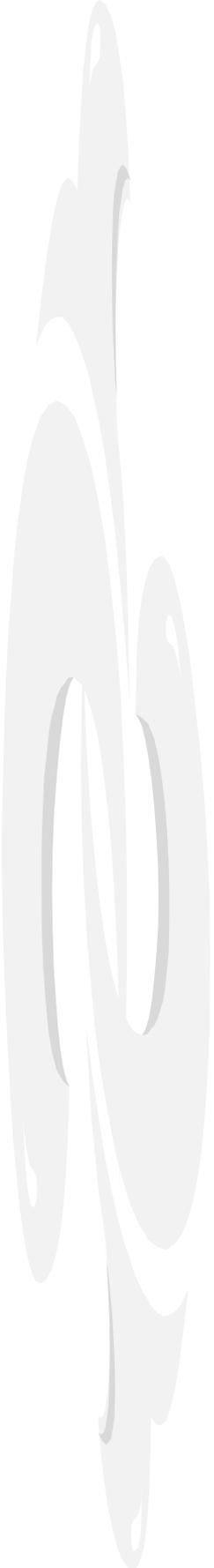
Outros conceitos fartamente utilizados pelo Banco, no relatório de 1993, é o de “gastos essenciais” e “gastos discricionários”, sendo o primeiro vinculado às medidas eficazes em termos de custos, ou seja, aquelas que demandam pouco investimento e passíveis de serem realizadas em centros de saúde e nas comunidades; e os gastos discricionários, aqueles que são realizados em serviços hospitalares de atenção secundária e terciária e demandam altos investimentos, sendo caracterizados como pouco eficazes em função dos custos.

A partir destes conceitos, o Banco Mundial apresenta três princípios que deveriam nortear as reformas dos sistemas de saúde”, dos países “em desenvolvimento”:

³⁹ “a esperança de vida ao nascer e as idades selecionadas são os instrumentos mais fidedignos de que se dispõe para medir a situação de saúde”.

- Muitos dos serviços relacionados com a saúde, como a transmissão de informações e o controle de doenças contagiosas, são *bens públicos* (...). Como os mercados privados só proporcionam pouquíssimos bens públicos para a saúde, faz-se necessário que o governo intervenha para aumentar a oferta desses bens.
- Prestar serviços de saúde eficientes em termos de custos aos pobres é um meio eficaz e socialmente aceitável de *reduzir a pobreza* (...). Os mercados privados nunca darão aos pobres o acesso adequado a serviços clínicos essenciais, nem ao seguro de que em geral necessitam para fazer face a tais serviços. Nada mais justo, portanto, que o governo financie o atendimento clínico essencial para mitigar a pobreza.
- Talvez se faça necessário a atuação do governo para neutralizar problemas gerados por *incertezas* e por *deficiências do mercado regulado* (...). Os governos têm importante papel a cumprir no tocante à regulamentação dos seguros privados, ou ao estabelecimento de alternativas, como a previdência social, a fim de assegurar cobertura ampla e conter os custos (Banco Mundial, 1993, p.5/6).

Com essa análise, tem-se uma visão geral das propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de saúde dos países periféricos. É claro que a implementação destas propostas, ou mesmo de parte delas, em qualquer realidade, quando ocorrem, não se concretizam da mesma forma como idealizadas, nem obtêm-se os mesmos resultados esperados, pois os contextos são distintos, complexos e contraditórios, impondo tensões e mediações no processo de implementação de qualquer proposta ou modelo. Apesar disso, é possível vislumbrar semelhanças entre as orientações do Banco Mundial e as políticas de saúde implementadas no Brasil na década de noventa. Sobre esta relação é que tratam os capítulos seguintes deste trabalho.



CAPÍTULO 3

O BANCO MUNDIAL, O BRASIL E A SAÚDE: UMA AGENDA DE REFORMAS

3.1 UM POUCO DE HISTÓRIA

Antes de tratar propriamente das propostas do Banco Mundial para o setor de saúde brasileiro, será feita uma breve incursão na história das relações entre esta instituição e o Brasil, o que permitirá visualizar aspectos importantes da relação que o Banco estabelece com os países membros.

Neste meio século de existência do Banco Mundial, as relações com o Brasil sofreram flutuações marcadas por questões político/ideológicas e econômicas, vinculadas a mudanças nas prioridades estabelecidas por esta instituição. “As inflexões observadas na política global de empréstimos do Banco Mundial traduziram-se, com semelhante ênfase, nas mudanças de orientação em sua forma de atuação no Brasil. A dinâmica das relações econômicas internacionais engendrou novas funções ao Banco Mundial” (Gonzalez, 1990, p.149/150). Da mesma forma, pode-se dizer que as transformações ocorridas em nível global, articuladas a outros processos e ao próprio redirecionamento dos objetivos do Banco, teve ascendência nas políticas de promoção do desenvolvimento econômico em nível nacional.

De 1949, data do primeiro acordo de empréstimo do Banco Mundial ao Brasil,¹ até os dias atuais, teve dois períodos de interrupções nas relações com esta instituição; o primeiro período ocorreu entre 1955 e 1957, e o segundo, de 1960 a 1964, em ambos os momentos, as divergências tiveram como base não só questões de ordem econômica, mas sobretudo, os desacordos resultaram de posturas nacionalistas dos governos brasileiros. O rompimento das relações, no primeiro período, aconteceu no governo de Juscelino Kubitschek em função de desentendimentos com o FMI, que queria impor condições consideradas inaceitáveis pelo então governo brasileiro, o que levou a uma ruptura informal

¹ Este acordo de empréstimo que correspondeu a 54% do valor total dos recursos aprovados pelo Banco Mundial naquele ano fiscal, foi destinado a Brazilian Light and Power Ltda – Companhia Brasileira Luz e Força Ltda, empresa privada de capital estrangeiro. Entre 1949 e 1954, 56% do valor dos empréstimos aprovados pelo Banco Mundial ao Brasil foram destinados à esta empresa (Gonzalez, 1990).

também com o Banco Mundial. No entanto, as discordâncias entre o Banco e o Brasil já se evidenciavam no período anterior, durante o Governo de Getúlio Vargas e, eram menos pelas dificuldades econômico/financeiras que o país enfrentava para equilibrar a balança de pagamentos e honrar com a sua dívida externa, e mais pela postura nacionalista de Vargas.

Uma forte crise cambial fez com que o Segundo Governo Vargas estabelecesse restrições à transferência de lucros e dividendos e à repatriação do capital estrangeiro, ambas intensificadas com a manutenção de uma taxa de câmbio sobrevalorizada. As reações do Banco a essas medidas foram registradas por certos autores, que assinalaram: “... tanto o Banco Mundial quanto o Departamento de Estado dos Estados Unidos enviaram alfinetadas notas de protesto. A partir daí, as relações entre o BIRD e o governo brasileiro mudaram, de um **arranjo de sociedade** visando à consideração conjunta de projetos de desenvolvimento, para relações frias e cheias de suspeitas (Gonzalez, 1990, p.41/42).

Mas também, o esfriamento das relações entre o Brasil e o Banco Mundial, naquele primeiro período, resultou da política externa americana, iniciado com o governo de Eisenhower, que defendia o direcionamento da ajuda do Banco aos países com risco político de aproximação com a União Soviética e geopoliticamente estratégicos para a nação americana na Guerra Fria; o Brasil, naquele período, não apresentava nenhuma destas duas condições.

Em 1958 e 1959, esboçou-se uma reaproximação entre o Brasil e o Banco Mundial, tendo sido firmado três acordos de empréstimos para o setor de energia elétrica. A partir daí, interromperam-se as transações, só voltando a ser retomadas em 1965, já com os militares no poder, que eram simpáticos ao governo norte-americano. Durante o curto período de administração de Jânio Quadros e, posteriormente, no governo de João Goulart, especialmente no primeiro semestre de 1963, quando foi aplicado o Plano Trienal, o qual previa uma política de estabilização ortodoxa nos moldes requeridos pelos organismos internacionais, fez-se uma tentativa de reatar as relações com o Banco Mundial. No entanto, o abandono do Plano Trienal, a promulgação de legislação que restringia a remessa de lucros e a discussão em torno da nacionalização da exploração do minério de ferro e do

petróleo, “ao realçarem o seu conteúdo nacionalista, podem também ter influenciado no sentido de reforçar a posição de distanciamento do Banco Mundial frente à possibilidade de aprovação de novos empréstimos” (Gonzalez, 1990, p. 45).

A partir da retomada das negociações com o Banco Mundial, no governo militar, até o momento, não houve novas interrupções, entretanto, em momentos de incertezas políticas como foi o caso das eleições de 1984 e 1989, “constatou-se um retraimento do Banco quanto à confirmação de novos empréstimos” (Gonzalez, 1990, p.153).

No transcorrer dos governos militares, o Brasil, aos poucos, foi ampliando o acesso aos recursos do Banco Mundial até tornar-se um dos seus principais prestatários, atingindo o ponto máximo em 1972. A razão disto, pode estar na quantidade de recursos disponíveis no mercado financeiro internacional naquele período, mas também, do ponto de vista político “o governo norte-americano, de fato, estava empenhado em desestimular aventuras esquerdistas no Cone Sul, que se avizinhavam no Chile e na Argentina, por exemplo, e o fortalecimento da economia brasileira não poderia ser melhor exemplo” (Araújo, 1991, p. 30).

No início dos anos oitenta, com a crise da dívida externa dos países periféricos e as dificuldades destes países obterem crédito junto aos bancos internacionais privados, as instituições de Bretton Woods foram chamadas a administrar a crise em nome da estabilidade financeira internacional. Assim, estas instituições, entre elas o Banco Mundial, se revigoraram e passaram a ganhar relevância, tanto como intermediadores nas negociações da dívida externa, como fornecedores de recursos para os países do “terceiro mundo” altamente endividados como o Brasil. O Banco Mundial teve, assim, a oportunidade de expandir suas ações e seu poder de influência, deslocando a ênfase dada nos anos setenta à diversificação dos projetos setoriais e, concentrando a sua política de empréstimos nos programas de ajuste econômico, os quais comportavam amplas medidas macroeconômicas, em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo *Consenso de Washington*. Segundo este cânone, o crescimento econômico só se daria combinando-se medidas de abertura da economia, aprofundamento da inserção na economia internacional e reestruturação do setor público e das políticas sociais.

No caso do BIRD, apesar de um certo deslocamento da ênfase setorial ocorrida no passado, a década de 80 revela que as preocupações de caráter macroeconômico são dominantes, importando menos as idiosincrasias setoriais (...). Assim, as prioridades setoriais cedem espaço às prioridades macroeconômicas mais complexas, e que, por vezes, invertem os rumos da política econômica dos países tomadores de recursos (Araújo, 1991, p. 81).

O Banco Mundial passou, então, a enfatizar atividades de assessoria econômica e política aos países prestatários, “tanto para orientá-los corretamente em relação às medidas tidas como adequadas, quanto para buscar alternativas no campo social capazes de reduzir os efeitos da política de ajuste estrutural” (Leher, 1998, p.136).

Seguindo a política geral do Banco, os acordos assinados com o Brasil, neste período, ampliaram em muito e se concentraram nos empréstimos de desembolso rápido vinculados a programas. Em 1984, com a exaustão da ditadura militar no Brasil, e a eleição de um governo civil para a Presidência da República, a avaliação que se fazia dos últimos anos de relacionamento do Brasil com o Banco Mundial, era de que, à medida em que “o volume de empréstimos concedidos praticamente dobrou e as condições operacionais tornaram-se, em alguns casos mais flexíveis, em contrapartida, o nível de tentativa de ingerência na política econômica (setorial e macroeconômica) tornara-se cada vez maior” (Nonnenberg, 1984, p.17).

Esta avaliação de Nonnenberg, faz parte de um trabalho denominado de “Banco Mundial relacionamento recente com o Brasil e perspectivas” o qual foi apresentado ao Comitê de Assessoramento do presidente Tancredo Neves, em outubro de 1984. Diagnosticava-se, neste trabalho, problemas que deveriam ser superados, tanto do ponto de vista da execução dos projetos financiados, quanto na atitude assumida pelo governo brasileiro nas negociações com o Banco: “Em contraste com a posição de maior mutuário do Banco Mundial, o Brasil é um dos países cujos projetos apresentam níveis mais baixo de desempenho. Essa situação se espelha principalmente pela alteração dos cronogramas de execução da grande maioria dos projetos, muitas vezes com sensíveis elevações de custos” (Nonnenberg, 1984, p.3).

As considerações contidas neste estudo, elaborado a pedido de Tancredo Neves, deveria servir de parâmetro para a relação do Banco Mundial com o Brasil a partir daquele período. Recomendava que “a postura, um pouco ao inverso do que vem sendo feito hoje, deve ser de apresentar ao organismo os objetivos e as estratégias no campo econômico e solicitar seu apoio, caso esteja de acordo. E não deixar que o Banco faça suas propostas e, a partir daí, convença o Governo do acerto das teses formuladas em Washington” (Nonnenberg, 1984, p.18).

Esta avaliação e as sugestões contidas na mesma, parecem não ter sido seguidas pelo governo da Nova República e os que o seguiram. Salvo algumas manifestações públicas de descontentamento, na prática, o Brasil continuou recorrendo aos empréstimos do Banco Mundial e aceitando as suas condicionalidades.

Ao longo destes anos de relacionamento com o Banco Mundial, os setores no Brasil que receberam e recebem maior atenção desta instituição, e conseqüentemente maior financiamento, são aqueles que se encontram no rol de prioridades estabelecidas pelo Banco. Até 1967, os projetos aprovados pertenciam exclusivamente ao setor de infraestrutura (energia, transporte e comunicação).

Na década subsequente, que engloba a administração McNamara e o período de mais intenso crescimento das operações brasileiras junto ao BIRD, observa-se uma diversificação setorial, embora não dirigida aos chamados setores sociais: energia (32,6%) e transporte (33%) continuam dominando amplamente, acompanhados do setor industrial (19,7%), que pela primeira vez recebe financiamento do Banco Mundial (Araújo, 1991, p. 56).

No final dos anos 70 e nos anos 80, o setor agrícola assumiu a liderança no montante dos empréstimos aprovados pelo Banco Mundial ao Brasil, com 22,1% do total. A ênfase nesta área relacionava-se aos objetivos do Banco de contribuir para o crescimento de um setor que se encontrava amplamente na mão da iniciativa privada, de introduzir a mecanização neste campo, expandindo o consumo de máquinas, adubos e venenos agrícolas, produzidos nos países centrais; e de conter o êxodo rural para as periferias das cidades. Neste período foram incluídos também o financiamento de alguns projetos

nacionais no setor de siderurgia, bancário e de educação. Quanto ao setor de saúde, os projetos brasileiros que tiveram a participação financeira do Banco Mundial, foram 11 até o momento e estão relacionados na Tabela 3.

Tabela 3 - Total de Contratos de Empréstimos do Banco Mundial (BIRD) para o setor de saúde brasileiro até 2000 (Em US\$ milhões)

Descrição do Projeto	N.º do empréstimo	Data de assinatura do acordo	Período de carência em anos	Valor Pactuado	Taxas de juros
Mutuário					
1.Saúde República Federativa do Brasil	2061-BR	12/1981	03	13,00	11,60
2.Cuidados Sanitários Básicos Estado de São Paulo	2447-BR	12/1984	03	55,50	7,59
3.Estudo de Políticas Nacionais de Saúde República Federativa do Brasil	2448-BR	02/1985	03	2,00	7,59
4.Nordeste I - Serviços Básicos de Saúde no Nordeste Rural República Federativa do Brasil	2699-BR	10/1986	03	59,50	7,65
5.Controle de Doenças Endêmicas no Nordeste República Federativa do Brasil	2931-BR	06/1988	03	109,00	7,59
6.Controle da Malária na Bacia Amazônica República Federativa do Brasil	3072-BR	12/1989	03	99,00	7,65
7.Nordeste II -Serviços Básicos de Saúde no Nordeste rural República Federativa do Brasil	3135-BR	12/1990	05	267,00	7,65
8.Controle da AIDS/DST República Federativa do Brasil	3659/BR	03/1994	05	160,00	7,65
9.Reforço à Reorganização do SUS-REFORSUS República Federativa do Brasil	4047/BR	09/1996	05	300,00	7,72
10.Controle da AIDS/DST República Federativa do Brasil República Federativa do Brasil	4392/BR	12/1998	05	165,00	7,65
11.Vigilância e Controle de doenças República Federativa do Brasil	4394/BR	12/1998	05	100,00	7,65

Fonte: IPEA, Banco Mundial e Ministério da Saúde.

O primeiro acordo na área da saúde, foi firmado em 1981, coincidindo com o período em que Clausen assumiu a presidência do Banco, quando as ações desta instituição se dirigiram para os ajustes estruturais e as reformas setoriais. Pelo menos um destes acordos de empréstimos assinado nos anos 80, visava ao estudo de políticas nacionais de

saúde, trata-se do contrato 2448 - BR. Os demais acordos firmados, naquele período, eram voltados para a “melhoria das condições de vida”, visando ao aumento da produtividade. Esta perspectiva, ligava-se à teoria do capital humano, que defendia a ampliação e a melhoria da qualificação e dos atributos individuais, como estratégia para elevar os níveis de emprego e renda, o que diminuiria os desequilíbrios no mercado de trabalho.

Os acordos de empréstimo com maior aporte de recursos, no campo da saúde, são dos anos 90, quando é retomado no interior do Banco Mundial, de forma mais insistente, a discussão da questão da pobreza e a necessidade das reformas setoriais, momento também que o setor de saúde emerge, em nível mundial, como um mercado promissor para o investimento privado. Mas não se pode esquecer de outro fenômeno que desempenhou significativa relevância na ampliação dos empréstimos do Banco para o setor de saúde dos países periféricos, foi a emergência e rápida disseminação de certas doenças transmissíveis, como a AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que vem sendo tratada, pelo governo americano e, conseqüentemente pelo Banco, como uma questão de segurança nacional.

As palavras do porta-voz da Casa Branca, Jim Kennedy, não deixam dúvidas sobre isto. “Nós estamos reconhecendo a natureza transnacional da doença e seus efeitos não apenas em parcelas significativas de populações, mas também em seus governos. Portanto, não é apenas uma preocupação de saúde global, mas também, de segurança nacional”(Folha de São Paulo, 1.º de mai. 2000, p.1-11). No entendimento do governo americano, as dimensões catastróficas que a AIDS estaria atingindo em todo o mundo, poderiam “derrubar governos no exterior, causar guerras étnicas e ameaçar décadas de trabalho pelo estabelecimento de regimes democráticos” (Folha de São Paulo, 1.º de mai. 2000, p.1-11).

Nos anos 90, particularmente a partir do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil expande enormemente o volume de empréstimos junto ao Banco Mundial, ficando entre os dez maiores prestatários do Banco. No contexto da América Latina e Caribe, no exercício de 1999, o Brasil foi o segundo colocado, apenas atrás da Argentina (dados do Banco Mundial).

3.2 AS PROPOSTAS DO BANCO MUNDIAL PARA O SETOR DE SAÚDE NO BRASIL: A CONTRA-REFORMA NÃO ANUNCIADA

O interesse do Banco Mundial, no setor de saúde brasileiro, acompanhou a retomada do discurso do combate à pobreza na última década e a emergência deste setor como um importante mercado para o investimento privado. A “atenção” dispensada para este setor nacional, pode ser comprovada pela quantidade de estudos e relatórios produzidos e divulgados por esta instituição, e pelo aumento dos projetos financiados. A título de ilustração, eis alguns destes estudos publicados na forma de documentos oficiais do Banco: *Brazil: Northeast Endemic Disease Control Project* (1988), *Policies for Reform of Health Care, Nutrition, and Social Security in Brazil* (1988), *Women’s Reproductive Health in Brazil* (1989), *Adult Health in Brazil: Adjusting to new Challenges* (1989),² *Issues in Federal Health Policy in Brazil*, (1991) e *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s* (1993).³ Quanto aos acordos de empréstimos, atualmente existem três projetos em andamento com a participação financeira do BIRD, sendo eles o Projeto de vigilância e Controle de Doenças, o segundo Projeto de Controle e Prevenção de DST/AIDS e o REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde, ou, como o Banco prefere denominar no acordo de empréstimo assinado com o Brasil, de “Projeto de Reforma do Setor de Saúde”. Para o Banco, este projeto destinava-se, efetivamente, a promover reformas no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Os estudos citados acima, teriam como objetivos, segundo o próprio Banco, contribuir para aprofundar o conhecimento sobre este setor nacional e apresentar sugestões para o “enfrentamento dos desafios do sistema de saúde brasileiro nas próximas décadas”. Estes desafios incluiriam a descentralização e democratização e, a redução dos déficit fiscais, principalmente mediante à redução dos gastos do governo pois, segundo o Banco, “as realidades fiscais colidem com os sonhos de despesa alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988” (Banco Mundial, 1991, p.1/20).

² Este texto foi publicado em português em 1991 com o título: *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*.

³ Documento traduzido para o português em 1995, com o título: *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*.

Para efeitos desta investigação, tomaremos dois documentos como base, que em seu conjunto sintetizam as propostas do Banco Mundial para o setor de saúde brasileiro, sendo eles: “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” (1991) e “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” (1995).

Inicialmente é bom salientar que a participação do Banco Mundial, no setor de saúde brasileiro, tem se traduzido muito mais na apresentação de diretrizes e orientações para as políticas nacionais, com o objetivo de promover importantes reformas do setor, do que, efetivamente, no financiamento de projetos ou programas que possam ampliar quantitativa ou qualitativamente os serviços de saúde em nível nacional. No documento “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, está expresso que “os empréstimos do Banco Mundial para o setor de saúde no Brasil equivalem a menos de 1% da despesa nacional total em saúde”, contudo, este quantitativo não poderia impedir ao Banco de pensar formas de aplicação do outro montante, afirmando que “é imperativo que o Banco Mundial também apóie os esforços brasileiros no sentido de que os outros 99% da despesa sejam aplicados com mais eficiência” (Banco Mundial, 1991, p.1).

O núcleo temático dos dois documentos do Banco, analisados neste trabalho, constitui-se em uma avaliação genérica do Sistema Único de Saúde brasileiro, com ênfase nos aspectos da relação custo-benefício dos serviços e, na defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais vinculadas à este setor. As propostas de reformas apresentadas como fundamentais para ampliar a assistência à saúde dos mais pobres, em realidade contribui com a tendência de anular ou reduzir os direitos de saúde conquistados pela sociedade brasileira e consagrados na Constituição Federal de 1988.

Se no documento do Banco Mundial de 1991, transparece um certo otimismo em relação as reformas sofridas pelo setor de saúde brasileiro, durante a década de 80, referindo-se particularmente a questão da descentralização, experimentadas através das AIS – Ações Integradas de Saúde, do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e do SUS, visto como possibilidade de retirar do governo federal o poder decisório e partilhar as responsabilidades com os governos estaduais, municipais, entidades sociais não-governamentais e comunidades; no documento de 1995, partindo de uma análise interna do sistema econômico e político nacional e do próprio processo de implantação do SUS, aquele otimismo se transforma numa crítica por um suposto equívoco nas reformas

implementadas, uma vez que a descentralização não se processou da forma como era esperado, e a defesa da equidade, assim como a tendência de universalização do acesso, teriam representado uma enorme sobrecarga, muito além da capacidade dos recursos governamentais. Partindo destas avaliações, o Banco propõe a “consolidação das reformas institucionais”, por meio de uma revisão constitucional, que deveria compreender:

- fortalecimento do papel e da responsabilização dos estados em relação ao financiamento e à prestação de assistência médica;
- estabelecimento de um sistema transparente e consistente, com força legal, de transferências da esfera federal para as estaduais e municipais;
- mudar o papel do governo federal para a regulamentação, assistência técnica, pesquisa, elaboração de padrões e de incentivos para melhoria da qualidade, regulamentação e contenção de custos, liberando-o da responsabilidade pela prestação e controle dos serviços;
- promover a pesquisa e o debate sobre políticas de saúde através de financiamento público e vigorosa associação com outros órgãos responsáveis pela definição de políticas nos níveis municipal, estadual e federal (Banco Mundial, 1995, p. xxviii/xxix).

Essas reformas, segundo o Banco, teriam implicações imediatas no campo institucional, sendo as principais: 1) A definição de quais poderes o governo estadual deve transferir para as municipalidades e quais devem manter para si; 2) O estabelecimento de políticas de contenção de custos, mantendo baixo os valores dos serviços, através da restrição do acesso; 3) Descentralizar a responsabilidade pela prestação de serviços clínicos para os estados, saindo da ingerência federal e da inexperiência e corrupção das secretarias municipais de saúde; 4) Retomar as experiências das AIS - Ações Integradas de Saúde e do SUDS para as reformas futuras e, 5) Examinar com mais cuidado os papéis dos setores público e privado de saúde no Brasil, para definir ações e políticas específicas (Banco Mundial, 1995, p. x/xi).

Em ambos os documentos, o Banco faz uma defesa da participação da rede privada na prestação dos serviços de saúde no Brasil, com duras críticas à preferência dada, pela

Constituição Brasileira, às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. “Se o objetivo consiste em prestar serviços de quantidade e qualidade máxima com os recursos existentes, então as políticas públicas atuais são inapropriadas. As fontes filantrópicas e as fontes ‘com finalidade de lucro’ devem competir em terreno igual” (Banco Mundial, 1991, p.120).

No texto de 1995, foi dedicado um amplo espaço para a discussão dos planos e regimes privados de prestação de serviços de saúde no Brasil, com uma análise detalhada dos custos da assistência médica e dos possíveis lucros que se poderia auferir neste setor. Na verdade, fornece subsídios para a iniciativa privada analisar as possibilidades de investimento e as vantagens da sua participação neste setor de serviços.

Pensando na limitação da atuação do setor público e na ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde brasileiro, o Banco propõe uma distinção inicial sobre as tarefas do setor público e do setor privado, caracterizando os espaços de cada um da seguinte forma: “O setor público é o responsável quase exclusivo pelas tarefas essenciais de regulamentação, promoção e educação, e tem importante papel a cumprir em matéria de financiamento. A prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de prestá-los mais eficientemente dentro da política geral estabelecida pelo setor público” (Banco Mundial, 1991, p. 117).

As razões explicitadas para a defesa da participação da rede privada, especialmente as EMS - Entidades de Manutenção de Saúde⁴ estaria na sua maior criatividade, maior eficiência e melhor qualidade dos serviços prestados, “... os serviços prestados pelas EMS são comprovadamente superiores aos serviços públicos disponíveis...” (Banco Mundial, 1991, p.119). Quanto às críticas aos limites de cobertura dos planos e seguros de saúde, e ao freqüente reencaminhamento de pacientes que exigem tratamento caro e de longa duração ao sistema público, fato comum na realidade brasileira, o Banco justifica esta prática dizendo que,

o sistema público arca com proporção relativamente pequena do custo total dos serviços de saúde prestados a usuários de EMS. De uma perspectiva, trata-se de uma situação ideal. Dado que o setor público funciona como segurador das catástrofes médicas dos trabalhadores do setor moderno e da classe média, tais grupos obtêm

certos benefícios do sistema financiado com recursos públicos. Com isso, as pressões no sentido de reduzir as alocações de fundos públicos ao setor da saúde pública são atenuadas (Banco Mundial, 1991, p.120).

A partir da análise de que no Brasil presta-se demasiados serviços de base hospitalar, há uma especialização exagerada no atendimento ambulatorial, cresce rapidamente o uso de procedimentos de alta tecnologia e, gasta-se muito pouco em promoção e prevenção, os autores dos documentos, apresentam como grandes diretrizes para as reformas do sistema de saúde brasileiro, recém modificado e incluído na Constituição Federal, um conjunto de propostas que podem ser sintetizados em seis pontos: (1) redução dos investimentos públicos no campo da assistência médica; (2) focalização dos serviços públicos às populações pobres; (3) ênfase nas ações preventivas, especialmente a redução dos fatores de risco; (4) utilização dos recursos públicos em programas que representem, basicamente, bens públicos; (5) estabelecimento de prioridades a partir de uma análise da relação custo/benefício; (6) introdução de reformas institucionais e no sistema de financiamento do setor de saúde, que incluiria a descentralização, com dotação de recursos, prioritariamente para os pobres, mobilização de recursos privados, racionamento da atenção médica e o uso de incentivos e técnicas de gestão modernas.

As sugestões para o “racionamento” da atenção médica e o controle de custos no setor de saúde, estão sintetizados no Quadro 3, extraído do relatório: “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”.

⁴ São consideradas EMS - Entidades de Manutenção de Saúde, todas as formas de planos de saúde em grupo e as cooperativas médicas.

Quadro 3 - Estratégias de racionamento da assistência e contenção de custos

Controle da Utilização	Controle de Gastos	Controle de Pagamento	Promoção da Concorrência
Médicos generalistas responsáveis por encaminhamento	Orçamentos clínicos globais	Pagamento prospectivo	Incentivos fiscais para seguro privado
Médicos responsáveis pelo orçamento	Opções de tratamento ambulatorial	Capacitação (HMO)*	O sistema público compra mais serviços privados
Gerenciamento da assistência (como nas HMO)	Assistência domiciliar	Preços negociados	Transferir um volume maior da assistência para o setor privado
Co-pagamento ⁵ feito pelo paciente	Redução do número de leitos hospitalares e do tempo de permanência	Limitar o pagamento por serviço	Criar “mercados internos” nos sistemas públicos
Listas de espera	Limitação da tecnologia ou do acesso à tecnologia	Limitar o seguro para co-pagamento	
	Aumento de produtividade	Limitar serviços e tecnologia	
	Controle da aquisição tecnológica	Reduzir custos administrativos do seguro privado	
	Limitar cobertura, em termos de população ou diagnósticos tratados		
*Health Maintenance Organization			

Fonte: Banco Mundial, 1995.

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

O problema principal do setor saúde no Brasil não é, porém, a falta de dinheiro, e sim a aplicação iníqua, ineficiente e ineficaz dos adequados recursos disponíveis. É iníqua, porque a proporção dos recursos públicos destinados aos abastados é demasiada. É ineficiente, por se gastar demais em “bens privados” (...) e por não se

gastar o suficiente com os “bens públicos” (...) é ineficaz no sentido de que, virtualmente em todos os níveis, os sistemas de administração e recursos humanos são antiquados e improdutivos (Banco Mundial, 1991, p. 8/9).

Atualmente, o setor público no Brasil está mal orientado e é ineficiente. O setor dedica atenção e recursos relativamente pequenos à sua função central de regulador, promotor e educador. Por outro lado, na área à qual dedica a maior parte de sua atenção - a prestação de serviços - o seu desempenho é insatisfatório e ineficiente (Banco Mundial, 1991, p.117).

Não é novidade para a maioria dos brasileiros, os problemas políticos e administrativos que subsistem nas nossas instituições públicas, daí a uma generalização da situação e uma redução da problemática do setor de saúde às questões assinaladas pelo Banco, é no mínimo desconhecer parte da realidade brasileira. Em nenhum momento, nos documentos, foram abordados os limites e as possibilidades que o atual processo de implementação do Sistema Único de Saúde tem permitido “experimentar” em administrações locais e regionais. Por outro lado, é difícil acreditar que as propostas formuladas por instituições externas, supostamente neutras, possam resolver os problemas que aqui se enfrenta e serem mais adequadas às necessidades nacionais do que aquelas emanadas do debate interno. Mesmo que as propostas estejam respaldadas em estudos feitos por consultores brasileiros contratados e generosamente pagos pelo Banco, como é o caso da maioria dos documentos divulgados por esta instituição, que tratam do setor de saúde brasileiro.

O questionamento dessa “autoridade”, no caso específico do Banco Mundial, pode ser feito em dois aspectos: primeiro, o diagnóstico que lhes dá suporte reflete apenas parte da realidade nacional, portanto, as conclusões a que chegam são passíveis de erros e possivelmente fragmentadas; segundo, suas propostas para a saúde gravitam em torno de questões econômicas e se subordinam aos programas de ajuste da economia e da estabilização fiscal, desconsiderando a demanda interna do setor, as conquistas sociais

⁵ Co-pagamento, participação no custeio, taxa moderadora ou contrapartida do usuário, são diferentes denominações dadas para o mecanismo de recuperação de custos, adotado por muitos países como medidas de

expressas na Constituição Federal de 1988 e, revelando uma descrença na possibilidade da existência de outro projeto, mesmo setorial, que não o da via única, o do consenso criado.

A perspectiva que predomina, nos dois textos analisados, é de uma manutenção ou redução dos recursos destinados à saúde, com conseqüente diminuição da oferta e da ampliação dos serviços. “Se é que exista algo a destacar, o Brasil já parece gastar, tanto nos serviços públicos de saúde como no total, proporção do PIB algo maior do que se deveria esperar de um país com o seu nível de renda per capita” (Banco Mundial, 1991, p. 101).

Os dados disponíveis contradizem esta afirmação do Banco. Em 1990 o Brasil investiu de recursos públicos, apenas US\$ 88,00 *per capita*, e em 1998 US\$ 115,3 *per capita*. Contando com os recursos privados este valor, em 1998, foi de US\$ 192,2 *per capita*. Países em condições econômicas semelhantes ao Brasil investem bem mais que este valor em saúde, já nos países “desenvolvidos” o gasto *per capita* varia de US\$ 800 a US\$ 2000. Em termos de PIB – Produto Interno Bruto, o Brasil gasta com saúde pouco mais de 3%, já nos países ditos desenvolvidos, este valor chega a 12% do PIB. (dados do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde).

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

Com esta perspectiva econômico-financeira e sob o pretexto de dar prioridade absoluta à estabilidade monetária e a orçamentos equilibrados, os gastos sociais e em infraestrutura estão sendo drasticamente cortados pelo governo. Isto resultou em um aumento da desigualdade social, da pobreza, com o reaparecimento de doenças já consideradas sob controle.

A síntese das recomendações de políticas para o setor de saúde nacional, e a indicação de prazos para implementá-las, estão resumidas no Quadro 4, extraído do

ajuste, segundo o qual o usuário arca com parte dos custos dos bens e serviços de saúde utilizados.

relatório: “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” .

Quadro 4 - Recomendações sobre estratégias chaves para o curto e médio prazo

	Curto Prazo (próximos 3 anos)	Médio Prazo (de 4 a 7 anos)
Consolidação das reformas Institucionais	<p>Estabelecer uma comissão com representação de todos os níveis de governo e de cidadãos bem-informados para debater a questão e propor revisões ao congresso e ao governo federal. O Conselho Nacional de Saúde poderia auxiliar no processo. Deverão ser contemplados os seguintes pontos: flexibilidade do SUS para atender diferentes necessidades dada a heterogeneidade do estado, atribuições necessárias nas esferas federal, estadual e municipal; equilíbrio entre acesso e recursos.</p> <p>Elaborar um sistema para auxiliar os estados a experimentarem estruturas alternativas para a prestação, financiamento e regulamentação da assistência médica no âmbito do SUS, incluindo as relações município-estado.</p>	<p>Desenvolver propostas para melhor definir as atribuições federais, estaduais e municipais, enfatizando a flexibilidade do estado para adaptar as diretrizes federais na organização e prestação dos serviços de saúde.</p> <p>Assegurar as transferências fiscais transparentes e consistentes do governo federal para os estados e municípios.</p>
Capacidade de formulação de políticas	<p>Estabelecer uma unidade de política de saúde no Ministério da Saúde com responsabilidade pela identificação de questões-chaves referentes a políticas de saúde, com contribuições de especialistas que não sejam do Ministério da Saúde. O departamento de planejamento do Ministério da Saúde poderia assumir esta responsabilidade se fosse expandido.</p> <p>Estabelecer uma comissão inter-disciplinar sob a liderança do Ministério da Saúde, com pesquisadores e administradores da área da saúde para: determinar qual a melhor forma de identificar, financiar e difundir pesquisas sobre políticas de saúde no Brasil; elaborar uma agenda de pesquisa sobre políticas com e para a unidade de política de saúde. Um sub-grupo do Conselho Nacional de Saúde, juntamente com contribuições de fora, parece apropriado para a tarefa.</p> <p>Iniciar com o IBGE e outras instituições um levantamento da demanda de assistência médica para determinar onde os pacientes buscam assistência, onde as obtêm, quem paga por essa assistência, e quanto colocam de seus próprios</p>	<p>Estabelecer um sistema de financiamento para pesquisas sobre serviços de saúde, seguindo as recomendações da comissão e baseando-se em concorrência e revisão externa para a seleção de pesquisadores.</p> <p>Estabelecer uma comissão de supervisão específica para pesquisa sobre políticas de saúde, com representação federal, estadual, municipal, universitária, e de associações profissionais.</p> <p>Angariar apoio no Congresso e incentivar a introdução de um item na estrutura do orçamento para pesquisa sobre serviços de saúde.</p>

	bolsos.	
Custos e contenção de custos	<p>Iniciar um estudo sobre o custo de serviços como uma primeira etapa para o estabelecimento de políticas que promovam uma compatibilização entre o orçamento e as prioridades de investimento.</p> <p>Estabelecer um pacote de benefícios padrão para todos os cidadãos, cobrindo prevenção e assistência secundária e estabelecendo prioridades de financiamento para serviços de assistência terciária.</p> <p>Elaborar um estudo abrangente para avaliar o SIH/SUS e SIA/SUS, em relação a custos, contenção de custos e controle de volume, baseando-se na experiência e conhecimento de setores governamentais e não-governamentais, de dentro e de fora do Brasil. Esta atividade deveria estar coordenada com a unidade de política de saúde.</p> <p>Elaborar experiências bem documentadas para testar opções alternativas de controle de custos e volume, e avalia-las criticamente para efeitos de orientação de políticas de saúde.</p> <p>Estabelecer um órgão para recalcular regularmente os valores de reembolso do SHI/SUS e SIA/SUS.</p>	<p>Desenvolver com base em uma avaliação de custos e desempenho, incentivos e supervisão para promover maior eficiência na prestação de serviços no âmbito da assistência ambulatorial e hospitalar contratada.</p> <p>Desenvolver um sistema de contabilidade de custos padrão para os hospitais que participam do SIH/SUS a fim de assessora-los na administração e monitoramento, e oferecer treinamento.</p> <p>Experimentar mecanismos de co-pagamento, com base nos resultados do levantamento sobre demanda, e em experiências em estados e municípios, cobrando apenas de pacientes com renda acima de certo valor, para a proteção dos mais pobres.</p> <p>Desenvolver e implantar, em cooperação com o seguro privado e as associações de prestadores de serviços, formulários de faturas padronizados para prestadores públicos e privados.</p>
Melhoria da qualidade	<p>Estabelecer três grupos de assessores externos para o estabelecimento de padrões para a assistência clínica, serviços administrativos e financeiros, equipamento e infra-estrutura física.</p> <p>Introduzir a questão da qualidade na agenda de pesquisa de políticas de saúde: financiar estudos sobre definição de qualidade e sobre como obter serviços de saúde de qualidade, considerando custo, viabilidade e fiscalização.</p> <p>Financiar estudos metodológicos e operacionais para desenvolver e testar várias abordagens de garantia de qualidade no Brasil.</p>	<p>Em conjunto com organizações profissionais, estabelecer diretrizes de garantia de qualidade, com suficiente flexibilidade para permitir adaptações por parte dos diferentes prestadores de serviço.</p> <p>Prover financiamento para universidades para que estas estabeleçam treinamento em garantia de qualidade nas universidades.</p>

		<p>Iniciar a revisão dos atuais “padrões de qualidade” federais examinando a aplicabilidade e relevância dos mesmos.</p> <p>Estabelecer requisitos federais para a participação de cidadãos em avaliações de qualidade em nível local e estadual.</p>
Melhoria nas regulamentações ⁶	<p>Juntamente com associações profissionais, elaborar um exame federal de licenciamento para médicos e enfermeiras.</p> <p>Apoiar os esforços de associações profissionais para o credenciamento de faculdades de medicina por meio de acordos entre os governos federal e estaduais e associações profissionais.</p> <p>Identificar práticas e problemas das companhias de seguro (finanças, desempenho) e avaliar opções de políticas para responder a estas questões.</p> <p>Estabelecer uma comissão público-privada para desenvolver modelos de regulamentação para hospitais e clínicas, que protejam o público e sejam viáveis, acessíveis e fiscalizáveis pelos estados.</p> <p>Avaliar a aplicação e fiscalização federal, estadual e municipal das regulamentações existentes para identificar pontos positivos, negativos e defasagens.</p>	<p>Estabelecer um exame de licenciamento federal para médicos e enfermeiras a ser adaptado e utilizado pelos estados. Assessorar os estados na elaboração de esquemas de fiscalização</p> <p>Encomendar um plano de educação continuada para o pessoal do setor de saúde, junto a organizações profissionais de saúde, e patrocinar reuniões com estados e associações profissionais para desenvolver uma política de educação continuada.</p> <p>Estabelecer padrões federais de credenciamento hospitalar baseados em recomendações da comissão e aplicá-los em todos os hospitais públicos e privados que participam do sistema. Desenvolver com os estados e municípios esquemas para garantir o cumprimento dos padrões.</p> <p>Estabelecer modelos de regulamentações para companhias de seguro e auxiliar os estados a desenvolver regulamentações e mecanismos de fiscalização.</p>

Fonte: Banco Mundial, 1995, p. xxiii.

⁶ Nos últimos anos, o governo tem sido pródigo na criação de Agências e Organizações reguladoras no âmbito da saúde envolvendo entidades de classes, setor público-privado, associações, etc.

Algumas “recomendações” e “estratégias de curto e médio prazo”, contidas no Quadro 4, merecem alguns comentários. São propostas que, se implementadas, mudariam significativamente o arcabouço jurídico e institucional do Sistema Único de Saúde brasileiro. Refiro-me as propostas de: flexibilização do SUS; redefinição do papel dos estados federados na gestão do Sistema de Saúde; estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; limitação do acesso à serviços de atenção terciária; controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção de formas de co-pagamentos; ênfase no controle dos resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores público e privado e; do papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, como o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades de saúde e, a fiscalização e o controle médico-sanitário. Muitas destas propostas, mesmo que não em sua íntegra, em alguma medida já foram contempladas nas reformas promovidas pelos governos brasileiros nesta década, conforme poderá ser verificado a seguir e também no próximo capítulo, quando trataremos especificamente das políticas nacionais de saúde.

Com relação a recomendação do Banco Mundial para “desenvolver propostas para melhor definir as atribuições federais, estaduais e municipais, enfatizando a flexibilidade do estado para adaptar as diretrizes federais na organização e prestação dos serviços de saúde” (Quadro 4), a NOB-96 trata longamente da questão de redefinição das responsabilidades, atribuições e funções das três esferas de governo.

Para o Banco Mundial, a flexibilidade e a adaptação dos serviços de saúde, seriam mais difíceis de serem operacionalizadas se as decisões estiverem concentradas no governo federal, mas, por outro lado, as dificuldades aumentariam se o poder decisório estiver diluído em cada município. Por isto, descentralizar sim, mas nem tanto e nem tudo. No entender do Banco, um erro das reformas constitucionais implementadas no Brasil, na última década, foi transferir para o município “algumas funções que não deveriam de forma alguma ser descentralizadas” e ignorar “o papel central dos estados que são, potencialmente, os agentes mais importantes do sistema (...). Sendo que a assistência terciária, assim como as funções de planejamento, são executadas de forma mais eficiente no nível estadual do que no municipal” (Banco Mundial, 1995, p.31).

Nos documentos do Banco Mundial sobre o setor de saúde brasileiro, chega-se a falar em “um ‘golpe’ dado pelas autoridades federais, na ânsia de salvar suas instituições”, ao rescentralizar questões e poderes, que pela experiência do SUDS, estavam a cargo dos estados. O Banco Mundial esperava, com as reformas constitucionais brasileiras, “que cada estado constituísse um ‘sistema’ único, ao invés de fazer parte de um sistema nacional, sendo responsável pelos serviços estaduais e municipais em seu território” (Banco Mundial, 1995, p. 28/ix).

Compreende-se daí, a defesa enfática do Banco, sobre a necessidade de uma redefinição do papel e do poder dos estados federados, pois neste nível de governo, os experimentos como co-pagamento, contenção de custos, políticas de racionamento, negociações entre prestadores de serviços, relação custo/benefício, poderiam mais facilmente e com menor resistência serem realizadas. Tais experimentos, uma vez avaliados, tornar-se-iam modelos para reformas do sistema nacional, “as experiências em nível estadual podem servir de orientação para as políticas federais, levando experiências bem sucedidas à outros estados ou ao governo federal” (Banco Mundial, 1995, p. 31).

Quanto a sugestão de “Iniciar com o IBGE e outras instituições um levantamento da demanda de assistência médica para determinar onde os pacientes buscam assistência, onde a obtêm, quem paga por essa assistência, e quanto colocam de seus próprios bolsos”, pode-se dizer que foi contemplada com a pesquisa nacional, realizada em 1999 pelo IBGE, com o apoio do Ministério da Saúde sobre a Assistência Médico-Sanitária, divulgada recentemente.

Nas propostas do Banco aparece a sugestão para: “Experimentar mecanismos de co-pagamento, com base nos resultados do levantamento sobre demanda, e em experiências em estados e municípios, cobrando apenas de pacientes com renda acima de certo valor, para a proteção dos mais pobres” (Quadro 4). Embora ilegalmente e sem apoio oficial, sabe-se da existência de cobrança de taxas complementares, que ocorre tanto na rede pública de saúde, como em hospitais conveniados ao SUS. Esta prática tem sido sistematicamente denunciada nos conselhos de saúde e, em órgãos de imprensa regional e nacional. Segundo Vianna, Piola & Reis (1998), pesquisadores do IPEA, esta conduta é uma “prática que prospera sem aparente reação objetiva das autoridades do setor e dos órgãos profissionais responsáveis pela vigilância do comportamento ético de seus filiados, e

sem provocar a mobilização indignada das representações dos usuários nos conselhos de saúde. Tudo isso ocorre apesar de a Lei n.º 8080/90 assegurar a gratuidade no acesso aos serviços públicos e privados que integram o SUS”.

Esses autores realizaram estudo sobre o co-pagamento no Sistema Único de Saúde brasileiro, por solicitação da ABrES – Associação Brasileira de Economia da Saúde, com o apoio do PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e da CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Relatam casos como de Panambi – RS, que através da aprovação do Conselho Municipal de Saúde, instituiu-se o co-pagamento, onde “é sugerido ao paciente uma contribuição no valor de R\$ 15,00, para evitar o consumo desmesurado das consultas médicas nos plantões noturnos, domingos e feriados” (Vianna, Piola & Reis, 1998, p.25).

Destaca-se também a sugestão do Banco Mundial de que se deveria “em conjunto com organizações profissionais, estabelecer diretrizes de garantia de qualidade, com suficiente flexibilidade para permitir adaptações por parte dos diferentes prestadores de serviço” (quadro 4). Não é mera coincidência a recentemente criação da ONA – Organização Nacional de Acreditação, entidade de direito privado, que tem como objetivo principal “o estabelecimento de padrões de qualidade dos serviços de saúde”. No próximo capítulo serão dados maiores detalhes sobre esta e outras “organização” desta natureza.

Embora o Brasil seja um país que compõe o rol das nações ditas democráticas, com um sistema constitucional - legal que organiza o funcionamento dos poderes executivo, legislativo e judiciário, regula a vida da sociedade e estabelece os direitos e deveres da população, tem sido comum, entre nós, o desrespeito e o descaso para com a Constituição. Apesar desta prática “descuidada” com a Lei Maior, o fato de constar da Carta Constitucional que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo fornecê-la gratuitamente a todos, tem provocado um inequívoco incômodo, tanto no atual governo, como nos Organismos Internacionais, que pressionam pela redução deste direito e a sua retirada da Constituição.

Em 1996 o Poder Executivo elaborou e submeteu ao Congresso Nacional, proposta de Emenda Constitucional, acrescentando a expressão “nos termos da lei”, ao artigo 196 da Constituição Federal, que abriria brecha jurídica para a adoção de medidas de ajuste no

interior do SUS, entre as quais a revogação dos princípios da integralidade, da gratuidade e da universalidade (Vianna, Piola & Reis, 1998, p. 8).

No documento do Banco Mundial de 1991, não obstante a promulgação recente da Constituição Federal e a manifestação expressa de conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS, o Banco apresenta uma série de sugestões que colidem frontalmente com a Constituição brasileira. Citamos como exemplo: (1) a proposta de cobrança por serviços de saúde que é contrária ao princípio da gratuidade, “a cobrança aos usuários, tanto direta como através de impostos locais, é um elemento essencial para a fixação de prioridades” (Banco Mundial, 1991, p.122); (2) a sugestão da discriminação do acesso que fere o princípio da universalidade, “os programas devem orientar-se especificamente para os pobres e considerar explicitamente a sua situação” (Banco Mundial, 1991, p.7); e (3) a restrição do acesso à atenção médica curativa que contradiz os princípios da integralidade e da equidade:

São muitos os profissionais de saúde pública no Brasil que argumentam que a dicotomia prevenção/cura é um conceito obsoleto (...). Embora encerre um certo mérito, esse argumento expressa uma equivalência estreita dos serviços médicos pessoais com cuidados de saúde. Muitas, se não a maioria das ações prioritárias de saúde pública devem ocorrer fora do “sistema de tratamento de doenças” (...). Como os custos deste tratamento são muito altos, o racionamento dos serviços médicos é inevitável (Banco Mundial, 1991, p.10/107).

Em seu primeiro documento sobre o setor de saúde brasileiro, o Banco Mundial, ao mesmo tempo que manifesta uma certa concordância com as reformas em curso, demonstra preocupação com os possíveis desdobramentos do cumprimento da Constituição Federal, recém aprovada. “O prognóstico para o sistema de saúde no Brasil não é bom (...). A Constituição de 1988 estabelece como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde. A implementação deste direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo dos serviços médicos públicos” (Banco Mundial, 1991, p.5/82).

Esta preocupação inicial com os direitos constitucionais, que segundo eles era consequência de “propostas idealistas que visam a uma rápida passagem para um sistema

de prestação de serviços de alta qualidade para todos, de acordo com suas necessidades” (Banco Mundial, 1991, p.3), transformou-se, no segundo documento, em recomendação implícita ao não cumprimento da Constituição Federal: “A crescente expectativa da população em relação a um compromisso público aberto e descentralizado de oferecer assistência médica a todos os cidadãos, (...) deverá forçar uma retração ou diluição do compromisso assumido pelo governo”. Diante das possibilidades de implementação do SUS e da “firme tendência para a universalização de cobertura (...) trará, por si só, um aumento significativo nas despesas se as promessas públicas forem mantidas” (Banco Mundial, 1995, p. x/xi).

O relatório “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, publicado em 1991, em face da colisão de suas propostas com os ideais de técnicos do Ministério da Saúde, mereceu uma resposta oficial deste órgão, na forma de “Parecer técnico sobre o relatório do Banco Mundial: *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil - 1993*”. Destacamos alguns trechos do parecer, os quais nos parecem refletir as divergências, ao menos de alguns setores do Ministério da Saúde, com as posições do Banco Mundial naquele momento. “O relatório se nos apresenta focalizado em aspectos nem sempre bem delimitados no processo extremamente complexo da reordenação das práticas de atenção a saúde no Brasil, culminando numa excessiva simplificação das questões mais pungentes que se colocam para a consolidação do Sistema Único de Saúde” (Ministério da Saúde, 1994, p.5).

O relatório analisa a questão do financiamento da atenção à saúde sob a ótica da crise fiscal, propondo soluções de âmbito interno do Sistema de Saúde, traçando, um caminho de contenção de custos e diminuição do peso do setor saúde para o Estado, além de sugerir modificações na estrutura de financiamento da Seguridade Social. Tais considerações engendram pontos conflitivos em relação aos pressupostos e princípios do SUS (Ministério da Saúde, 1994, p. 7).

O enfrentamento das questões inerentes à universalização da atenção, diferentemente do que propõe o documento, não se esgota na redução de custo, nem tampouco na repartição da demanda de modo a induzir a vinculação dos ricos à rede privada e dos pobres à rede pública. Entende-se, que as saídas para o SUS dão-se

via a reafirmação dos seus princípios estruturadores democraticamente estabelecidos, e as crescentes despesas na prestação da assistência é produto direto da universalização da atenção à saúde no Brasil (Ministério da Saúde, 1994, p. 8/9).

Manifestações recentes do governo brasileiro e de representantes do próprio Ministério da Saúde, não nos autorizam a pensar que as divergências manifestadas, no citado parecer, permanecem com o mesmo grau e intensidade. Ao contrário, determinadas sugestões contidas nos documentos do Banco Mundial, têm sido incorporadas aos discursos de representantes do governo, ou mesmo passaram a fazer parte das “estratégias prioritárias” do Ministério da Saúde. Pode-se identificar sinais dessa “assimilação” na proposta de reforma do setor de saúde, apresentada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e pelo Ministério da Saúde, que será discutida no próximo capítulo; na reforma da previdência; na tentativa de criar, na opinião pública, um consenso sobre a necessidade de restrição dos direitos de universalidade, equidade e integralidade da assistência; na centralidade que os programas PACS e FSF assumiram no conjunto das políticas do Ministério da Saúde, os quais visam a focalização e seletividade dos serviços de atenção à saúde; no estímulo a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, através da abertura do mercado para empresas estrangeiras e, no estabelecimento de acordos de empréstimos com o Banco Mundial para o desenvolvimento de projetos na área da saúde, que visam a implementação de propostas condizentes com a agenda e os objetivos desta instituição.

Contudo, a situação que o Brasil enfrenta atualmente, no campo da saúde, não resulta unicamente da imposição de concepções ou perspectivas de agências externas. Processos dinâmicos que se estabeleceram na sociedade brasileira, nas últimas décadas, referentes a aspectos políticos, econômicos ou socio-culturais, foram determinantes para a construção da realidade atual, a qual tem apresentado avanços e retrocessos significativos para o campo da saúde. Do ponto de vista conceitual e de estratégia política, a questão da descentralização e da participação popular, tem se apresentado como central em diversos contextos de reformas. É sobre estas questões e outras como a seletividade e a focalização, que trataremos a seguir, pois entendemos que elas ajudam a compor o núcleo das propostas do Banco Mundial para o setor de saúde.

3.3 AS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: O QUE ERA PARECE NÃO SER MAIS

A questão da descentralização, da ênfase na prevenção/promoção da saúde e da participação da comunidade, processos que foram e têm sido defendidos por integrantes de matrizes políticas e conceituais situadas em posições antagônicas, merece uma discussão mais atenta, tanto para localizar do que, e de quem se fala, como para compreender como estas estratégias, explicitadas desde a década de 70 por organismos internacionais, ratificadas em conferência mundiais e em seus respectivos documentos,⁷ se articulam a movimentos nacionais, que contribuíram para construir e difundir internamente estes conceitos. Conceitos que se constituíram em questões centrais nos processos de reforma nos anos 70 e 80, não só do setor de saúde, mas de outros setores sociais e do próprio Estado brasileiro. Portanto, faz-se necessário identificar as possíveis diferenças entre a fala do Banco Mundial sobre prevenção, descentralização e participação da comunidade, os paradigmas propostos nestes encontros internacionais e os conceitos defendidos pelos movimentos e setores progressistas nos anos 70 e 80 no Brasil. Os aspectos que pretendemos analisar, antecedem o momento de operacionalização de um princípio constitucional, e buscam compreender em que medida o movimento da Reforma Sanitária brasileira e os atores nela envolvidos, contribuíram para difundir internamente conceitos como descentralização e participação popular, aparentemente distintos da concepção proposta e defendida por organismos internacionais como o Banco Mundial.

Decorridos quase duas décadas do auge do Movimento da Reforma Sanitária brasileira e com alguns resultados empíricos identificáveis, acreditamos que é possível reconstituir alguns aspectos desse processo histórico. Campos, em 1992, já identificava as ambigüidades do processo de descentralização implementado no Brasil a partir de 1987 com o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e, em 1990, com o SUS. “Inegavelmente, as políticas do SUDS e, hoje, a do SUS ampliaram as responsabilidades

⁷ Refiro-me ao documento da OMS sobre Saúde para Todos no ano 2000 (1977); à Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde e a Declaração de Alma Ata (1978); à Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Carta de Ottawa (1986); o Encontro Internacional sobre Políticas Públicas Saudáveis e a Declaração de Adelaide (1988); à Convocação para a Ação: Promoção da Saúde nos países em desenvolvimento – Genebra (1989); à Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsvall (1991) e a Conferência Internacional em Promoção da Saúde e a Declaração de Bogotá (1992).

sanitárias e, em certa medida, a cota de poder do nível local. Mas, ao mesmo tempo, também se distribuíram encargos do poder central para os municípios, sem uma contrapartida financeira adequada e sem uma plena delegação de autonomia gerencial e política ao nível local”. Este mesmo autor, afirmaria que, “aparentemente, nem os analistas do movimento sanitário nem os dirigentes governamentais avaliaram em toda a sua extensão as possíveis conseqüências do modelo de estrutura descentralizado adotado no país” (Campos, 1992, p. 94/98).

Embora o problema do financiamento tenha sido, em parte, amenizado com o repasse de verbas através do PAB – Piso de Atenção Básica e de outras formas previstas nas NOBs – Normas Operacionais Básicas, questões como da heterogeneidade regional, não são resolvidas com esta forma de financiamento, ao contrário, as acentuam.

Em nível internacional, a questão da descentralização emerge nos anos 70, por razões que embora tenham poder de determinação distintos se articulam mutuamente. As transformações nas bases produtivas, os avanços tecnológicos da microeletrônica e das comunicações, deslocaram o foco da competição capitalista do domínio e acesso às matérias primas para o controle dos processos produtivos em escala mundial, gestando um novo padrão organizacional de produção, com base tecnológica, fazendo emergir outro perfil de participação do Estado.

O crescimento econômico que emerge dessa conjuntura, é acompanhado da elevação dos índices de desemprego e da piora das condições de vida das populações, aumentando assim, a demanda por serviços públicos fornecidos pelo Estado, ao mesmo tempo em que diminuía a sua capacidade de arrecadação. Estes fatores acabaram por colocar em cheque a capacidade de manutenção de um Estado de bem-estar social. A crise do *Welfare State*, nos países centrais, colocou na ordem do dia a discussão sobre a descentralização, que emergiu como estratégia para diminuir a pressão e as demandas sobre o Estado. Neste sentido, descentralizar significava transferir para as instâncias locais a responsabilidade pelo fornecimento dos serviços públicos ao mesmo tempo em que deslocava o foco da pressão. Reagan nos EUA e Tacher na Inglaterra, foram os governos que mais se empenharam em desconstruir a estrutura estatal, criada pelas políticas keynesianas de um Estado Protetor.

O conceito de descentralização que o Banco Mundial vem defendendo, aponta para a redução do escopo do governo federal, com o deslocamento da responsabilidade pela assistência à saúde às comunidades e às instâncias subnacionais, particularmente aos estados federados. Para esta instituição, a descentralização é necessária para que o sistema de saúde tenha condições de melhor e mais rapidamente adaptar-se às mudanças provocadas pelas forças exógenas incontrolláveis, “será necessário que o sistema de saúde adquira flexibilidade capaz de possibilitar a introdução de ajustamentos inovativos e rápidos às novas circunstâncias externas” (Banco Mundial, 1991, p.10).

É com este cenário internacional que nos anos 70 e 80, em nível nacional, emerge a discussão da reforma sanitária e com ela a descentralização. Para nós que vivíamos a tensão imposta por um regime político autoritário, descentralizar assumia também o significado de democratizar. O Movimento da Reforma Sanitária, acabou por se configurar como um processo político nacional, que questionava a ordem autoritária vigente e a centralização ocorrida durante o regime militar. Os participantes deste movimento, fazendo coro com outros movimentos sociais e referenciados pelo sucesso da Reforma Sanitária Italiana, passaram a condenar a centralização e as instâncias nacionais e defender a descentralização, a participação popular e a atuação local como sinônimo de democrático e progressista. Estas estratégias, defendidas pelos movimentos sociais e por muitos setores da esquerda, que as viam como possibilidade de exercício de cidadania e como instrumento capaz de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, são também conceitos difundidos pelo Banco Mundial, que os apresentam com outra perspectiva histórico social, passando a fazer parte de suas recomendações para as reformas dos setores sociais, nos países “em desenvolvimento”.

Atualmente o processo de descentralização no âmbito da saúde, em nível nacional, se encontra em processo avançado, e os resultados que se observa, indicam uma municipalização acentuada de serviços, particularmente os de atenção básica. Dados comparativos do IBGE, período 1992 - 1999, mostram que os municípios brasileiros, neste período, praticamente dobraram as unidades de saúde pública sob a sua responsabilidade. Em 1992 haviam 18.662 unidades municipais, que correspondia a 69% das unidades públicas de saúde, em 1999 este número é de 30.404, que corresponde a 92% das unidades

públicas de saúde no Brasil; ficando apenas 8% das unidades sob responsabilidade dos estados e/ou do governo federal.

Verifica-se também, no processo de descentralização, avanços no que se refere a autonomia relativa do poder local, que tem possibilitado a implementação de experiências contra - hegemônicas em várias cidades do país, isto, no entanto, tem promovido um desenvolvimento desigual do sistema de saúde que se pretendia único nacionalmente, provocando uma notável fratura social. Mas, esta forma de operacionalizar a descentralização, tem permitido também a desresponsabilização do Estado, o “alívio” das instâncias centrais, a fragmentação dos serviços de saúde e a co-responsabilização da sociedade pelos serviços e pela gestão pública, por meio da propalada “participação da comunidade”.

Num país onde o clientelismo se sobrepõe à ética política, onde a administração pública se subordina aos interesses privados, onde o controle social ainda é frágil ou mesmo inexistente em muitas cidades de médio e pequeno porte, o que tem ocorrido, neste processo de descentralização e municipalização do sistema de saúde, é a deterioração do setor em muitos municípios e a quebra da possibilidade de um padrão unitário de qualidade da assistência. Deterioração que ocorre tanto pelas questões políticas assinaladas, como pelas dificuldades econômicas e deficiências técnicas e operacionais locais, para diagnosticar, propor e/ou implementar políticas neste campo.

Porém, nem tudo foi descentralizado na dinâmica estabelecida entre o poder central e o poder local. O executivo federal tem transformado o orçamento num instrumento de planificação econômica centralizado nacionalmente, descentralizando as responsabilidades e as conseqüências de sua execução. As questões políticas que perpassam a elaboração das propostas orçamentárias, são diluídas pelo filtro burocrático e transformadas em questões técnicas, numa clara hegemonia do executivo em relação ao legislativo. Além disso, o Ministério da Saúde criou estratégias de centralização financeira que permite continuar definindo as políticas e as reformas de saúde que julga adequadas e necessárias ao território nacional.

Quanto à participação da comunidade, estratégia defendida pelo Banco Mundial, este parece não partilhar do mesmo conteúdo da proposta explicitada na legislação brasileira, que seria no sentido de possibilitar a participação, por meio do controle, nos

serviços e na formulação das políticas de saúde. Para o Banco, a participação da comunidade deve ser incentivada para que as comunidades passem a assumir a sua responsabilidade pela atenção à saúde, deixando de reputar ao Estado algo que não seria mais de sua exclusiva competência.

No Brasil, a cultura política de centralismo paternalista tem gerado, nas comunidades, a esperança de que venham a ser beneficiárias de instalações e serviços “gratuitos” pelo Estado. A atribuição de poder às comunidades também significa que elas devem aprender a distribuir e utilizar racionalmente os recursos. (...) A cobrança aos usuários, tanto direta como através de impostos locais, é um instrumento essencial para a fixação de prioridades. (...) O fim de um modelo político paternalista e centralizado abre caminho para respostas criativas em todos os níveis de governo, pelo setor privado, por organizações não governamentais e, individualmente, pelo cidadão (Banco Mundial, 1991, p.122).

Outras propostas fartamente divulgadas pelo Banco Mundial diz respeito a focalização e a seletividade. Antes mesmo de se concretizarem os princípios universalizantes, da gratuidade, da equidade e integralidade do sistema de saúde, os mesmos têm aparecido sistematicamente, na pauta política, como dilemas para a sociedade brasileira resolver, remetendo à uma discussão mais geral da reforma do Estado e, recolocando para o setor de saúde uma discussão tida como resolvida no momento da promulgação da Constituição Federal. Universalizar o acesso ou destinar os recursos do setor para os mais pobres; manter a gratuidade para todos ou cobrar de quem pode pagar; ampliar o setor público ou estimular a participação da iniciativa privada que seria mais eficiente e eficaz; responsabilizar o Estado pela saúde ou envolver a comunidade para que esta contribua com parte dos custos da saúde; oferecer todos os níveis de assistência ou o Estado deve oferecer um pacote mínimo de serviços aos mais pobres e os demais se responsabilizariam pela sua própria saúde. Questões que ao serem colocadas isoladas de uma análise geral da sociedade capitalista, parecem difíceis de serem resolvidas. Desta forma, vai se construindo o consenso da necessidade de reformar o Sistema Único de Saúde, no sentido de uma redução das conquistas sociais na área, apontando para uma

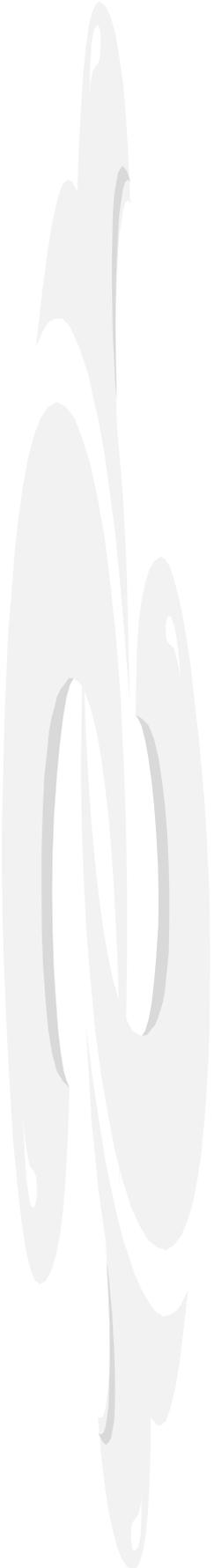
focalização seletiva das ações do Estado, para a privatização do setor e para o fim da universalidade e da gratuidade. Segundo os defensores destas estratégias, elas evitariam a “irracionalidade” no uso de recursos induzida pela gratuidade dos serviços públicos.

Diante do aumento real da pobreza em nosso país, fruto da forma extremamente desigual de apropriação da riqueza produzida e da crise capitalista das últimas décadas, as dualidades apresentadas, acabam assumindo contornos de tensão, constituindo-se em argumento político-ideológico para o abandono da visão universalista, vinculada a direito social, com a conseqüente defesa da seletividade e da focalização. Neste cenário, a difusão da concepção de justiça social terminal, ou seja, a que seria feita na hora da distribuição, dando mais a quem tem menos, obscurece a discussão da justiça social no outro extremo do processo, ou seja, a possibilidade de se fazer justiça no momento da arrecadação e da tributação do que foi produzido e acumulado, cobrando mais de quem tem mais.

Muitas críticas que têm sido feitas às ações seletivas e de focalização, particularmente pelos efeitos perversos que acarretam, pois consolidam as desigualdades já existentes, uma vez que se dão no marco de agudas desigualdades sociais. Além de introduzirem uma precariedade e descontinuidade muito grande na política social, tendendo a assistencializá-la, abrindo amplo espaço à arbitrariedade dos que decidem sobre o rol de “necessidade dos beneficiados”. É preciso também alertar para a profunda segmentação da cidadania que pode resultar da duplicidade da política social: cria-se um sistema privado de serviços sociais de alto nível, financiado pelos estratos de maior renda e à eles destinados e, de outro lado, implementa-se um sistema estatal, com parco orçamento e fornecimento de alguns serviços básicos destinados aos mais pobres (NEPP, 1991, p.112).

Manifestações públicas dos ex-ministros da saúde, Adib Jatene e Carlos Albuquerque, quando ainda titulares da pasta, revelam a posição do governo acerca de questões cruciais do Sistema Único de Saúde, como a gratuidade. Segundo Jatene, “todos os que podem pagar devem fazê-lo para que se viabilize o atendimento dos que não podem, com os poucos recursos que o sistema possui” (Folha de São Paulo, 5 mar. 1995, p.). O seu sucessor, Carlos Albuquerque, afirmou que a legislação vigente “... em nenhum momento afirma, pelo contrário, que é obrigação do Estado assumir integralmente a prestação ou o financiamento da saúde”(Folha de São Paulo, 19 out. 1997, p.).

Analisando as propostas dos organismos internacionais, do governo e a legislação vigente no campo da saúde, percebe-se que há uma divergência, que não é só semântica, mas de princípio e de projeto para o setor de saúde brasileiro. Neste sentido, o processo de implementação dos princípios e diretrizes do SUS, que se dá por meio de políticas de governo, deve ser avaliado e analisado criticamente, pois corre-se o risco de a perspectiva contra-reformista tornar-se hegemônica na área da saúde. É sobre estas questões, ou seja, as políticas de saúde brasileira dos anos 90 e seus pressupostos, que estaremos tratando no próximo capítulo.



CAPÍTULO 4

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NOS ANOS 90

4.1 O ESTADO BRASILEIRO: PRESSUPOSTO PARA UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NESTA DÉCADA

Sem a pretensão de decifrar as faces da esfinge que compõem a crise global do Estado brasileiro, a qual já nos devora há algum tempo,¹ realizaremos, na primeira parte deste capítulo, uma breve discussão acerca da constituição e desenvolvimento deste Estado e das transformações que ele tem sofrido nas últimas décadas deste século. Em seguida, pretendemos analisar as reformas em curso no setor de saúde brasileiro, articulando-as com as reformas econômicas, sociais e administrativas, promovidas pelo governo central, nos anos 90, que nos dará suporte para pensar as políticas de saúde. Tomaremos por base para esta discussão inicial, autores como José Luís Fiori, Maria da Conceição Tavares, Aloísio Teixeira, Wilson Cano, Luiz Gonzaga de Mello Beluzzo, Paulo Nogueira Batista, entre outros, os quais têm estudado e analisado, do ponto de vista econômico e político, a trajetória do Estado brasileiro, particularmente a partir do período em que o mesmo incumbiu-se da função de principal promotor do desenvolvimento nacional: nos anos 30, como um agente político contra o atraso e, nos anos 50, como agente econômico da utopia desenvolvimentista.

Estudar este longo período de constituição e desenvolvimento do Estado brasileiro, mesmo que de maneira superficial, torna-se necessário pela simples razão de que sem esta compreensão, apesar de restrita, seria difícil captar as dimensões da crise atual, suas raízes e a sua repercussão no campo das políticas sociais. De igual forma, sem entender a dinâmica interna que gestou esta crise, relacionando-a com a ordem internacional, seria mais difícil ainda se contrapor e realizar uma análise crítica das políticas de saúde implementadas pelo governo brasileiro nesta última década.

¹ Alusão ao último parágrafo do texto de Fiori sobre “Instabilidade e crise do Estado na industrialização brasileira”(1988), que diz: “Estavam plantadas as três raízes de toda a instabilidade e de todas as crises do Estado Desenvolvimentista. Mas estavam desenhadas também as três faces de uma esfinge que, ainda não decifrada, nos está devorando”.

O Estado Desenvolvimentista brasileiro consolidou o seu formato institucional e suas bases sociais de apoio num longo percurso que se iniciou nos anos 20 e 30 deste século, alcançou a sua plenitude a partir dos anos 50, mas, no final dos anos 70, já começava a dar sinais do seu esgotamento. Durante este vasto período, sustentado por uma coalizão sócio-econômica de caráter desenvolvimentista, assumiu papel decisivo nos processos de industrialização e modernização da sociedade brasileira, transformando-se, através de sua intervenção e de sua política econômica, em força centrípeta em torno da qual se moviam os infinitos atores e os mais diversos e heterogêneos grupos de interesses. Neste processo, o Estado expandiu-se progressivamente, centralizando poderes, recursos e funções, tornando-se, em grande medida, o definidor de metas e objetivos para toda a sociedade.

Mas não foi só nas economias capitalistas periféricas que o Estado assumiu posição de relevância. Em todo o mundo ocidental, após a Primeira Guerra Mundial, quando se deu a ruptura da hegemonia inglesa e a conseqüente substituição do padrão ouro pelo padrão dólar americano, e particularmente após a crise de 1929, houve uma “entronização do Estado em posição decisiva na modernidade capitalista, sustentando a demanda, promovendo o bem estar ou alavancando o crescimento” (Fiori, 1988, p. 139).

No Brasil o que ocorreu a partir dos anos 30, quando se acentuou o processo de industrialização, diferentemente do que havia se dado nos países que participaram da primeira revolução industrial, aqui o Estado ocupou uma posição central, constituindo-se em “máquina de crescimento privado” no processo de industrialização e no aprofundamento do capitalismo.² Coube à ação estatal, além das funções clássicas, a múltipla tarefa de promover o crescimento, administrar o ciclo econômico, disciplinar a distribuição social da riqueza e comandar a inserção nacional na dinâmica dos interesses multinacionais, o que outorgaria ao Estado uma posição decisiva na reprodução econômica, social e política da sociedade.

Sobrecarregado por estas múltiplas tarefas, “o Estado agigantou sua estrutura, debruçando-se sobre a tessitura social, encapsulando alguns interesses embrionários existentes, e gerando outros novos” (Fiori, 1988, p.7). Contudo, em face da forma

² Segundo Francisco de Oliveira (1981), o processo de industrialização brasileira, correu num momento em que a acumulação foi potencializada pelo fato de se dispor, em nível do sistema mundial, de uma imensa reserva de “trabalho morto”, que sob a forma de tecnologia foi transferida aos países periféricos.

dependente com que o capitalismo se manifesta em formações sociais periféricas como a nossa, permitindo que o Estado secundarize as políticas sociais e negligencie seu papel de provedor de serviços públicos, fez com que o Estado brasileiro nunca “fosse keynesiano nem social-democrata e sim cartorial ainda quando desenvolvimentista” (Fiori, 1988, p. 134).

Se do ponto de vista da indução do processo de industrialização a ação estatal teve êxito, por meio do processo de substituição de importações e de generosas políticas de crédito para os setores produtivos, no que tange à gestão da reprodução social das relações de produção e dominação, o desempenho foi bem menos animador.

Ao contrário dos países centrais, o Estado periférico e, no caso, o brasileiro, não propicia as condições de reprodução social da totalidade da força de trabalho nem assume a responsabilidade pelos ‘marginalizados’. Neste sentido, ao invés do Estado de Bem-Estar Social, o que tivemos foi uma combinação permanente e alterada de paternalismo e repressão. O que, se não impediu que toda a população tenha sido excluída no ‘mercado capitalista’, o fez como consumidora marginal dos seus produtos materiais e culturais, incluindo aí a aspiração ao bem-estar e ao conforto, próprios de um capitalismo desenvolvido. Mais escassamente na condição de população trabalhadora, com todas as implicações sócio - econômicas, e ainda menos na condição de cidadã, com todas as suas implicações político-ideológicas (Fiori, 1988, p. 194).

Nos aspectos referentes às questões sociais, o Estado Desenvolvimentista, notabilizou-se por uma ação seletiva e excludente, verificável, dentre outros aspectos, pela criação de um sistema previdenciário restrito, pela inexistência de políticas sociais progressivas e abrangentes e pelo descaso ao processo migratório decorrente da formação de grandes latifúndios e o conseqüente problema de urbanização que este processo acarretaria nos grandes centros urbanos.

Apesar desta postura que caracterizou o período desenvolvimentista, a ampliação da ação estatal, foi defendida historicamente por conservadores e progressistas, como estratégia para superar o nosso atraso econômico e social. “O apoio explícito das correntes

políticas da esquerda ao alargamento das funções do aparelho estatal assentava-se numa combinação de nacionalismo e crença nas suas possibilidades intrínsecas de mediação dos conflitos, sempre em favor de uma maior incorporação das demandas dos setores populares” (Fiori, 1988, p. 11).

Quanto ao pensamento conservador, apesar de nos momentos de crise realizarem duro e paradoxal ataque à intervenção econômica do setor público e defenderem a desestatização da economia e da sociedade brasileira, passada a fase aguda, “seguiram pilotando um processo continuado de expansão da presença do Estado no comando do desenvolvimento capitalista brasileiro” (Fiori, 1988, p.10). O próprio pensamento acadêmico ficou preso a esta visão, “mesmo quando quis ser analítico, quase sempre submeteu seu rigor ao desejo de fazer do Estado o instrumento estratégico central na implementação de vários desígnios modernizantes ou revolucionários” (Fiori, 1988, p.33).

Mas, o Estado Desenvolvimentista brasileiro, carregaria em seu bojo a contradição de articular o poder público e a acumulação capitalista num mesmo processo histórico, que continuamente compelia e limitaria a sua intervenção econômica, política e social, contribuindo para a instabilidade política e econômica e, conseqüentemente, para a emergência das várias crises que caracterizaram a nossa história em boa parte deste século. As bases que sustentaram o Estado brasileiro, a partir dos anos 30, sempre se pautaram em alianças heterogêneas, que o obrigou,

a uma gestão conservadora e centralista - quase sempre autoritária - dos conflitos políticos e a um “intervencionismo” econômico cuja especificidade tem muito a ver com o fato de que a partir daquela ruptura inicial, o estado brasileiro adquiriu autonomia potencial na determinação arbitrária do valor interno do seu dinheiro e, como conseqüência, das várias taxas de lucro possíveis para os diversos capitais individuais ou blocos de capitais. Sendo essa capacidade de arbítrio decisiva para que o Estado pudesse pilotar um compromisso que foi tão amplo a ponto de impor-lhe uma intervenção econômica e uma regulação social extensa e casuística responsável pelo que chamamos de “acumulação politizada” (Fiori, 1988, p. 27).

Nas alianças heterogêneas, que desde o início dariam sustentação ao Estado Desenvolvimentista, incluem-se as várias frações de capital financeiro, mercantil, industrial e agrário, capitais especulativos e com baixa produtividade, que embora fossem economicamente heterogêneos, do ponto de vista político eram equipotentes, o que impedia uma supremacia absoluta e a hierarquização completa do poder. O tratamento “igual aos desiguais” constituiu a base do “pacto horizontal” que possibilitou ao Estado superar as crises periódicas e “andar para a frente” como agente propulsor da industrialização e da modernização brasileira; fez isto definindo e sustentando novas fronteiras de expansão, ora através da recentralização fiscal, como em 1967, ora através de recursos externos, como o ocorrido no processo de endividamento dos anos 70.

Mas o pacto político de dominação, extremamente conservador, protecionista e anti-popular, condenaria este Estado “a não realizar qualquer movimento de monopolização (que não fosse setorial) ou centralização financeira, devendo sustentar seus gastos correntes às custas dos salários, e os de investimento com o endividamento externo, ou pela mão das empresas multinacionais” (Fiori, 1988, p. 144/162).

Durante todo o período desenvolvimentista, institui-se aqui um “padrão de desenvolvimento” excludente e concentrador de renda, com base na produção de bens de consumo duráveis sem que se ampliasse a massa salarial. Este particular “padrão de desenvolvimento”, caracterizou-se “por uma tendência a ciclos intensos, rápidos e incertos, resultante dos mercados restritos e que, apesar da concentração da renda, tornaram os setores de bens não-duráveis, de bens de capital e intermediários incapazes de sustentar a acumulação quando cessaram os efeitos dinâmicos da expansão dos bens de consumo duráveis” (Matoso, 1995, p.135).

Com os choques do petróleo em 1973 e 1979 e a redução da oferta de recursos externos, começa a exaurir-se o padrão de financiamento com base no endividamento externo e o próprio padrão de desenvolvimento induzido, vigente no período posterior à Segunda Grande Guerra. Isto pôs fim ao “milagre” econômico brasileiro, escancarando o tamanho da nossa dívida externa e revelando o fosso social existente entre uma reduzida elite que ficou com o “bolo crescido”, sem dividi-lo com a grande maioria de excluídos.

Como vimos, as vantagens imediatas do endividamento externo, que ajudou a criar o “milagre”, não foram distribuídas à toda população, ficando restrita a alguns grupos que

tinham acesso direto ou indireto ao crédito externo. Entretanto, agora, “os custos intoleráveis do endividamento prévio são lançados a débito da sociedade inteira, como se toda ela tivesse partilhado do festim da acumulação” (Tavares & Assis, 1985, p.9).

Dois mecanismos institucionais facilitaram a estatização da dívida e a socialização de seus custos. A Circular 230 de 1974 e a Resolução 432 de 1977, que permitiram aos tomadores privados de recursos externos, depositarem em cruzeiros, no Banco Central, o contravalor de suas dívidas em dólar, transferindo para o governo os encargos financeiros e o risco cambial (Fiori, 1988, p.170).

Esta forma de condução da política econômica, que caracterizou o período da ditadura militar, associando altas taxas de crescimento econômico com grande concentração de renda e aumento significativo da pobreza, contribuiu para a emergência e intensificação da crise econômica, política e social dos anos oitenta. No *front* externo a crise do padrão de acumulação vigente após a Segunda Grande Guerra iniciou-se, ainda na década de sessenta, e atingiu fortemente os países periféricos no início da década de oitenta.³ Entretanto, no Brasil,

desde o final da década de setenta acumulam-se os sintomas de uma crise que, econômica e política, solapou as bases de sustentação do regime e erodiu a capacidade gestora do Estado brasileiro. A desaceleração do ritmo de crescimento que nossa economia mantinha desde os anos quarenta desembocou, como é sabido, numa recessão e aceleração inflacionária sem precedentes na história brasileira, atingindo em cheio a capacidade de reprodução do regime autoritário, atrofiando de forma progressiva os mecanismos de decisão e sustentação de políticas de longo prazo (Fiori, 1988, p.16/17).

Os desdobramentos desta crise acabariam por colocar em xeque o próprio Estado Desenvolvimentista, o qual parecia já ter cumprido com o seu papel no processo de industrialização. Se de fato este tipo de Estado havia se exaurido, era necessário a sua reconstrução em outra direção. Iniciava-se, então, um longo período de transição que ainda

³ A explicação para o “adiamento da crise”, em países como o Brasil, teria sido o processo de transferência de capitais e das plantas das multinacionais dos países industrializados para os países em processo de industrialização, onde a carga tributária e fiscal era menor e os custos salariais reduzidos.

não está concluído; portanto, “não há um novo Estado, e no caminho de um novo modelo de desenvolvimento se colocam problemas e conflitos cujas origens decorrem, primeiro, da herança do modelo desenvolvimentista e, segundo, das novas realidades econômicas e sociológicas geradas pelas políticas e transformações decorridas nos anos 80” (Fiori, 1993, p. 143). Segundo este autor, a referida herança está na fragilidade fiscal crônica do Estado e nas dificuldades financeiras do setor público, problemas que decorrem da incapacidade deste Estado, pelas resistências políticas das elites brasileiras, em realizar uma reforma fiscal de proporções adequadas às necessidades do setor público e do financiamento dos investimentos de longo prazo.

Para Maria da Conceição Tavares, “o desequilíbrio do setor público está hoje indissolúvelmente ligado aos desequilíbrios mais gerais do financiamento da economia brasileira, cujas raízes estão no endividamento externo, inicialmente privado e voluntário no período de 1964-74, e depois ‘forçado’ e basicamente estatal na segunda metade da década de 70” (1987, p.91).

Pode-se dizer, ainda, que o endividamento externo foi exponenciados nos anos 90, pois a dívida externa brasileira evoluiu de um total de US\$ 64 bilhões em 1980, para US\$ 145,66 bilhões em 1994, no início do Plano Real, chegando hoje aos US\$ 241,34 bilhões. Anualmente o Brasil paga, só de juros e encargos da dívida externa, sem amortização do principal, quase oito vezes o orçamento destinado para o setor de saúde. No orçamento de 2000, a saúde foi contemplada com 5,99% do orçamento, ao passo que para pagar a dívida externa (juros, encargos e amortizações) previu-se cerca de 44% do Orçamento Federal⁴ (dados do Senado Federal).

As razões para a crise que estamos vivendo e que se apresenta como a pior da história moderna deste país, à qual dava seus primeiros sinais ainda nos anos 70, mas que se fez sentir de maneira mais contundente nos anos 80, freqüentemente, são concebidas a partir da análise de determinantes conjunturais internos e, sobretudo, de elementos externos. No entanto, as causas primeiras desta crise não se limitam a estas explicações, mas na convergência perversa da crise capitalista mundial e nas fragilidades endógenas de economias periféricas e dependentes como a nossa. Portanto, a crise atual que não é só

⁴ A Constituição Brasileira é a única no mundo que proíbe o Congresso Nacional de mexer nos recursos orçamentários destinados ao pagamento do principal da dívida externa. Vide a Constituição Federal na Seção II Dos Orçamentos, Art. 166, par. 3º item II, letra b.

econômica e política, mas atinge o próprio Estado como um todo, e mesmo as outras crises ocorridas em momentos anteriores a este, que continuamente restringem e limitam a amplitude das políticas sociais, não resultam unicamente de problemas exógenos, vinculados às flutuações econômicas próprias dos ciclos de desaceleração da acumulação capitalista e da curva decrescente da eficácia econômico-social desta ordem.⁵ Embora estes sejam determinantes e, quando coincidem com momentos de desequilíbrios internos, por certo superdimensionam os efeitos, outros aspectos internos à constituição e ao desenvolvimento simbiótico do Estado brasileiro, característico de um país de capitalismo tardio, contribuem para a recorrência de períodos críticos.

Os determinantes internos das crises que emergem ciclicamente em nosso país, encontram-se nas bases econômicas e nas alianças políticas conservadoras sobre as quais se sustentou o Estado Desenvolvimentista e se mantém o atual Estado cambaleante em construção. Acrescente-se a estes fatores, a pouca solidariedade e a baixa tolerância dos principais agentes econômicos em reduzirem suas margens de lucro. Nas inúmeras situações de instabilidade e crise que enfrentamos neste país, os agentes econômicos pouco solidários, sistematicamente pressionam pela “socialização das perdas”, defendem sua riqueza, e

deslocam para o Estado a responsabilidade pelo caos, desconhecendo a sua relação germinalmente simbiótica. Os atores políticos, por sua vez, não conseguem diminuir a incerteza formulando projetos tecnicamente viáveis e organizadamente sustentáveis, que apontem para além das fronteiras imediatas da conjuntura (...) esgrimindo idéias extremamente particularistas ou completamente genéricas, ambas distantes do problema central que é o da necessidade de um equacionamento público e coletivo das questões que estão na raiz financeira e política que realimentam, permanentemente, a crise atual (Fiori, 1988, p. 127).

⁵ “Os anos 90 parecem marcar o fim do longo ciclo de crescimento da economia mundial que se iniciou em 1983, puxado pela recuperação americana.(...) A idéia central que a permeia é que esse processo não apenas afetou pesadamente a economia brasileira, como desempenha um papel decisivo em nossa crise doméstica” (Teixeira, 1993, p.97/113).

O problema de financiamento, presente durante todo o período desenvolvimentista, caracterizou-se pela ausência de um mercado de capitais ativo, por um sistema bancário privado, não comprometido com o projeto de desenvolvimento e, pelas limitações tributárias impostas ao Estado, que o levou a um contínuo processo de endividamento externo e interno para financiar o crescimento econômico, “de tal maneira que todas as periódicas crises fiscais do Estado acabaram afetando, além dos gastos públicos correntes, à própria capacidade de investimento estatal indispensável ao avanço do projeto industrializante” (Fiori, 1992, p.45).

Quanto ao aspecto político da crise que nos assola desde o início dos anos 80, se constitui no desfecho de um processo que iniciou com a derrota eleitoral do governo militar em 1974, passando pelas greves operárias de 1978, pela vitória das oposições nas eleições para governadores em 1982 e pelo movimento das “Diretas Já” em 1983 e 1985. Mas, o golpe final que levou à crise política do Estado “partiu de sua velha base de sustentação sócio-econômica que se desfez com a implosão da aliança que sustentou a nossa estratégia desenvolvimentista” (Fiori, 1992, p.47). Decompôs-se assim, o bloco de poder que deu sustentação ao regime militar e o tripé que ancorou o processo de industrialização, transformando uma crise fiscal e financeira, em crise orgânica do Estado. “O Estado e o capital estrangeiro desertaram de suas funções por razões basicamente econômicas, enquanto que o capital nacional rompia sua lealdade por razões ideológicas e estratégicas”⁶ (Fiori, 1992, p.48).

Apesar de o Estado ter se ampliado em muito, concentrando funções e poderes, tornando-se o agente centralizador de recursos e dinamizador da economia nacional, as crises que marcaram o nosso processo de desenvolvimento e em particular a crise deste final de século, não é consequência do tamanho do Estado, como querem fazer crer os privatistas, nem do seu funcionamento irregular por “desvio de função” como afirma o atual governo; As raízes internas desta instabilidade política e econômica, que parece ser permanente, encontram-se nos próprios mecanismos que o Estado Desenvolvimentista criou e utilizou para cumprir com o seu papel estruturante do nosso padrão de industrialização e, nas contradições intrínsecas às relações do sistema capitalista, que se

⁶ Este processo iniciou-se com as manifestações dos empresários contrárias ao PND II de Geisel em 1977 e 1978.

exacerbam quando este entra em declínio, acentuando mais o seu caráter predador nas sociedades dominadas. Assim, no dizer de Fiori (1988), esta crise “não é econômica nem política: é uma crise das relações capitalistas, uma crise inevitável em razão das contradições inerentes à essa relação”.

As contradições, que emergem com mais intensidade nos momentos de crise, acirram os conflitos e as disputas entre as classes e as frações de classes, num jogo e luta política pela defesa de seus diferentes interesses, processo que resulta, quase que invariavelmente, na rearticulação das relações sociais de produção e de dominação e, conseqüentemente, numa reorganização do próprio Estado. Portanto, acreditar na viabilidade do enfrentamento da atual crise a partir de reformas administrativas e gerenciais, no âmbito do Aparelho do Estado, é ignorar a dimensão e as implicações que as crises do sistema capitalista carregam; implicações que apontam para uma reestruturação irremediável das relações capitalistas em todas as suas formas, quer econômica, política ou social.

No Brasil, os anos 80 já estavam prenhes de crise capitalista em sua forma econômica e política, e vivia-se um momento de exacerbação das contradições que haviam sido abafadas por longos anos de ditadura. No caldo dessa conjuntura crítica, que tem o próprio Estado como centro, começaria a proliferar o discurso da necessidade de uma Reforma do Estado. “Uns propõem desfazer-se do Estado que eles mesmos construíram. Os outros, muitas vezes crendo sua uma obra que foi conservadora, propõem reaproximar o Estado de seu modelo ideal” (Fiori, 1988, p. 19).

Os reformistas, que assumiram postos no governo de transição, acreditaram na possibilidade de redirecionar a ação de um Estado, já em processo de falência, e começaram a implementar projetos que haviam emergido de processos vinculados aos movimentos de reivindicação e contestação dos anos 70 e 80. “Desta maratona reformista, talvez a parte mais bem sucedida tenha ficado com aqueles que trabalharam no governo e na constituinte em prol de uma reforma sanitária” (Fiori, 1992, p.44).

A Constituinte dos anos 80 foi palco privilegiado de discussões sobre reformas, inclusive a reforma do próprio Estado, e a Constituição de 1988, na contramão do movimento “neoliberal”, já iniciado pelos governos conservadores dos países centrais, registraria em letra as pressões resultante dos movimentos sociais que reivindicavam o

resgate de uma dívida social acumulada em 20 anos de autoritarismo, traduzindo a crença na força das leis e na autonomia do Estado em realizar as reformas estruturais, que conduzissem à uma realidade nacional mais eqüitativa e mais justa. É caso exemplar o capítulo da Constituição que trata da saúde.

Porém, apesar de turva aos olhos, pelo processo de descompressão política e redemocratização do país, a crise já estava instalada por estas paragens, combinando desaceleração da taxa de investimentos, inflação acelerada, esgotamento do padrão de desenvolvimento com base no endividamento externo, deterioração dos salários e crise fiscal, que reduzia as possibilidades do Estado de investir em gastos públicos. Progressivamente, o Estado perdia a sua capacidade de comando da política macroeconômica e de indutor do desenvolvimento econômico e social, o que revelaria dentre outras coisas, “que o peso do endividamento do Estado não permitia a compatibilização eficiente de seus múltiplos papéis, que a estabilização a curto prazo tem custos sócio-políticos e, talvez ainda mais grave, que os projetos de redistribuição com base no Estado são de difícil execução” (Fiori, 1988, p.23). A incapacidade do Estado em coordenar os processos econômico, político e social, em nível nacional, se revelaria nas várias tentativas fracassadas de estabilizar a economia, através de planos ortodoxos ou heterodoxos, na piora dos indicadores sociais e, na emergência de movimentos políticos de contestação.

O quadro de falência do Estado tornava-se visível na destruição do setor público e, no agravamento das condições de vida da maioria da população. “As possibilidades de incorporação, quer por via econômica, quer pela via da política social, vão se estreitando, enquanto que paralelamente as demandas da sociedade vão se avolumando” (Fiori, 1988, p.16). Contudo, este grave cenário econômico não impediu que os constituintes pretendessem construir aqui, com o atraso de algumas décadas, um “Estado Keynesiano”, que já estava sendo contestado e combatido por governos conservadores nos países centrais. Para o processo de desmonte do *welfare state*, que ocorreu nos anos 80 naqueles países, foi decisiva a eleição de Elizabeth Tacher, na Inglaterra, em 1979; Ronald Reagan, nos EUA, em 1980 e, Helmut Kohl, na Alemanha, em 1982.

Na Constituição Federal de 1988, pela primeira vez atribuiu-se ao Estado brasileiro o dever de proporcionar à todos os cidadãos, condições e serviços gratuitos, que dessem

conta dos problemas de saúde em toda a sua complexidade. Afirmado 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 agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil).

Este padrão redistributivo e mais igualitário, edificado na Constituição Federal de 1988, não chegou efetivamente a se concretizar em nosso país. Ainda no governo Sarney, no que se refere as políticas sociais, “as reformas foram abandonadas, dirigentes importantes em estratégicos setores sociais foram afastados, e teve lugar uma série de medidas de ‘desmonte’ e de redução de gastos em diversas áreas sociais. Estava aberto o caminho para um enorme retrocesso, consubstanciado adiante no governo Collor, não apenas nas políticas sociais, mas nas políticas governamentais de um modo geral” (Soares, 1999, p.213).

4.2 A REFORMA INSTITUCIONAL DO ESTADO BRASILEIRO

Se a progressiva evidência das dimensões da crise criou um certo consenso, nos anos 80, quanto à necessidade de reformar o Estado brasileiro e redefinir as suas funções públicas, não havia a mesma concordância quanto às estratégias a serem adotadas e a direção a ser dada ao processo.

Se todos assentam na necessidade de reorganizar o Estado democratizando, privatizando onde possível e desregulando onde necessário, poucos são os que estão de acordo sobre por onde começar, a quem penalizar e para onde dirigir a ação seletiva do Estado reformado.(...) Aqui se contradizem, mais do que em qualquer outro aspecto, as várias formulações doutrinárias. Seja no tratamento do déficit e da dívida pública ou dos tributos, seja no da centralização/descentralização de recursos e responsabilidades e também é onde mais nitidamente se pode perceber as contradições tanto entre idéias e estratégias quanto entre conservadores e progressistas (Fiori, 1992, p.49).

Essa divergência foi resolvida, na prática, com a assimilação das propostas e estratégias liberalizantes, fundadas no “Consenso de Washington”, que prega a desregulação dos mercados, a abertura comercial e financeira, a privatização do setor público e a redução do tamanho do Estado, colocando o país no bojo de uma onda de “modernização conservadora e excludente” que tem varrido o mundo e produzido dramas humanos consideráveis.

Segundo Ugá (1994), a reforma do Estado representa a terceira versão na concepção de ajuste das economias, para o enfrentamento da crise que já dura mais de duas décadas. A primeira concepção de política de ajuste vigorou a partir de meados dos anos 70, quando se acreditava que a crise era conjuntural e bastaria instituir programas de ajuste drásticos e de curto prazo; foi quando vigorou os planos de estabilização econômica, com duração de um a dois anos, visando ao reequilíbrio da balança de pagamentos. Nos anos 80, mais precisamente a partir da moratória do México em 1982, as questões estruturais e o déficit público ganharam relevância nos diagnósticos dos desequilíbrios das economias periféricas. Tratava-se, então, de promover ajustes estruturais nestas economias e reduzir o gasto público. Embora permaneça ainda a concepção que defende os ajustes, o enfrentamento da crise, nos anos 90, concentrou-se na reforma do Estado e na reestruturação da relação público/privado.

As reformas do Aparelho do Estado e do próprio Estado, promovidas pelo atual governo, se encontram sintetizadas, em parte, no “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” (1995), documento que “define os objetivos e estabelece as diretrizes para a reforma da administração pública brasileira”, o qual atribui ao desvio do papel do Estado de suas funções clássicas as causas da destruição do setor público e o aprofundamento da crise atual. Segundo diagnóstico expresso no referido Plano, “o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por consequência, da inflação” (Presidência, 1995, p. 9).

A crise dos anos 80, segundo Bresser Pereira, Ministro do MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995 – 1998), seria consequência do funcionamento irregular do Estado, de sua falta de efetividade, do seu crescimento

distorcido, dos seus altos custos operacionais, do seu endividamento público e de sua incapacidade de se adequar ao processo de globalização em curso, que reduziu a autonomia e a capacidade dos Estados Nacionais para gerirem suas próprias políticas econômicas e sociais. Esta interpretação faz parte dos argumentos expressos no Plano Diretor:

Num sistema capitalista, Estado e mercado, direta ou indiretamente, são as duas instituições centrais que operam na coordenação dos sistemas econômicos. Dessa forma, se uma delas apresenta funcionamento irregular, é inevitável que nos deparemos com uma crise. Foi assim nos anos 20 e 30, em que claramente foi o mau funcionamento do mercado que trouxe em seu bojo uma crise econômica de grandes proporções. Já nos anos 80 é a crise do Estado que põe em xeque o modelo econômico em vigência (Brasil, Presidência, 1995, p.14).

Com perspectiva similar, o Banco Mundial analisa que os Estados, nos últimos 50 anos, teriam assumido proporções descabidas; absorvendo, nos países industrializados, quase metade de sua receita total, e nos países “em desenvolvimento” cerca de 25% do PIB nacional. Para esta instituição, da mesma forma que a partir dos anos 40 deste século “acontecimentos excepcionais” na economia global teriam alterado o contexto em que os Estados atuavam, fazendo com que estes se expandissem e ampliassem as suas atividades, atualmente os parâmetros de uma economia mundial globalizada estariam a exigir um novo Estado, mais eficiente e ágil, que se concentrasse nas “tarefas que pode e deve executar”. Para isto seria necessário “levar as sociedades a aceitarem uma redefinição das responsabilidades do Estado”, selecionando estrategicamente as ações que “irá desenvolver e as que deixará de desenvolver”, incluindo também “maiores esforços para reduzir a carga imposta ao Estado, fazendo com que os cidadãos e as comunidades participem da prestação dos bens coletivos essenciais”. A partir destas redefinições, segundo o Banco, emergiria um novo Estado, “essencial para a implantação dos fundamentos institucionais apropriados para os mercados (...) e para o desenvolvimento econômico e social, não como promotor direto do crescimento, mas como parceiro, catalizador e facilitador” (Banco Mundial, 1997, p.1/3/4).

Entre nós este “novo” Estado foi traduzido e definido, por Bresser Pereira (1997), como “Estado Social Liberal”, que teria como principal função a regulação, a representatividade política, a justiça e a solidariedade, devendo se afastar do campo da produção e se concentrar em sua função reguladora.

No Relatório Anual do Banco Mundial de 1997, que discute “O Estado num mundo em transformação”, são feitas algumas recomendações para que o Estado se torne “um parceiro mais confiável e eficiente no desenvolvimento do país”. Segundo esta instituição, primeiro deve-se ajustar a função do Estado à sua capacidade, ou seja, concentrar-se nas tarefas fundamentais, tais como, a lei e ordem, infra-estrutura básica e serviços básicos. Esta sugestão tem respaldo em pesquisa realizada, pelo Banco, junto a empresários de 69 países, os quais queixavam-se que “muitos governos não estariam executando bem as suas funções básicas: não estariam garantindo a lei e a ordem, nem protegendo a propriedade, nem aplicando normas e políticas de maneira previsível” (Banco Mundial, 1997, p.5).

A segunda estratégia seria a de aumentar a capacidade do Estado, revigorando as instituições públicas, elaborando normas e controles eficazes, coibindo ações arbitrárias, combatendo a corrupção, sujeitando as instituições públicas a uma maior concorrência, melhorando o desempenho das instituições e tornando o Estado mais sensível às necessidades da população, aproximando o governo do povo mediante a participação comunitária e a descentralização. Neste documento, o Banco avalia que os governos reformadores já estariam “tratando de separar os programas de seguro social, destinados a fazer face aos problemas de saúde e desemprego de toda a sociedade, dos programas de assistência social, que visam ajudar somente os grupos mais pobres” (Banco Mundial, 1997, p.6).

Segundo o Banco, a idéia de que o Estado deveria arcar sozinho com o ônus da seguridade social estaria mudando, e exemplifica dizendo que “economias emergentes como o Brasil não poderiam arcar, mesmo com uma versão reduzida do sistema europeu, especialmente em face do rápido envelhecimento da população. Para obter maior segurança a um custo menor, é preciso encontrar soluções inovadoras, que envolvam as empresas, os sindicatos, as famílias e os grupos comunitários” (Banco Mundial, 1997, p.6).

Ainda no entendimento do Banco, as reformas seriam mais fáceis de serem feitas se houvesse “uma crise econômica, uma ameaça externa ou um novo governo com menos

interesses adquiridos no velho sistema” e a sustentação das reformas se daria à medida em que os líderes políticos “oferecessem à sociedade uma visão de mais longo prazo, permitindo aos indivíduos enxergarem além da angústia imediata do ajuste. O líder eficiente dá ao público o senso de que a reforma pertence ao povo e não foi imposta de fora para dentro”. Para o Banco Mundial, seria ainda melhor se a opinião pública se convencesse de que as reformas visam transferir para a maioria da população o que antes estava nas mãos de uma minoria. (Banco Mundial, 1997, p.15).

A contribuição dos Organismos Internacionais na sustentação das reformas, segundo o Banco, poderia se dar de quatro maneiras: por meio de assistência técnica, através do cabedal de experiências de seus especialistas, adquiridas em diversos países, fornecendo assistência financeira, e por meio de mecanismos onde os governos assumissem compromissos internacionais, tornando mais difícil retroceder no processo reformador (Banco Mundial, 1997, p.16). Um dado sobre a “contribuição” na sustentação das reformas, foi o empréstimo no valor de US\$ 414 milhões do BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento, para que o Brasil executasse o “Programa de Modernização do Poder Executivo Federal”.

No Brasil, nos anos 90, várias estratégias “modernizantes” no campo político, econômico e administrativo foram utilizadas como “remédio” para enfrentar a crise e reconfigurar o Estado. O “Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado” constitui, a nosso ver, na estratégia central, que apesar de afirmar ser seu objetivo a reforma administrativa, pressupõe uma reforma do próprio Estado e estabelece os parâmetros para a realização da mesma. “A reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia” (Presidência, 1995, p.9).

Um dos aspectos centrais dessa reforma, segundo o Plano Diretor, seria “o fortalecimento do Estado para que sejam eficazes suas ações reguladoras, no quadro de uma economia de mercado”. A reconstrução deste Estado, que seria a fonte da atual crise, deveria ser feita de tal forma “que ele não apenas garanta a propriedade e os contratos, mas também, exerça seu papel complementar ao mercado, na coordenação da economia e na busca da redução das desigualdades sociais”. A redefinição do papel do Estado seria

improrrogável, pois este “já não consegue atender com eficiência a sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social” (Presidência, 1995, p.09/55/14).

Para se proceder as mudanças pretendidas, inicialmente seria necessário o “aperfeiçoamento do sistema jurídico-legal, notadamente de ordem constitucional, de maneira a remover os constrangimentos existentes, que impedem a adoção de uma administração ágil e com maior grau de autonomia, capaz de enfrentar os desafios do Estado moderno” (Presidência, 1995, p.61). No governo de Fernando Henrique Cardoso, não foram poucos os esforços empreendidos para reconfigurar e Constituição Federal e “remover os constrangimentos existentes”, particularmente aqueles relacionados aos direitos sociais.

A reforma do Estado, segundo o plano Diretor, envolveria quatro problemas fundamentais: (1) a delimitação do tamanho do Estado, (2) a redefinição do seu papel, (3) a recuperação da governança, ou seja, a capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo e (4) o aumento da governabilidade, que corresponde à capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar. Para dar corpo a estas questões e reconstruir o Estado, seriam “inadiáveis” o ajustamento fiscal duradouro; as reformas econômicas orientadas para o mercado; a reforma da previdência social; a inovação dos instrumentos de política social; e a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar a sua “governança” (Presidência, 1995, p.16).

A implementação de tais reformas permitiria a focalização do Estado no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a sua área de atuação através de três mecanismos. A privatização, por meio da venda de ativos públicos, que “não deveriam mais permanecer no setor público”⁷; a “publicização”, ou transformação de órgãos estatais em “entidades públicas não-estatais”, de direito privado e sem fins lucrativos; e a terceirização, que seria a contratação de serviços prestados por terceiros. No poder

⁷ O governo tem se utilizado de vários mecanismos para proceder a privatização de serviços públicos. Podemos destacar a transferência ou venda de estabelecimentos públicos para a iniciativa privada, a estratégia do seu afastamento progressivo em ações específicas (privatização implícita), a redução da oferta de serviços, reconduzindo a demanda para o setor privado (privatização por atribuição), até o financiamento público do consumo de serviços privados e a desregulamentação, que permite a entrada do setor privado em setores que antes eram monopólio do Estado, como por exemplo no caso da avaliação de serviços e da vigilância sanitária.

executivo permaneceria a responsabilidade pela formulação e acompanhamento da implementação das políticas públicas. Para essa tarefa, segundo Paulo César Pimenta, Diretor do Programa de Modernização do Poder Executivo Federal, o “novo Estado deve ter indicadores objetivos e mensuráveis de gestão, dando maior ênfase ao resultado, ao contrário do que ocorre hoje, quando a ênfase maior é dada ao controle de processos. Nesta transformação é importante a reorganização dos sistemas de informação, com o objetivo de disponibilizar dados de forma adequada para a gestão pública” (Pimenta, 1998, p.180).

A reforma do setor público, segundo seus idealizadores, deveria possibilitar a implementação do modelo de “administração gerencial” no setor de serviços do Estado. Nesta lógica de gestão, o Estado teria que se afastar do campo da produção e da prestação de bens e serviços, para se concentrar na sua função reguladora. Para isto, a administração pública teria que abandonar a ênfase que dá no controle dos processos e de normas (administração burocrática) e voltar-se para o controle dos resultados, mudar *o seguir regras para o obter resultados*, através de uma administração pública gerencial e flexível, com base em conceitos de eficiência, eficácia, qualidade e produtividade do serviço público. Neste caso, “os controles *a posteriori* dos resultados deverão ser extremamente severos (...). A administração pública gerencial enfatiza os resultados porque pressupõe que será capaz de punir os que falharem ou prevaricarem” (Presidência, 1995, p.67).

A estratégia da administração gerencial, inspirada na administração de empresas, concentra-se :

1. Na definição precisa dos objetivos que o administrador público deve atingir em sua unidade;
2. Na garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados;
3. No controle ou cobrança *a posteriori* dos resultados.

Adicionalmente, pratica-se a competição administrativa no interior do próprio Estado; (Presidência, 1995, p.22).

O Plano Diretor caracteriza e distingue quatro setores que deveriam compor o aparato de Estado:

1) o *Núcleo Estratégico do Estado*, que corresponde ao governo em sentido lato, setor que define as leis e as políticas públicas e cobra o seu cumprimento. É neste núcleo que as decisões estratégicas seriam tomadas. 2) *As Atividades Exclusivas*,⁸ setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar, como a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc. Neste caso, as autarquias e fundações deveriam ser transformadas em “agências autônomas”, administradas por meio de “contrato de gestão”. 3) *Os Serviços Não-exclusivos*, correspondem aos setores onde o Estado atuaria simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. A presença do Estado, neste setor, é justificada porque os serviços envolveriam direitos humanos como os da educação e da saúde, ou porque possuem “economias externas” relevantes, à medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados através do mercado. São exemplos deste setor as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus, que devem ser organizados como “organizações sociais”. 4) *A Produção de Bens e Serviços para o Mercado*, constituindo as áreas de ação das empresas, é caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda não foram privatizadas (Presidência, 1995, p.52/53).

Segundo Carlos César Pimenta, Diretor do Programa de Modernização do Poder Executivo Federal, as agências autônomas são entidades de direito público, que por sua característica jurídica, teriam maior autonomia de gestão, e os contratos de gestão, constituem-se em pactos de desempenho estabelecidos entre o ministério supervisor e suas agências executivas ou organizações sociais, gerando uma competição por recursos entre os órgãos contratados. Como são órgãos públicos, o que se espera é que ocorra uma competição administrativa, criando contexto de quase-mercados (Pimenta, 1998, p. 196).

O Plano Diretor define as “organizações sociais” como sendo entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar

⁸ Durante o processo de reforma constitucional, por meio de *lobby* e pressão corporativa, algumas categorias, que estavam fora da lista de *atividades exclusivas do Estado*, foram incorporadas a ela. Isto, no entanto, não se constituía no essencial da reforma, mas o nuclear era o fim da estabilidade, do Regime Jurídico Único e a reforma da previdência.

contrato de gestão com este poder, e assim ter direito a dotação orçamentária. Tais organizações poderiam obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc. Adicionalmente, deveria buscar uma maior parceria com a sociedade, que “deverá financiar uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados” (Presidência, 1995, p.74)

As estratégias utilizadas para a execução da reforma administrativa teriam como suporte oito princípios a saber: desburocratização, descentralização, transparência, *accountability*, ética, profissionalismo, competitividade e enfoque no cidadão. A desburocratização seria a “retirada de obstáculos processuais à implantação de uma gestão mais flexível e responsável”, com o conseqüente “desmonte do Estado produtor, interventor e protecionista”, separando o processo de formulação da execução de políticas públicas. A descentralização desdobra-se em três formas: *descentralização interna*, caracterizada pela descentralização do processo decisório, em um movimento de cima para baixo, dentro da própria estrutura administrativa do setor público, delegando competências e responsabilidades; a *descentralização externa*, de dentro para fora, ou seja, da estrutura do Estado para a sociedade organizada em empresas privadas ou entidades sem fins lucrativos, através da terceirização, publicização, extinções, fusões e privatizações; e a *descentralização entre níveis de governo*, delegando poder “a atores em níveis mais baixo, ao poder local”. A transparência se “impõe como fundamento para substituir controles burocráticos por controles sociais”. O princípio da avaliação de resultados, *accountability*, deve ajudar a controlar e avaliar os objetivos propostos e os resultados esperados, num processo de negociação e avaliação do desempenho institucional no governo. O comportamento ético dos funcionários e dirigentes e a redução de privilégios que existem no Estado dar-se-ia pela implantação de códigos e normas éticas, para fazer frente às possibilidades de má utilização de recursos e corrupção, em face da flexibilidade administrativa. O profissionalismo, necessário numa administração gerencial, flexível e centrada no controle de resultados, devendo adotar-se o mérito como mecanismo de legitimação organizacional e a capacitação seguindo as diretrizes gerais para uma melhoria da gestão; o princípio da competitividade, onde entidades competem entre si na busca de recursos, “oferecendo para tanto serviços com melhor qualidade”, e esta “competição saudável” deve ser reproduzida dentro da estrutura administrativa, simulando-se situações

de “quase-mercado”; e, finalmente, o enfoque no cidadão, valorizando-o como o “principal consumidor dos serviços públicos”, adotando “pesquisas de satisfação do usuário como parâmetros para avaliação de desempenho do setor público”. Para o governo, estes princípios deveriam guiar a reforma administrativa em todas as instâncias e níveis de governo (Pimenta, 1998, p.182).

Por fim, admitindo a supremacia da política econômica sobre as políticas sociais, o Plano Diretor atribui aos Ministérios da área econômica, a responsabilidade em “propor alternativas com vistas à solução da crise fiscal” e aos Ministérios setoriais “compete rever as políticas públicas, em consonância com os novos princípios do desenvolvimento econômico e social” (Presidência, 1995, p.16).

4.3 OS DESDOBRAMENTOS DA REFORMA DO ESTADO NO CAMPO DA SAÚDE

Assimilando as orientações da proposta de reforma do Estado brasileiro e a lógica traçada no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, o Ministério da Saúde parece ter cumprido com sua parte e procedido a “revisão” da sua estrutura e de suas políticas. Em diversos documentos deste Ministério e em manifestações de seus técnicos e representantes, percebe-se uma convergência de perspectiva em relação a proposta de reforma do Estado, consubstanciada no Plano Diretor. Tanto para os idealizadores deste Plano, como para os representantes do governo no Ministério da Saúde, a reforma do Estado envolveria três questões centrais: a superação da crise fiscal; a revisão das estratégias de intervenção do Estado nos planos econômico e social; e a mudança da estrutura do aparelho estatal e do funcionalismo público. No plano social, seria necessário, “distinguir com clareza a formulação de políticas públicas de caráter regulatório, não apenas de dimensão normativa e fiscalizadora, mas também na dimensão estimuladora e fomentadora, por estímulos financeiros, tecnológicos e condicionantes competitivos” (Ministério da Saúde, 1995b, p.11).

Para os defensores, formuladores e executores das reformas no setor de saúde brasileiro, as mudanças “não podem ser vistas como conjunturais, nem compensatórias”, mas sim, de caráter estrutural. O processo em curso visa modificar as bases em que se

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

O documento de onde foram extraídas as diretrizes políticas mencionadas acima, intitulado de *Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil*, constitui-se em uma espécie de prestação de contas sobre as reformas implementadas neste setor público brasileiro, apresentado na “reunião especial sobre **Reforma Sectorial en Salud**”, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial, em setembro de 1995.

Ao comparar as diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde e as propostas do Banco Mundial para a reforma do setor de saúde brasileiro, explicitadas no capítulo anterior, encontram-se inúmeras semelhanças, isto para não afirmar que se constitui em uma resposta pragmática às críticas e recomendações daquela instituição. Contudo, não se pode afirmar que haja um alinhamento e aceitação incondicional das propostas do Banco Mundial. Porém, é evidente que quanto mais o governo mostrar que as políticas nacionais se aproximam das diretrizes gerais que configuram o atual quadro de desenvolvimento do capitalismo internacional, mais facilmente se conseguirá respaldo político internacional e aprovação dos empréstimos pleiteados. Não por acaso este *Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil*, foi elaborado e apresentado nos termos descritos acima, num momento em que o Brasil negociava com o BID e o BIRD os empréstimos destinados ao Projeto REFORSUS.

Com uma perspectiva de reforma semelhante à apresentada no referido informe, o Plano de Ação do Ministério da Saúde (1995-1999), que traça as diretrizes políticas do setor de saúde para o governo de Fernando Henrique Cardoso - FHC, afirma que “o Ministério da Saúde procurará fixar-se no que constitui a essência do seu trabalho, qual seja a prestação de cooperação técnica e financeira às duas outras instâncias do SUS” (Ministério da Saúde, 1995c, p.6). Para cumprir com esta função, teria que “ampliar o processo de descentralização das ações e serviços (...) e induzir gestores estaduais e municipais a organizarem o Sistema em seus respectivos âmbitos de ação” (Ministério da Saúde, 1995b, p.17).

Em outro documento, que trata do “Balanço da Saúde no Governo FHC”, o Ministério da Saúde assume que à medida em que deixar de ser executor direto dos serviços de saúde, caberá a ele, “no final desse processo, a formulação das grandes estratégias de saúde, o controle epidemiológico e a fiscalização das ações e serviços de saúde” (Ministério da Saúde, 1998, p.19).

Porém, esta lógica de reforma “modernizante”, não se constitui em uma inovação do governo FHC, nem uma novidade para a burocracia do Ministério da Saúde. Desde o início do governo Collor de Mello, em 1990, vem-se discutindo e propondo, no interior do Ministério da Saúde, mudanças de ordem administrativa e legal, de forma que “a ordem jurídica no campo da saúde seja apresentada à modernidade” (Ministério da Saúde, 1991, p.13).

O “Plano Quinquenal de Saúde – 1990/95: A Saúde do Brasil Novo”, revela a incorporação de concepções, que caracterizam também as recentes reformas administrativas, nas instituições públicas brasileiras, e no setor de saúde em particular. “A nova Administração, que recebeu a incumbência do Presidente Fernando Collor de conduzir o processo de implantação do **Sistema Único de Saúde – SUS**, está procurando cumprir a tarefa, dentro de propósitos de **modernização e racionalização**” (Ministério da Saúde, 1991, p.9).

Os representantes do Ministério da Saúde, no governo Collor de Mello, partiam do pressuposto de que “boa parte da falta de eficiência e eficácia das ações de saúde tem origem na inadequada organização e gerência dos serviços, na falta de capacidade de muitos de seus dirigentes, no desconhecimento e na falta de práticas administrativas

coerentes”. Sendo assim, seria forçoso “atentar para a questão de **gerenciamento**, instrumento capaz de fornecer bases de **modernidade, eficiência, eficácia e efetividade** aos esforços a serem desenvolvidos, sincronicamente, de forma cooperativa”. Como os recursos disponíveis para a saúde eram escassos e finitos, seria necessário “um modelo gerencial para otimizá-los. O Ministério da Saúde, sensível a essa realidade, decidiu munir-se do instrumental e da prática da **gerência participativa por objetivos** para nortear esta gestão” (Ministério da Saúde, 1991, p.19/10).

Da mesma forma que na “administração gerencial”, proposta pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, na “gerência participativa por objetivos”, a definição de metas e objetivos e a quantificação de resultados é o que de fato interessa. “A declaração de metas, devidamente quantificáveis em termos mensuráveis, demonstra a coragem de um firme comprometimento com resultados que podem ser cobrados pelo governo, pelos profissionais e pela população” (Ministério da Saúde, 1991, p.10).

O documento do Plano Quinquenal 1990/1995 do Ministério da Saúde, reconhece que as reformas institucionais podem ultrapassar as questões puramente administrativas, trazendo embutido propostas de amplas reformas setoriais. “O que vai diferenciar essa reforma institucional é que ela será feita a partir de um modelo assistencial previamente estabelecido e não, como tem sido a regra das reformas administrativas tradicionais” (Ministério da Saúde, 1991, p. 28).

Mais recentemente, a lógica que tem caracterizado a “reforma modernizante” do Estado brasileiro foi expressa em outros documentos do Ministério da Saúde, revelando uma continuidade do processo iniciado no começo desta década. Falo do documento produzido e divulgado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, cujo conteúdo é semelhante ao de texto de Bresser Pereira, então Ministro do MARE, com o título de, “Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” (1995a).

Estes dois textos citam os mesmos autores, Dilulio & Nathan (1994) para argumentar sobre os pressupostos e as razões das propostas de reforma. “A maioria das atuais reformas dos serviços de saúde nos países desenvolvidos, postulam a descentralização para entidades regionais e a formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os supridores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados” (Pereira, 1995, p.1; Ministério da Saúde,

1995a, p.7). Ressaltamos que no documento do Ministério da Saúde, tomou-se o cuidado para interromper a citação antes de falar da “formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os fornecedores de serviços prestados”. Contudo, este cuidado ideológico, não foi suficiente para ocultar a perspectiva e a fonte que lhes dava suporte teórico/prático e a decisão em promover “uma espécie de mercado” entre os prestadores de serviços de saúde, quer fossem públicos ou privados.

Os dois documentos afirmam que há a necessidade de se proceder a uma reforma administrativa do sistema de saúde e assumem os mesmos parâmetros de ação. Partem do princípio que a descentralização permite um maior controle da qualidade e dos custos dos serviços prestados; que a descentralização favorece o controle social por meio do acesso direto dos usuários ao sistema de controle e através da criação de Conselhos Municipais de Saúde; que a criação de subsistemas ou a separação entre a oferta e a demanda permitem a competição saudável; que o encaminhamento via posto de saúde e clínicos gerais evita internações desnecessárias; que a responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde implicará numa auditoria permanente em nível municipal sendo mais eficiente que a centralizada (Ministério da Saúde, 1995a, p.3; Pereira, 1995, p.2).

O que mudou da proposta original do Ministério da Saúde para a proposta do Ministro Bresser Pereira, foi a decisão de que a reforma não envolveria todo o SUS, mas apenas alguns pontos específicos, certamente os mais interessantes do ponto de vista econômico, conforme observa-se em seus próprios argumentos: “O que se está procurando, através desta reforma, não é abranger todo o SUS, mas uma parte fundamental do mesmo – e certamente a mais cara: a assistência hospitalar” (Pereira, 1995, p.4).

Para Bresser Pereira, os pressupostos para a reforma seriam dois: “Primeiro, que a oferta de leitos hospitalares é hoje muito maior do que a demanda. (...) Segundo, que o controle municipal desses fornecedores de serviços de saúde é muito mais efetivo do que o controle federal” (Folha de São Paulo, 19 jan. 1997, p.1-3). Em relação ao primeiro pressuposto, dados de uma pesquisa realizada em 1999 pelo IBGE, com o apoio do Ministério da Saúde, revelou uma redução de 27% no número de leitos disponíveis para

internações no Brasil no período 1992 – 1999, de um total de 544.357 leitos existentes em 1992, baixou para 484.945 o número de leitos disponíveis em 1999 (dados do IBGE).⁹

Em relação ao segundo argumento, análises do próprio Ministério da Saúde, revelam que as dificuldades no controle da rede conveniada permanece e, em alguns casos, se ampliou com o processo de descentralização, em face da pressão que este setor pode exercer no governo local e da dificuldade que esta instância tem em punir os abusos e as fraudes.

Ao cotejar os documentos do Ministério da Saúde e do Ministro Bresser Pereira, observa-se uma similitude entre ambos, que revela uma mesma origem e mesma fonte de elaboração. Contudo, cabe recuperar algumas questões que aparecem de forma distinta nos textos em análise.

Segundo o documento do Ministério da Saúde, “as reformas devem proporcionar solução para os graves problemas de financiamento, promover o uso racional dos recursos disponíveis e evitar fraudes”; para isto, e em face dos poucos recursos para a saúde, a reforma objetiva “a racionalização do acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários” (Ministério da Saúde, 1995a, p.2).

Na prática, a “racionalização do acesso” hospitalar ou a “moderação da demanda”, tem se efetivado pela redução de leitos disponíveis ao SUS na rede conveniada; pela privatização de leitos na rede pública; pelo controle de AIHs – Autorização de Internação Hospitalar; pelas filas nos casos eletivos e até mesmo pela cobrança irregular de complementação ou taxas extras. A classe médica tem contribuído também para a não efetivação dos princípios constitucionais referentes ao SUS, na medida em que se descredencia do Sistema, fazendo com que o SUS suprima do seu “menu” parte dos procedimentos médicos.

As estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para proceder à reforma seriam: (1) a *descentralização*, com maior clareza das atribuições e poder das diferentes esferas de governo; (2) montagem de um *Sistema de Atendimento de Saúde* em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: *Subsistema de Distritos de Saúde*, responsável pelas ações básicas de saúde e encaminhamento para os níveis mais complexos

⁹ Se considerarmos a recomendação da Organização Mundial de Saúde, de 4 leitos para cada 1000 habitantes, estaríamos com um déficit nada desprezível de mais de 100 mil leitos no Brasil.

e o *Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar*, constituída pela rede ambulatorial especializada e hospitalar, que “permite o surgimento de mecanismos de competição administrada altamente saudáveis”; e (3) montagem de um *sistema de informações em saúde*, que visa “acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados” (Ministério da Saúde, 1995a, p.2).

O que se pretendia com a reforma, na perspectiva do Ministério da Saúde, seria a implantação de um processo decisivo e rápido de descentralização, pois segundo este órgão, atualmente, “na maioria das cidades brasileiras, o cidadão entende que a autoridade responsável pela sua saúde é o Ministério da Saúde. É preciso mudar essa percepção, dando poder ao Governador, ao Prefeito e aos Conselhos Municipais de Saúde, assim levando o cidadão a também atribuir-lhes a responsabilidade pelo atendimento de saúde que o SUS lhe garante” (Ministério da Saúde, 1995a, p.7).

Quanto ao processo e a forma como se daria a descentralização, o Ministério da Saúde defendia que “continuarão a ser realizadas as quatro categorias atuais de descentralização: centralizado, descentralizado incipiente, descentralizado parcial e descentralizado semi-plena, com as modificações que forem necessárias” (Brasil 1995a, p.7). Já na proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Ministro Bresser Pereira, a descentralização não poderia ser feita através dos sistemas de gestão em uso naquele momento, “porque se quer promover, de uma só vez, a descentralização para cerca de dois mil municípios. Só assim será possível afirmar, no momento do lançamento da reforma, que a partir daquele dia os prefeitos e os conselhos municipais de saúde tornaram-se responsáveis pela saúde da grande maioria dos cidadãos brasileiros” (Pereira, 1995, p.5).

Como se sabe, a Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/96, definiu como condições de gestão dos municípios a *Gestão Plena da Atenção Básica* e a *Gestão Plena do Sistema Municipal*, o que contempla a proposta de uma descentralização mais radical e imediata, conforme defendia o Ministro Bresser Pereira, transferindo para os municípios a responsabilidade pela saúde de “seus cidadãos”.

Outra divergência notada entre os dois documentos seria quanto ao processo por onde se iniciaria a reforma. Segundo o Ministério da Saúde “a reforma começará pela criação de um Subsistema de Distritos de Saúde, em nível do Ministério da Saúde, que estabelecerá as diretrizes e os conteúdos mínimos dos Distritos de Saúde” (Ministério da

Saúde, 1995a, p.8). Após passados quatro anos, os distritos sanitários são apenas uma recomendação do Ministério da Saúde, ao passo que o conteúdo da proposta de reforma da assistência hospitalar foi efetivada, seguindo a lógica prevista originalmente na proposta do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado.

No documento desse Ministério, descreve-se as características básicas que teria a reforma do sistema de saúde: (1) clara separação entre a demanda de serviços de saúde, ou seja, a compra de serviços hospitalares por parte das esferas federal, estadual e municipal e a oferta desses serviços de saúde feita por hospitais estatais, hospitais filantrópicos e hospitais privados, que competiriam entre si para oferecer os melhores serviços; (2) aprofundamento da descentralização e municipalização, de forma que a responsabilidade direta pela saúde dos residentes em cada município seja do Conselho Municipal de Saúde e do Prefeito e, (3) aproveitamento das economias realizadas na assistência médica para sua utilização nas ações de medicina sanitária (Pereira, 1995, p.4).

Essa proposta de reforma do sistema hospitalar, pressupunha a criação de um Sistema Nacional de Demanda, com a criação de uma secretaria em nível federal, sub-secretarias em cada estado da federação e uma sub-secretaria ou diretoria em cada município, dependendo do seu tamanho. Sendo que em nível federal, o Sistema de Demanda “contará com um orçamento que será uma parte do orçamento da União para o SUS” e em nível estadual e municipal, “o Sistema de Demanda contará com uma suplementação orçamentária atribuída pelas respectivas assembleias legislativas e câmaras municipais”. A partir destas mudanças, as AIHs, “seriam distribuídas mensalmente a cada prefeitura, de acordo com o número de residentes no município e o perfil epidemiológico” e, caberia à autoridade municipal “credenciar os hospitais, negociar com eles as condições do serviço e eventuais pagamentos suplementares com recursos próprios do município” (Pereira, 1995, p.4/5).

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

executivo e assim participar do orçamento”. Uma tendência atual dos hospitais públicos, em face da falta de recursos financeiros, parece ser, senão a transformação em “organizações sociais”, a transformação em fundações públicas de direito privado, que segundo os defensores desta forma de privatização, possibilitaria autonomia administrativa e financeira para melhor gerir estas instituições num contexto de competição.

Mas, o “essencial” da proposta de reforma estaria “na clara separação dos hospitais estatais – que fazem parte do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar de cada município - do Subsistema de Distritos de Saúde desse mesmo município” (Ministério da Saúde, 1995a, p.10), ou como afirma o documento do MARE: “separação dos hospitais estatais – que fazem parte da oferta de serviços hospitalares - do Sistema de Demandas” (Pereira, 1995, p.6).

O que o Ministério da Saúde pretendia era separar os níveis de assistência, sendo que os Distritos, responsáveis pela atenção primária e secundária, ficariam sob a responsabilidade do município, e os hospitais que oferecem assistência terciária, de alto custo, ficariam sob a responsabilidade do nível estadual ou federal. Já a proposta de reforma do Ministro Bresser Pereira não se ocupa dos níveis primário e secundário da atenção à saúde, sua preocupação está concentrada na assistência hospitalar, propondo uma ruptura na forma de gestão e de oferta deste nível de assistência. Todos os hospitais, inclusive os estatais, fariam parte dos “sistema de oferta de serviços” e os gestores públicos, nos três níveis, comporiam o “sistema de demanda”, ou seja, seriam os compradores dos serviços ofertados no mercado.

Isso, no entanto, não se caracterizaria em divergência substantiva entre os dois ministérios; declarações do então Ministro da Saúde Adib Jatene, frente os dados de que em 1995, 62% da verba pública teria sido gasta com o pagamento de AIH para hospitais privados, afirmaria que “não nos preocupa quem é o dono do hospital, mas como o doente é atendido” (Folha de São Paulo, 3 mar. 1996, p.1-20), sinalizando que a mudança deste quadro no sentido de cumprir com a Constituição Federal que prevê a participação do setor privado como complementar, não estava nos planos do governo Fernando Henrique Cardoso.

Sobre esta questão, o Banco Mundial tem insistentemente sugerido a “transferência de um volume maior da assistência para o setor privado”, pois segundo esta instituição, a

Constituição brasileira de 1988 teria tratado de forma muito desigual estes dois setores. Segundo dados do IBGE de 1999, na área hospitalar, a mais lucrativa do setor de saúde, a quantidade de leitos privados é de 341.427, que corresponde a 70,4% do total, ao passo que os leitos públicos são 143.518, que significa 29,5% do total de leitos disponíveis para internações no Brasil.

Esses dados ajudam a desvelar o processo de reforma e redefinição do papel do Estado no campo da saúde, em que o setor público ficaria com a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção primária à saúde e, a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem fins lucrativos e hospitais públicos, transformados em organizações sociais ou em algo semelhante, disputariam a prestação de serviços de atenção terciária, que em parte e por algum tempo continuariam sendo compradas pelo Estado, mas que aos poucos, a atuação deste tenderia a ficar restrita a formulação de políticas, a regulamentação e a avaliação dos sistemas, contribuindo com a oferta dos serviços que não são do interesse do mercado, ou que se constituem em “bens públicos” ou contenham “grandes externalidades”, para usar as palavras do Banco Mundial. Corrobora essa idéia a afirmação do Ministério da Saúde de que,

nos termos aqui propostos será possível por parte do Estado concentrar sua atenção na organização e funcionamento do Subsistema de Distrito de Saúde através de cuidados básicos de saúde ao indivíduo e família, com encaminhamento dos pacientes cujos problemas não forem resolvidos neste nível (...). O Programa Saúde da Família constituirá o mínimo comum a todos os distritos, podendo agregar-se outras ações de acordo com as prioridades e peculiaridades locais e municipais (Ministério da Saúde, 1995a, p.6/12).

Em 1997 Carlos Albuquerque, então Ministro da Saúde, afirmaria que a meta número um do Ministério da Saúde seria as ações básicas, e que o “modelo de saúde” definido pelo governo, baseava-se em quatro pontos: redução da prestação de serviços pelo Ministério da Saúde, definição do financiamento, clareza nas responsabilidades de cada nível de governo e, descentralização e modernização. A universalização da saúde prevista na Constituição, segundo ele, não significava que o Estado tivesse de prestar ou pagar por

todos os serviços, “o Estado pode garantir saúde por meio da regulamentação e fiscalização de serviços prestados pela iniciativa privada (...), financiaremos parte das ações, fiscalizaremos a aplicação de recursos e avaliaremos resultados” (Folha de São Paulo, 21 abr. 1997, p.1-4).

Sobre a “contribuição” do Banco Mundial para as atuais reformas do setor de saúde brasileiro, é particularmente revelador o documento de uso oficial e restrito do Banco, de 12 de junho de 1997, intitulado: “Memorando do presidente do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e da Corporação Financeira Internacional aos Diretores Executivos sobre uma Estratégia de Assistência ao País do Grupo Banco Mundial para a República Federativa do Brasil”.¹⁰ Destacamos um trecho do documento que ajuda a compreender melhor esta “parceria”:

Espera-se que o impacto da assistência do Banco na prestação de serviços de saúde pública de qualidade deva aumentar dentro da reforma do setor de saúde. Isto está avançando bem devido a uma abordagem modificada em relação a uma maior sustentabilidade e à descentralização apoiada pelo empréstimo para a Reforma do Setor de Saúde. Este empréstimo está centrado na melhoria do gerenciamento do sistema de saúde pública ao invés de apenas financiar programas específicos sobre gastos de saúde.¹¹

A Norma Operacional Básica de 1996, em alguma medida contempla a lógica da Reforma do Estado e as propostas dos documentos analisados anteriormente neste trabalho. Primeiro, colocando como finalidade “a busca da plena responsabilidade do poder público municipal”. Segundo, através das medidas propostas para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, quais sejam, a redefinição (1) dos papéis de cada esfera de governo; (2) dos instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus papéis de gestores; (3) dos mecanismos de fluxos de financiamento; (4) das práticas do acompanhamento, controle e avaliação no SUS,

¹⁰ Para consulta e detalhes sobre este e outros documentos relacionados as “políticas de assistência” ao Brasil, ver o livro: “A Estratégia dos Bancos Multilaterais para o Brasil: análise crítica e documentos inéditos”. VIANNA, Aurélio Jr. Brasília: Rede Brasil, 1998.

¹¹ trata-se de uma referência que o Banco faz ao Projeto REFORSUS.

superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados; e (5) dos vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares. Também, neste novo modelo, a pessoa seria estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra (NOB-SUS 01/96, p.6/7/16).

Terceiro, definindo subsistemas municipais - o SUS-Municipal. Esta diretriz está colocada na Norma, apesar da compreensão manifestada na mesma, de que “a criação e o funcionamento desse subsistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unidade do SUS (NOB-SUS 01/96, p.8).

Quanto ao acesso universal, equitativo e integral, segundo o documento do Ministério da Saúde (1995b), ficaria por conta da capacidade de negociação dos prefeitos e secretários. “O relacionamento com prestadores, o incentivo à qualidade das ações, mediante instrumentos de competição, bem como, a definição de modelos assistenciais, são prerrogativas dos gestores estaduais e municipais”. Sobre esta questão, a atual NOB-SUS também faz referência: “Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais” (NOB-SUS 01/96, p.9).

Essas mudanças promovidas na administração e na legislação, com vistas a uma recomposição “harmônica, integrada e modernizada do SUS”, teriam como propósito explícitos, a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS e a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade (NOB-SUS 01/96, p.14).

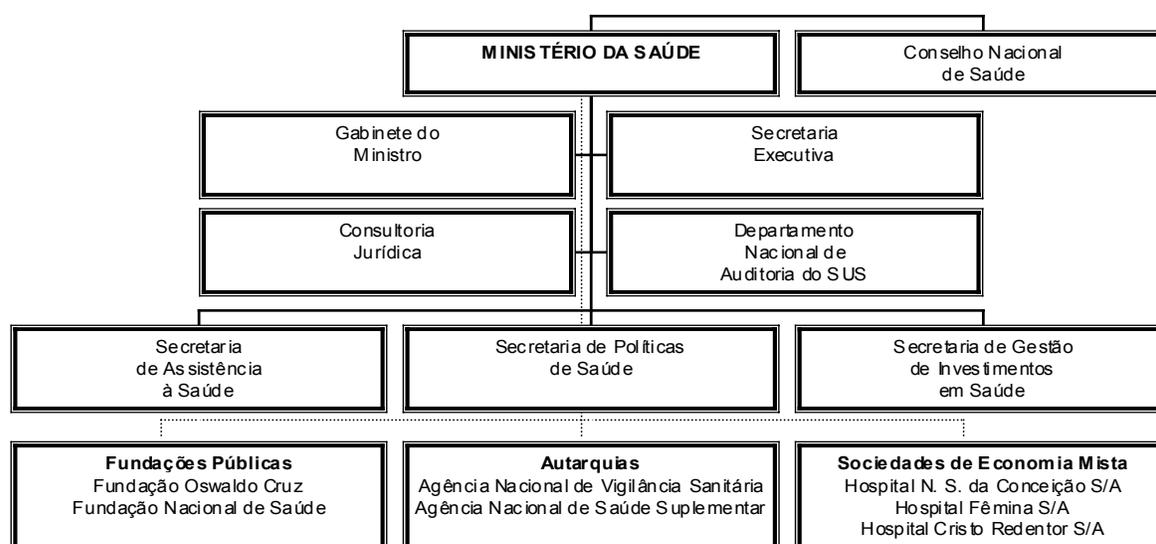
Mas a redefinição do papel do Estado, no âmbito da saúde, pode ser verificada também no “enxugamento” promovido em vários órgãos e estruturas do Ministério da Saúde, como a extinção do INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, a

desativação da CEME – Central de Medicamentos, a descentralização da FUNASA – Fundação Nacional de Saúde, entre outros. A estrutura organizacional que resultou da reforma no próprio Ministério da Saúde, expressa formalmente a redefinição das funções deste órgão e a assimilação da perspectiva gerencial no serviço público.

ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

— Subordinação

--- Vinculação



Sobre o “enxugamento” no Ministério da Saúde, merece destaque a declaração do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso à imprensa, em 1997, de que gostaria de “fechar mais órgãos inúteis” ligados ao Ministério da Saúde, a exemplo da CEME e acabar com “o gasto inútil para o povo” que é o dinheiro pago a “centenas de milhares de funcionários (do Ministério da Saúde) que não tem o que fazer” (Folha de São Paulo, 25 out. 1997, p.3-8). A criação de uma Secretaria de Política de Saúde, na estrutura do Ministério da Saúde, parece atender a recomendação do Banco Mundial de que se “Estabelecesse uma unidade de política de saúde no Ministério da Saúde com responsabilidade pela identificação de questões-chave, referentes à políticas de saúde, com contribuições de especialistas que não sejam do Ministério da Saúde” (Quadro 4).

Um caso exemplar desta “contribuição externa” é o Programa de Acreditação Hospitalar, vinculado ao Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a Acreditação é um método de estímulo, avaliação e certificação externa da qualidade de serviços de saúde, que deve ser entendida em duas dimensões. A primeira educacional, que “introduz a cultura da qualidade” e o desenvolvimento institucional; a segunda dimensão, como um processo de avaliação e certificação da qualidade a partir de padrões previamente definidos (site:saude.gov.br/sps/acred.htm, 09/06/99).

O programa de Acreditação Hospitalar, projeto considerado estratégico pelo Ministério da Saúde, iniciou em meados de 1997, após algumas experiências regionais, “numa iniciativa junto ao REFORSUS/Banco Mundial, [onde] todo o processo de Acreditação será coordenado pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, entidade de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter normativo, tendo como membros fundadores as entidades prestadoras de serviços de saúde, entidades compradoras de serviços de saúde e entidades privadas”. A participação do Ministério da Saúde estaria garantida “mediante o apoio à instituição da ONA, financeiramente através de convênio, e tecnicamente também participando de seu Conselho de Administração”. O Ministério da Saúde justifica a sua “pequena participação”, pois segundo este órgão se quer deixar “claro a intenção apenas de apoio e estímulo ao desenvolvimento do processo no país, permitindo a ampla ação da sociedade civil representativa do setor, na avaliação e certificação dos serviços de saúde, sem interferir no processo, mas mantendo-se informado e acompanhando a efetividade de sua implementação” (site:saude.gov.br/sps/acred.htm, 09/06/1999).

A remuneração dos consultores das agências de acreditação e os custos dos processos de avaliação executados, nas instituições de saúde públicas e privadas, são de responsabilidade da instituição que requer a avaliação. O certificado de Acreditação, fornecido por estas agências às instituições que pagam para serem avaliadas, tem sido utilizados como *marketing* na concorrência entre os prestadores de serviços de saúde, sem que se explicita a lógica e a dinâmica deste processo.

A criação de Agências Reguladoras, no campo da saúde, são justificadas pelo Governo Federal, como “resultado de exigências sociais e políticas”, e que “em função desta situação, houve uma diminuição do papel da administração pública como fornecedor

exclusivo ou principal de serviços públicos e, simultaneamente, um processo, ainda em curso, de regular atividades produtivas de interesse público mediante o estímulo à competição e à inovação” (site: anvisa.gov.br, 07/10/2000).

Com essa concepção, criou-se em 28 de janeiro de 2000, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Lei Federal Nº 9.961. Segundo o atual diretor-presidente desta Agência, Januário Montone, o modelo de agência reguladora, “poderosa ferramenta administrativa de governo (...) atua em duas dimensões básicas (a econômica-financeira e a da saúde), estabelecendo condições para o crescimento saudável do setor privado, sem contraditar a construção do SUS”. O pressuposto que fundamenta as ações da ANS, é de que “o mercado da assistência à saúde é imperfeito e não pode ser operado livremente, demandando regras para garantir a prevalência do interesse público e, também, para equilibrar a relação entre consumidores, operadoras e prestadores de serviço” (Folha de São Paulo, 14 out. 2000, p.A-3).¹² A regulamentação dos planos de saúde, através da Lei 9.656/98, não obteve os efeitos desejados de acabar com os problemas do setor. Dados divulgados pelo IDEC – Instituto de Desenvolvimento Econômico, em setembro de 2000, apontam várias irregularidades feitas por 13 operadoras do ramo, com graves prejuízos ao consumidor.

Da mesma forma, em 26 de janeiro de 1999, pela Lei Federal N.º 9728, criou-se a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. esta Agência estabeleceu um “Contrato de Gestão” com o Ministério da Saúde, em que se responsabiliza pelo “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”. Além de executar o controle dos portos, aeroportos e fronteiras e ser o interlocutor junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos de cunho internacional na área de vigilância sanitária. (site: anvisa.gov.br/ 07/10/2000)

A ANVISA, teria como Competências Gerais, dentre outras, (1) coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; (2) Estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária; (3) Administrar e

¹² A relação das competências da ANS está disponível no site: ans.saude.gov.br/competencias.html. (07/10/2000).

arrecadar a Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária; (4) Coordenar as ações de Vigilância Sanitária realizadas por todos os laboratórios que compõem a rede oficial de laboratórios de controle de qualidade em saúde; (5) Autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, distribuição e importação de produtos e; (6) dispensar de registro os imunológicos, inseticidas, medicamentos e outros insumos estratégicos, quando adquirida por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública pelo Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas.¹³

Com a criação de Agências Reguladoras com esta natureza e este poder, o Estado tem transferido para órgãos não-estatais o controle e a avaliação de processos que são do interesse de todos, deslocando o foco de cobrança e de responsabilidade do governo para a sociedade. Posição e estratégia que o Banco Mundial tem defendido há muito tempo.

4.4 OS PROJETOS E PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE CONTRA-REFORMA

Nas inúmeras propostas e documentos do governo central, as reformas atuais no campo da saúde, são apresentadas como uma continuidade e aprofundamento do processo iniciado com o Movimento Sanitário dos anos 70 e 80 e com a Constituição Federal de 1988, que resultou na criação do SUS:

O processo de reforma sanitária no Brasil vem ocorrendo há mais de uma década e tem peculiaridades que, convém ressaltar, o tornam diferente dos que estão acontecendo na maioria dos demais países do mundo (Ministério da Saúde, 1995, p.9).

O sistema de saúde necessita completar o processo de reforma fazendo com que as mudanças administrativas permitam conferir maior grau de resolubilidade, de integralidade das ações e de qualidade (Ministério da Saúde, 1995a, p.2).

A criação do SUS foi sem dúvida a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática ocorrida em 1985.

¹³ A íntegra das competências da ANVISA encontra-se no site: anvisa.gov.br/competencias.html. (07/10/2000).

Entretanto a implementação do programa realizou-se de forma parcial (Pereira, 1995, p.2).

Embora a reforma já se estenda por mais de uma década, esse resultado [o estabelecimento de um sistema de saúde único] ainda não foi integralmente alcançado mas continua sendo reafirmado e perseguido. As mudanças desejadas no Setor, portanto, não podem ser vistas como conjunturais, nem compensatórias (Ministério da Saúde, 1995b, p.16).

Note-se que não há uma negação ou rejeição explícita ao Sistema Único de Saúde ou, aos seus princípios. Defender o fim deste sistema, por certo provocaria resistência em vários setores da sociedade, criando constrangimentos desnecessários ao governo. Até porque, não há necessidade desta negação, contraditoriamente os princípios e diretrizes estruturantes do SUS, têm possibilitado reconceituações e interpretações, com objetivos distintos dos inicialmente pensados para o sistema de saúde brasileiro.

O discurso do prosseguimento e aprofundamento das reformas, e mesmo a retórica que o defende, tem servido como estratégia para ofuscar a realidade e diminuir as resistências à implementação de reformas de cunho “neoliberal” no setor de saúde brasileiro. Reformas que são contrárias ao projeto da Reforma Sanitária e ferem a própria Constituição Federal. Enquanto no plano do discurso, permanece a defesa do SUS como um sistema difuso, que por não ser um projeto concluso, permite o seu redesenho no processo de implantação; no plano prático, realizam-se mudanças profundas no campo institucional, jurídico e político, que estão descaracterizando a proposta inicial de um Sistema Único de Saúde, em nível nacional.

Utilizando-se do discurso da continuidade, o atual governo tem definido as suas políticas, às quais mostram a direção conservadora e regressiva da contra-reforma que se pretende realizar neste setor público. No campo da gestão, assumiu-se como estratégia modernizante a administração gerencial e a utilização de instrumentos de informatização para a avaliação e o controle dos resultados. Já na área da assistência, o pressuposto parece ser, de um lado, a implementação de programas de baixo custo que atinjam o maior número de pessoas, focalizando a assistência nos mais pobres; e de outro, o fortalecimento e a

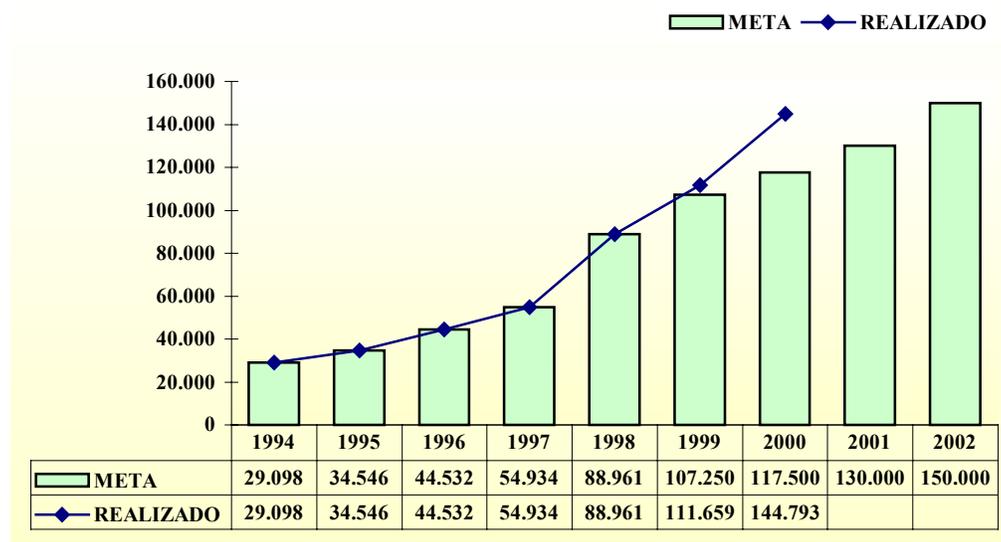
expansão do setor privado para prestar assistência ao restante da população, que de alguma forma deve arcar com os custos de sua saúde.

Embora hajam algumas resistências, negativas e certas mudanças, não se pode negar que determinadas políticas do Ministério da Saúde se aproximam das orientações do Banco Mundial, e seguem a lógica da proposta de reforma do Estado brasileiro. Podemos recuperar como exemplo, dentre outros, a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde ou ainda; a criação de programas como o PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o PSF – Programa Saúde da Família, dirigidos para as populações mais pobres.

Fazendo a crítica ao modelo médico hospitalocêntrico e defendendo a necessidade de “inversão do modelo”, o Ministério da Saúde tem assumido como política estratégica para a mudança do padrão assistencial, a implantação de programas como o PACS e o PSF, que dariam centralidade à atenção básica em saúde. Creio não ser necessário mostrar aqui as semelhanças entre o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e a proposta do “trabalhador comunitário de saúde” do Banco Mundial.

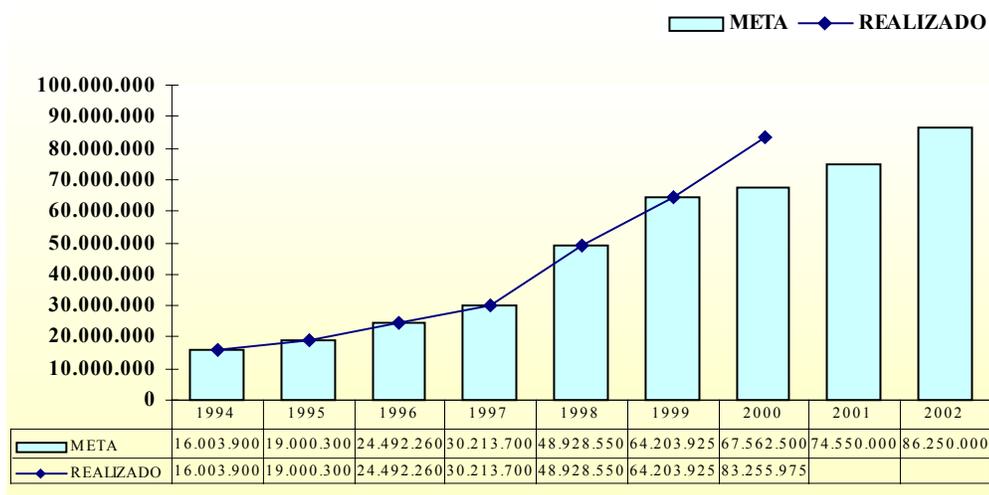
Dados do Ministério da Saúde (2000), mostram que o PACS, conta com 114.793 ACS - Agentes Comunitários de Saúde, um número nada desprezível de trabalhadores de saúde sem qualificação, que dão uma cobertura para cerca de 50% da população. Ver nos gráficos abaixo a evolução deste programa, em termos do número de agentes e cobertura populacional.

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE BRASIL 1994 - 2002



Fonte: Ministério da Saúde

EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE BRASIL 1994 - 2002

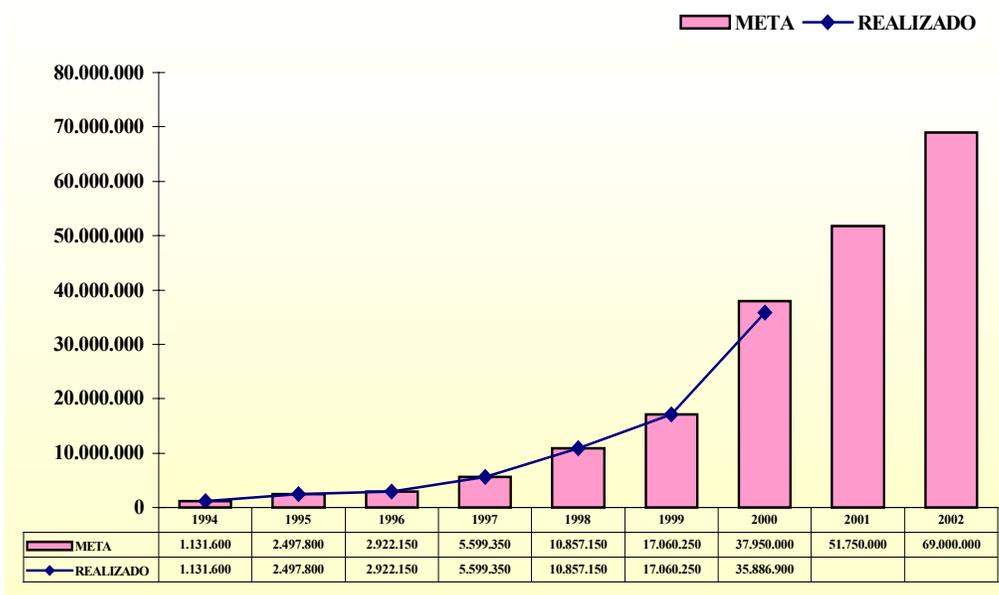


Fonte: Ministério da Saúde

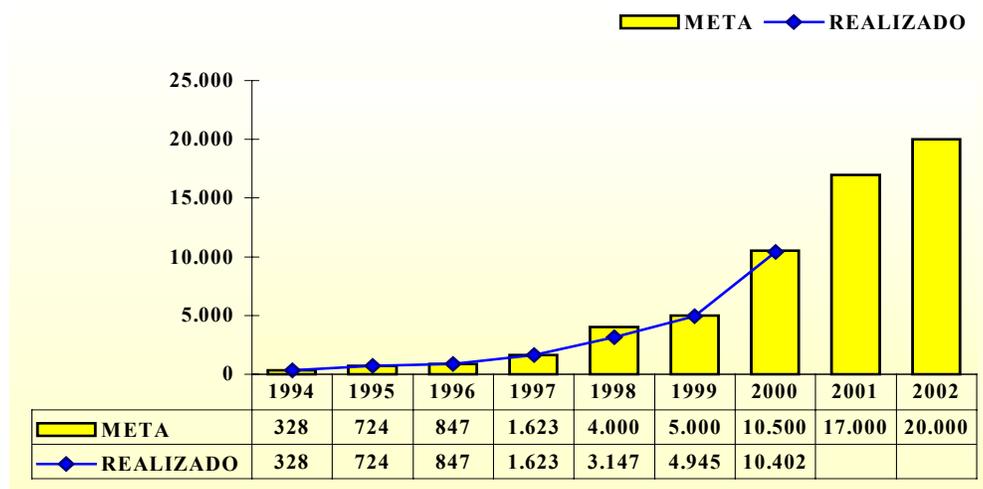
Com relação ao PSF, além dos limites que o mesmo comporta na atual organização dos serviços de saúde na grande maioria dos municípios, em face da inexistência de uma hierarquização dos níveis de assistência, a sua cobertura está bem aquém daquela oferecida pelo PACS. Segundo dados do próprio Ministério da Saúde (2000), as 10.402 equipes existentes atualmente, dão uma cobertura para 35.886.900 pessoas, ou seja, cerca de 22%

da população brasileira, ao passo que os agentes comunitários de saúde cobrem 50% da população. Ver nos gráficos seguintes a evolução da população coberta por equipes de saúde da família e a evolução do número destas equipes.

EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA BRASIL 1994 - 2002



EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA BRASIL 1994 - 2002



Fonte: Ministério da Saúde

A centralidade da atenção primária em saúde, tem ganhado relevância nas políticas do atual governo, podendo ser comprovado em diversas situações como por exemplo, em 1997, quando o governo definiu este ano como sendo “o ano da saúde no Brasil”. Nesta oportunidade, Carlos César de Albuquerque, então ministro da saúde, afirmaria que “A missão institucional do Ministério da Saúde é promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade...”. As ações e metas prioritárias, divulgadas naquela ocasião, para dar conta da “missão” do Ministério da Saúde, seguem a lógica seletiva e focalizadora da atenção primária, articulada com o envolvimento da comunidade. Segundo o documento da Presidência da República, as metas e ações centrais do “ano da saúde” estariam concentradas em três grandes frentes: (1) Prevenção, cujas ações seriam desenvolvidas através do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF – Programa Saúde da Família; Gestão do atendimento Básico; Farmácias Básicas (40 medicamentos essenciais para os 1000 municípios mais carentes); Combate às endemias; Saúde da mulher; Saúde da criança e DST/AIDS. (2) Melhoria da qualidade dos serviços, que se daria pela Gestão Plena do Sistema Municipal; regulamentação dos planos de saúde; montagem de equipes para resgate e primeiros socorros; alternativas às internações hospitalares; readequação da rede através do REFORSUS e Revisão da tabela do SUS. (3) Mobilização, estimulando a participação nos Conselhos de Saúde; transparência nas contas do governo e disque-saúde (Presidência, 1997, p.3/4).

Além dos programas de agentes comunitários e de saúde da família, grande parte das ações do governo dirigidas para a área da assistência e gestão dos serviços de saúde, estão circunscritos a projetos financiados por organismos internacionais, conseqüentemente, submetidos às condicionalidades expressas nos seus contratos de empréstimos, refiro-me aos projetos REFORSUS, VIGISUS E AIDS/DST. Tais contratos, antes de serem firmados, passam por processos de negociações entre técnicos dos bancos internacionais e representantes do Ministério da Saúde e, pela aprovação do Congresso Nacional. Não se pode afirmar que não hajam contradições no contexto das negociações, no entanto, como diz Sérgio Haddad:

Sabemos muito bem, por outro lado, os limites e as possibilidades de intervenção nas políticas por aqueles que, mesmo tendo alguma margem de manobra em cada projeto, acabam inseridos dentro de uma estrutura muito difícil de ser modificada. Além do mais, dado o contexto em que os projetos são negociados, onde uma instância pública de discussão mais ampla não existe, tais pessoas acabam tendo pouco poder de barganha nas negociações internas destes projetos, em função do pequeno apoio político. (Haddad, 1998, p.44).

Em assinando os contratos e aceitando as condicionalidades do banco financiador, estas são apresentadas para a sociedade como decisões e inovações de órgãos nacionais e não como imposição externa. Dois exemplos referentes ao Projeto REFORSUS servem de ilustração; a obrigatoriedade de estabelecer contratos com os beneficiários do Projeto e a metodologia do reembolso praticada pelo Banco, aparece como se fosse uma particularidade do REFORSUS, “pela primeira vez, o repasse dos recursos se faz por meio de contratos e não de convênios. Os proponentes só recebem o dinheiro quando tiverem adquirido os equipamentos ou estiverem executando a obra que pleitearam. Não há repasse de verba antecipado”. Outro aspecto apresentado pelo governo como “inovador”, é “o fato de o Projeto exigir que cada estabelecimento beneficiado apresente uma proposta de melhoria gerencial. Assim, o REFORSUS pode assegurar a eficiência e eficácia do investimento ao longo do tempo” (site: reforsus.saude.gov.br, 31/07/2000).

Atualmente existem três projetos em andamento no Ministério da Saúde, financiados ou co-financiados pelo Banco Mundial. Um deles, de grande amplitude e abrangência no conjunto das ações do Ministério da Saúde, é o Projeto REFORUS, os outros dois, o Projeto de Controle de AIDS e DST e o Projeto de Vigilância e Controle de Doenças - VIGISUS, têm como objetivo combater doenças transmissíveis. Como são projetos que ainda estão em andamento, não se pode realizar uma análise conclusiva da execução dos mesmos mas, pelo seu conteúdo, é possível evidenciar como se articulam e ajudam na configuração das políticas nacionais de saúde e na implementação das propostas do Banco Mundial. Revelam também, como o financiamento externo para projetos brasileiros, no campo da saúde, não atendem necessidades prioritárias nossas, mas sim

demandas de países centrais, que de fato são os que constróem a agenda de financiamento do Banco Mundial.

4.4.1 O PROJETO REFORSUS

Em outubro de 1995 o Ministério da Saúde apresentou um projeto para obter financiamento externo que recebeu o nome de REFORSUS, sigla traduzida inicialmente como “Reforço a Organização do SUS” e que nas divulgações do Ministério da Saúde é tratado como um projeto de “Reforço a Reorganização do SUS”. Entretanto, nos Contratos de Empréstimos assinados entre o Brasil, o BID e o BIRD (Banco Mundial), seus cofinanciadores, recebe a denominação de “Projeto de Reforma do Setor de Saúde”, revelando uma “evolução” das pretensões explícitas inicialmente no referido projeto, ou seja, da intenção inicial de “reforçar” o SUS para o propósito de reformar o setor de saúde. Se quando da apresentação do referido Projeto, pelo Ministério da Saúde, as ações e estratégias prioritárias a serem executadas em seu âmbito, seriam aquelas “voltadas para a recuperação da capacidade instalada e gerencial do sistema” (Ministério da Saúde, 1995, p.18), para os financiadores deste projeto, os objetivos deveriam ser em parte modificados. Ficando expreso, no contrato de empréstimo com o BIRD, que os objetivos do REFORSUS “são a melhoria da prestação de serviços de saúde nos territórios do Tomador e a assistência na *introdução de reformas de política no setor de saúde do Tomador, relativas ao Sistema Único de Saúde*” (grifos do autor). (Contrato de Empréstimo N.º 4047 – BR, 1996, p.20).

Tanto o contrato de empréstimo do BIRD, como o do BID, fazem referência à “carta de Política de Saúde” enviada pelo Brasil, em 1996, aos presidentes destes dois Bancos. No contrato assinado com o BID, a Cláusula 4.04, diz que “as partes concordam que o Aviso Ministerial MS/486/GM, de 02/07/96, dirigido ao presidente do Banco, indica os objetivos e políticas do SUS e o compromisso de estabelecer reformas no setor de saúde” (Contrato de Empréstimo Nº 951/OC – BR, 1997, p.5). No contrato com o BIRD está explícito que, “através de correspondência, datada de 07 de maio de 1996 (doravante denominada de Carta de Política de Saúde) do Tomador ao Banco, o Tomador indicou seu compromisso de introduzir reformas em seu setor de saúde” (Contrato de Empréstimo N.º

4047 – BR, 1996, p.2). Trata-se de carta do então Ministro da Saúde Adib Domingos Jatene, que teve o caráter de compromisso de governo quando da solicitação de financiamento para o Projeto REFORSUS, junto a estes bancos multilaterais.

Nesta correspondência, o Ministro destaca as principais reformas realizadas pelo Ministério da Saúde e anuncia uma série de políticas e medidas correspondentes, que nos parecem não contraditar com as orientações do Banco Mundial para as reformas deste setor público nacional. Uma questão que assume destaque na “carta” é o processo de descentralização e a criação de estratégias para a responsabilização dos níveis estaduais e municipais. Isto estaria sendo efetivado, segundo o Ministro, por meio da revisão da Norma Operacional Básica-93; do estabelecimento de acordos financeiros com as esferas subnacionais de governo e; da criação de uma “listagem de incentivos” que deveriam “acelerar o processo de reforma” de maneira que, *“by 2005 the SUS should be operating on the basis of universality, with an equitable allocation of resources, and full decentralization of management functions”*¹⁴ (Report N.º 15522-BR, p.79).

Outro aspecto, amplamente abordado na referida “carta de política”, refere-se ao financiamento dos prestadores privados e filantrópicos de serviços de saúde. Neste caso, a Carta anuncia a adoção de medidas para assegurar uma “compensação adequada” pelos serviços prestados, como por exemplo, o reajuste de 25% efetuado nos custos das internações e dos procedimentos ambulatoriais e, a introdução de um *“mechanism for the regular revision of health care service providers’ fee schedules and to update them on the basis of estimates that are closer to the cost of current health care practices. In addition, we plan to publish new fee schedules including differential adjustments based on which procedures are most cost-effective and full payment for diagnostic or treatment procedures”*¹⁵ (Report N.º 15522 – BR, p. 77).¹⁶

¹⁴ “em mais ou menos 2005, o SUS deverá estar operando nas bases da universalidade, com uma alocação equitativa de recursos e total descentralização das funções de administração”.

¹⁵ mecanismo para a revisão regular das tabelas de honorários dos provedores de serviços de saúde e atualizá-las com base em estimativas próximas dos custos das práticas de saúde. Em adição, planejamos publicar novas tabelas de honorários incluindo ajustes diferenciais baseados nos procedimentos de maior custo/benefício e pagamento total para diagnósticos ou tratamento”.

¹⁶ Em 1997, quando foi feita a revisão da tabela de procedimentos do SUS, foram incluídos cerca de mil itens, ficando próximo de 1.400 os procedimentos pagos pelo SUS. Naquela oportunidade, estudo do CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, concluiu que os procedimentos mais defasados eram os oferecidos pelos hospitais públicos. (Folha de São Paulo, São Paulo, 10 mar. 1997, Cotidiano, p.9).

Fala-se também, nesta carta, da criação de auditorias independentes, como o Comitê Nacional da Qualidade no Tratamento da Saúde, para regulamentar e avaliar a qualidade dos serviços (acreditamos que esta promessa foi cumprida com a criação das agências reguladoras) e, introduzir mecanismos de controle de fraudes. O Ministro termina a “carta”, com um discurso seletivo e focalizador bem ao gosto do Banco Mundial: *“It is in this context and with these prospects in mind that this project has been prepared, for the purpose of improving the physical infrastructure of the health care system, and the efficiency, management, and quality of the health care system financed by the government and directed on a priority basis to provide care for the most vulnerable segments of our population”*¹⁷ (Report N.º 15522 – BR, p.79).

O documento de Apresentação do Projeto REFORSUS, elaborado pelo Ministério da Saúde, também aborda questões que nos parecem indicar a incorporação de críticas e sugestões contidas em documentos do Banco Mundial sobre o setor de saúde brasileiro. Críticas estas que em momentos anteriores haviam sido contestadas por setores do Ministério da Saúde, através do “Parecer Técnico sobre o Relatório do Banco Mundial: *The organization, delivery and financing of health care in Brazil – 1993*”, discutido anteriormente neste trabalho.

Enquanto o Parecer Técnico afirmava que “a meta atual de maior relevância para o Brasil é ampliar o aporte financeiro do SUS” (Brasil, 1994, p.7), o documento de Apresentação do Projeto REFORSUS, ao tratar das estratégias centrais, põe sua maior ênfase nos aspectos de gestão e eficiência dos recursos existentes, justificando que “nenhum investimento solicitado para unidade assistencial possa ser aprovado sem estar acompanhado de uma proposta de melhoramento da gestão” (Brasil, 1995, p.30). Se de um lado, no Parecer Técnico, há uma defesa e reafirmação dos princípios do SUS, indicando a alternativa democrática e o controle social no estabelecimento de prioridades para enfrentar os problemas do setor:

¹⁷ “Neste contexto e com estas intenções em mente é que este projeto foi preparado, com o propósito de aumentar a estrutura física, a eficiência, a administração e a qualidade do sistema de assistência à saúde, financiado pelo governo e direcionado prioritariamente para os segmentos mais vulneráveis de nossa população”.

Entendemos que a questão da universalidade encontra problemas agudos que exigem enfrentamento; (...) No entanto, essas e outras são questões às quais o Estado e a sociedade brasileira deverão dar conta respeitando, mais uma vez, as regras do jogo democrático. Em outras palavras, a compatibilidade entre as restrições fiscais e a escala ascendente de demanda por recursos em saúde devem ser ponderadas pela participação da sociedade na decisão da ordenação e controle de despesas (Brasil, 1994, p.9).

Por outro lado, o que está expresso no documento de Apresentação do Projeto REFORSUS, como forma para enfrentar os problemas do setor saúde, seria a realização de uma ampla reforma do Estado.

O governo brasileiro, empossado no início de 1995, tem como compromisso básico de sua gestão a estabilidade econômica, o crescimento e a justiça social. Para tal está sendo proposta uma reforma do Estado com a finalidade de reduzir as áreas de ineficiência e aumentar sua capacidade de regulação, estendendo-se este propósito não apenas aos setores econômicos, mas também às políticas sociais, inclusive as de saúde (Brasil, 1995, p. 9).

Além disso, no Parecer Técnico, há uma oposição à sugestão do Banco Mundial de colocar os estados federados como agentes centrais do SUS. “Incrementar o papel dos estados, vai de encontro aos princípios do SUS, que têm como principal agente o nível municipal” (Brasil, 1994, p.9). Já no documento de Apresentação do Projeto REFORSUS, ao analisar a “situação atual de saúde do Brasil”, os seus autores fazem coro com as críticas do Banco Mundial, concordando que o processo de descentralização “desfigurou o papel da esfera estadual no delineamento de diretrizes políticas e de ordenamento do sistema geral de gestão” e anunciam as medidas tomadas:

Nesse processo de organização dos sistemas estaduais, o Ministério da Saúde, a partir do diagnóstico sobre o enfraquecimento das funções gerenciais dos estados, desencadeou estratégias de ação, mediante a programação físico-financeira

integrada, ascendente, cooperativa e pactuada, além de outros mecanismos, voltadas para o resgate do papel coordenador desta instância do SUS, contribuindo no sentido de viabilizar a plena implementação do sistema em cada estado, respeitando as características regionais e a decisão política do gestor (Brasil, 1995, p. 6/15).

Estas e outras divergências de concepção parece ter sido “resolvida”, no interior do Ministério da Saúde, pela estratégia da hegemonia e do consenso, pois não se observa mais resistências expressivas neste órgão quanto às reformas do setor, mas também, são poucas as contestações no conjunto da sociedade e raras as manifestações de dissenso em setores progressistas vinculados à área.

Outro aspecto que merece destaque no documento de Apresentação do Projeto REFORSUS, refere-se à preocupação manifestada frente à situação dos prestadores de serviços privados, que seria, segundo este documento, decorrente da “ausência de uma política adequada de remuneração dos prestadores de serviços, por parte do Ministério da Saúde” e, pela redução acentuada de recursos de investimentos e financiamento a longo prazo, com juros subsidiados, como era operado o antigo FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social extinto em 1988. Além destes fatores, estaria contribuindo para o problema dos prestadores privados a “desatualização técnica da tabela do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS” e a “concepção fragmentada da tabela do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS” (Ministério da Saúde, 1995, p.4/6).

Chama também a atenção no documento de Apresentação do Projeto REFORSUS, a estratégia sugerida para enfrentar o problema da heterogeneidade local e regional que estaria ocorrendo no processo de implementação do SUS. A solução, segundo o Ministério da Saúde, se daria através de dois objetivos: (1) melhorar a capacidade e eficiência do SUS mediante à recuperação física da rede existente e à correção do hiato tecnológico dos serviços de saúde e, (2) promover o desenvolvimento institucional do setor de saúde, mediante ações que visem incrementar a capacidade de gestão do sistema em seus diferentes níveis (Ministério da Saúde, 1995, p.20).

Em seu conjunto, o Projeto REFORSUS, foi estimado com um investimento da ordem de US\$ 750.000.000, sendo US\$ 300.000.000 financiados pelo BIRD, US\$

350.000.000 pelo BID e US\$ 100.000.000 aportados como contrapartida nacional. O cronograma de utilização dos recursos, por fonte, foi definido conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Recursos do REFORSUS por fonte e cronograma de desembolso (Em US\$ Milhões)

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

Fonte: Contrato de Empréstimo N° 3659-BR e 4047 – BR.

Apesar do envolvimento de duas instituições internacionais no financiamento do Projeto REFORSUS, restringiremos a nossa análise ao Contrato de Empréstimo realizado com o BIRD, por ser a instituição financiadora que se vincula ao Banco Mundial, objeto desta pesquisa, e também porque os termos que integram os dois Contratos de Empréstimos, praticamente não se diferenciam. No caso do Projeto REFORSUS, optou-se pela utilização conjunta das normas editadas pelo Banco Mundial (REFORSUS - Manual de Procedimentos Licitatórios, 2000, p.1).

No Contrato de Empréstimo o Banco Mundial define o SUS, como sendo um “sistema de saúde unificado do Tomador, projetado para a prestação, através de entidades públicas e privadas, de serviços de saúde parcialmente descentralizados para a maioria da população do Tomador” (Contrato de Empréstimo N.º 4047 – BR, 1996, p.5).

Na parte referente à Execução do Projeto, o Brasil compromete-se, dentre outras coisas:

1. manter a CPRMSIHA – Comissão Permanente de Revisão e Modernização dos Sistemas de Informações Hospitalares e Ambulatoriais, que segundo o Contrato, seria “responsável, entre outras matérias, pela negociação de preços cobrados pelos serviços de saúde do SUS”;¹⁸
2. Manter o Sistema Nacional de Auditoria,¹⁹ com responsabilidade geral de fazer auditorias periódicas do Sistema Único de Saúde;

¹⁸ Esta comissão foi criada por Portaria do Ministério da Saúde N° 2.274, de 17 de novembro de 1995.

¹⁹ Sistema criado pelo Decreto N.º 1651 de 28 de setembro de 1995.

3. Com início em 1996, fornecer ao Banco para aprovação, o Programa Anual de Investimentos propostos para o período subsequente de doze meses, com a abrangência e o nível de detalhe que o Banco razoavelmente solicitar;
4. Com início em 1997, empregar auditores aceitáveis pelo Banco, para efetuar auditorias semestrais e entregar relatórios ao Banco, com abrangência e nível de detalhe que o Banco tenha razoavelmente solicitado. E por fim, compromete-se também:
5. Com início em 1997, no mês de novembro de cada ano durante a implementação do projeto, examinar com o Banco o progresso feito na execução do Projeto e das reformas definidas na “Carta de Política de Saúde”, caso “o progresso alcançado pelo Tomador na implementação do Projeto ou das reformas definidas na Carta de Política de Saúde, não sejam satisfatórias”, o Banco notificará o Brasil, o qual deverá, dentro de 30 dias, “obter o progresso desejado ou tomar as medidas satisfatórias ao Banco”, sob o risco deste “suprimir a aprovação do Programa Anual de Investimentos propostos para o período subsequente de doze meses relativo à implementação do Projeto” (Contrato de Empréstimo N.º 4047 – BR, p.12).

Não obstante o enfático discurso do Banco Mundial e do próprio Ministério da Saúde, quanto à prioridade da atenção primária em saúde, a destinação dos recursos do Projeto REFORSUS, em seu conjunto, parecem contradizer esta retórica. De 550 milhões de reais alocados até julho de 2000, R\$ 449,5 milhões (81,7%) foram destinados as Áreas Programáticas I, III e IV, responsáveis pela readequação física, tecnológica e gerencial da rede hospitalar, rede de sangue e laboratórios (ver Tabela 5).

Tabela 5 - Destinação de Recursos do REFORSUS por Componente e Área Programática

Componente do Projeto REFORSUS	Área Programática	Valor do Investimento (R\$)
Componente I Apoio a melhoria da Qualidade e eficiência do SUS	API Readequação Física, tecnolog. e Gerencial da rede Hospitalar	365.000.000,00
	APII Programa Saúde da Família	45.500.000,00
	APIII Readequação Física, Tecnológica e Gerencial da rede de Sangue	52.000.000,00
	APIV Readequação Física, Tecnológica e Gerencial dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública	32.500.000,00
Componente II Promoção de Inovações na Administração do Setor de saúde	API Rede Nacional de Informação em Saúde	60.000.000,00
	APII Fortalecimento da Capacidade de Formulação de Políticas	
	APIII Desenvolvimento e Capacitação Gerencial	
	APIV Aprimoramento e Garantia da Qualidade em Saúde e Auditoria	
TOTAL		555.000.000,00

Fonte: (site: reforsus.saúde.gov.br, 31/07/2000)

Da mesma forma, a alocação de recursos específicos do BIRD, para o Projeto REFORSUS, prevê que as Categorias Obras e Bens, consumam 233 milhões de dólares, ou seja, 77,6% do total do empréstimo realizado (ver Tabela 6).

Tabela 6 - Categorias e itens a serem financiados com recursos do BIRD no Projeto REFORSUS

Categorias	Valor do Empréstimo Alocado (em dólares)	% das Despesas a ser Financiada
(1) Obras	121.000.000,00	100% das despesas no exterior 85% das despesas no país
(2) Bens	112.000.000,00	100% das despesas no exterior 85% das despesas no país
(3) Serviços de Consultoria	30.000.000,00	100%
(4) Despesas Administrativas	12.000.000,00	50% das despesas no país
(5) Sem Alocação	25.000.000,00	
TOTAL	300.000.000,00	

Fonte: Contrato de Empréstimo N.º 4047 – BR.

Um valor a ser destacado no Tabela 6, diz respeito ao montante destinado aos serviços de consultoria, que consumirão, só dos recursos do BIRD, 30 milhões de dólares. Com relação aos serviços de consultoria, o Contrato de Empréstimo assegura que “antes da emissão de quaisquer editais de pré-qualificação ou de licitação de contratos, a proposta do plano de aquisições do projeto deve ser fornecida ao Banco para sua revisão e aprovação, de acordo com as disposições do parágrafo 1 do Apêndice 1 das Diretrizes” (Contrato de Empréstimo, 4047 – BR, 1996, p.26).

No Manual de Procedimentos Licitatórios do REFORSUS (2000), está explícito que na seleção de consultores, “a participação do Banco é intensa. Vai desde a identificação precisa dos serviços a serem prestados até a definição dos detalhes finais da contratação daquele que apresentou a melhor proposta”.

Em grande parte, os recursos deste projeto foram destinados à compra de mobiliário hospitalar, equipamentos médicos - hospitalares, instrumental e equipamentos de informática, adquiridos através de Concorrência Pública Internacional, em que as empresas nacionais tem pouco poder de competição com as multinacionais do setor.²⁰

Cabe aqui a lembrança da estimativa feita pelo Departamento de Estado norte-americano, em 1978, de que “cada dólar que os Estados Unidos pagam ao Banco Mundial, dois dólares são gastos na sua economia”. E da fala de McNamara (1974) de que “uma parcela reduzida do empréstimo fica nos países em desenvolvimento. Quase todo ele

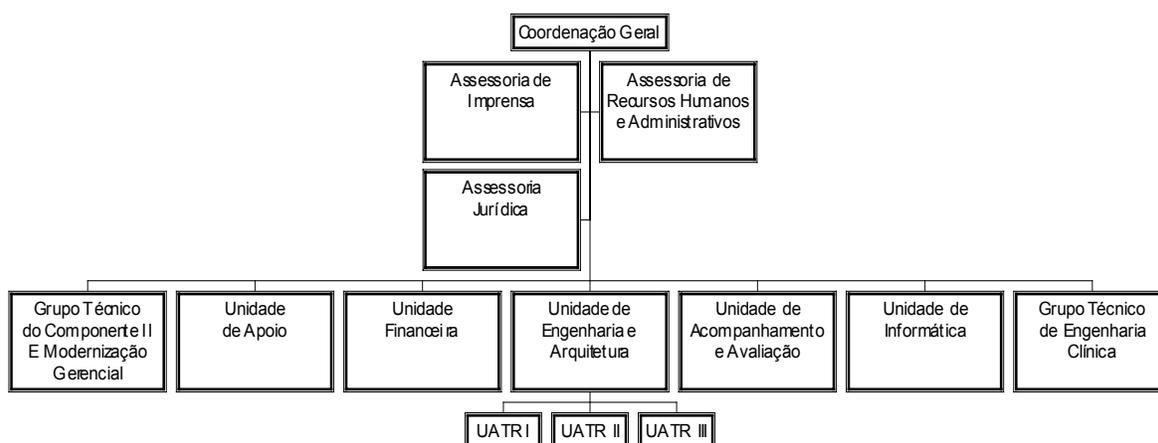
²⁰ Só é permitido Concorrência Pública Nacional, para valores menor ou igual a US\$ 350.000,00.

retorna rapidamente na forma de pagamento pelas mercadorias compradas nos países mais ricos”.

Quanto a coordenação do Projeto REFORSUS, esta funciona fisicamente em local distinto daquele utilizado pelo Ministério da Saúde, e a estrutura organizacional que se montou para gerir este Projeto, em parte exigida no Contrato de Empréstimo com o BIRD, mostra a amplitude e a relevância que este projeto assumiu no âmbito das políticas do Ministério da Saúde. Segundo o Contrato de Empréstimo, o Brasil deveria:

- (i) manter, durante a implementação do projeto, uma Unidade de coordenação do Projeto; e,
- (ii) dentro de 90 dias após a Data de Vigência, criar, ao menos três escritórios regionais da Unidade de Coordenação do Projeto, localizados em áreas aceitas pelo Banco, com responsabilidades, estruturas e funções satisfatórias ao Banco, com equipe em número e com qualificação adequadas, com a finalidade de prestar assistência ao Ministério da Saúde na execução do Projeto (Contrato de Empréstimo, 4047 – BR, 1996, p.10).

ORGANOGRAMA DA COORDENAÇÃO DO PROJETO REFORSUS



Grande número de sub-projetos elaborados pelas Secretarias do Ministério da Saúde, se submetem ao trâmite desta instância e à aprovação do Banco Mundial. Se considerarmos as atividades envolvidas nestes sub-projetos, teremos uma idéia de quem, de fato, tem opinado nas ações e nas políticas do setor de saúde. O Relatório de Desempenho do Componente II, referente aos empréstimos do BIRD, transcrito no Quadro 5, ilustra esta situação.

Quadro 5 - Relatório de Desempenho do Componente II do Projeto REFORSUS - BIRD

* ORIGEM	AGENTE	Designação do Subprojeto	Meta 30/06/2000	Situação em 26/07/2000
1 SPS	CNPq	Capacitação de Gestores Municipais	TOR aprovado	TOR reformulado enviado ao Banco em 30.06.00, objeto de reiterado comentário do BIRD com objeção.
1 SIS	CNPq	Terceirização de Serviços e Saúde na rede Hospitalar Filantrópica	TOR aprovado	Tor em revisão na SIS, após comentário do Banco em 26.06.00.
2 SAS	CNPq	Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar no âmbito do SUS	TOR aprovado	TOR aprovado pelo BIRD, condicionando o recurso a piloto, de até 500 mil dólares.
3 SAS	CNPq	Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema de Saúde: compra de serviços e contratualização	TOR aprovado	TOR aprovado em 21.07.00. Seleção de consultores em curso.
		Supervisão dos Projetos Piloto de Desenvolvimento e Implantação da Modernização Gerencial nos Grandes Estabelecimentos de Saúde	TOR aprovado	TOR aprovado em 21.07.00. Seleção de consultores em curso
3 SE/UGP	CNPq	Desenvolvimento do Sistema Integrado de Gerenciamento e Apoio às atividades dos Laboratórios Centrais de Saúde pública - SILAB	não definida	TOR aprovado em 21.07.00. Seleção de consultores em curso
3 SE/DATASUS	CNPq	Coordenação Nacional RNIS	não definida	TOR aprovado em 21.07.00. Seleção de consultores em curso
3 SAS	CNPq	Modernização Gerencial nos Grandes Subprojetos (Projetos-Piloto)	Contrato assinado	Análise das propostas técnicas em revisão entre o BIRD e a Comissão Mista. Conclusão prevista para agosto de 2000.
		Avaliação do Processo de Descentralização da Gestão do SUS e do Impacto da Gestão Plena do Sistema Municipal	Contrato assinado	TOR submetido aos Bancos em 12.06.00. Justificativa de opção por consultores individuais encaminhada ao Banco, para dar seqüência a execução do estudo.

			Estudo de Novos Modelos de Gerência de Unidades Hospitalares	Contrato assinado	SDP enviada em 25.07.00 às entidades da lista curta aprovada.
			Fomento, análise, avaliação e disseminação de experiências inovadoras do SUS.	Contrato assinado	TOR aprovado para contratação de consultores individuais.
			Avaliação do Processo de Instalação e Execução dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco.	TOR aprovado	TOR aprovado - contratação de consultores individuais em curso.
3	SIS	CNPq	Apuração dos Custos de Procedimentos de Alta e Média Complexidade.	Contrato assinado	Fase negociação pré-contratual. Tratativas com Comitê Técnico (MS).
			Custo do Programa de Saúde da Família	Contrato assinado	Fase negociação pré-contratual. Tratativas com Comitê Técnico (MS).
			Avaliação dos Custos e Impacto do PAB	Contrato assinado	Fase negociação pré-contratual. Tratativas com Comitê Técnico (MS).
3	SIS	Ministério	Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos pelo SUS	Contrato assinado	Reforsus aguarda Edital preparado pela SIS, para encaminhamento ao Banco.
3	FUNASA	CNPq	Estudo da Carga de Enfermidade no Brasil	Contrato assinado	Reunião de revisão de insumos agendada para 26.07.00 com CNPI, CNPq e REFORSUS, prévia ao encaminhamento ao BIRD, para <i>no objection</i> final, antes da assinatura do contrato.
4	SAS	CNPq	Processo de Acreditação Hospitalar	Não definida	Consultores individuais contratados e eventos agendados desde 1.9.99. Conclusão em agosto de 2000.
4	SPS	SES's	Rede Nacional de Informações em Saúde	Não definida	Convênios com Secretarias Estaduais de Saúde em curso, ao longo de 2000. Conclusão em dezembro de 2000.
* Legenda: 1 – submetido ao BIRD 2 – Aprovado, em princípio 3 – Em fase de seleção 4 – Contratado 5 - Concluído					

Fonte: site: reforsus.saude.gov.br/ (01/09/2000).

No quadro acima é possível identificar, pela origem dos subprojetos e pela designação dos mesmos, a amplitude de ações executadas pelo Ministério da Saúde, que sofrem monitoramento do Banco Mundial, são ações que contribuem para a configuração das políticas de saúde deste governo. Merece destaque a coluna referente a “situação” dos subprojetos, onde aparece alguns indícios reveladores do poder do Banco Mundial, como

por exemplo, a objeção feita pelo BIRD ao subprojeto para Capacitação de Gestores Municipais, proposto pela SPS - Secretaria de Políticas de Saúde; a revisão do subprojeto sobre Terceirização de Serviços e Saúde na rede Hospitalar Filantrópica após comentários do BIRD, o condicionamento imposto pelo BIRD a execução de projeto piloto ao subprojeto Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar no âmbito do SUS, proposto pela SAS – Secretaria de Assistência à Saúde; a necessidade de aprovação dos editais e o *no objection* final a ser dado pelo Banco nos subprojetos.

Quanto aos custos que o Brasil terá com o Projeto REFORSUS, o Parecer da Secretaria do Tesouro Nacional, de 05 de junho de 1996, previu que o serviço da dívida e o custo efetivo desta operação de crédito, seria da ordem de 7,32%, ao ano. Segundo este parecer, tanto a contrapartida federal, como os pagamentos do principal e dos encargos decorrentes do empréstimo, “deverão ser efetuados com recursos orçamentários vinculados à seguridade social originários das fontes 151 e 153, alocados ao MS” (Brasil/Senado Federal - Mensagem nº 690, p. 56). Como o período de carência foi estipulado em cinco anos, significa que a partir de 31 de outubro de 2001, o Ministério da Saúde terá que iniciar a amortização da dívida. Esta amortização, segundo o Contrato de Empréstimo, será feita em vinte e duas parcelas semestrais de US\$ 15.000.000,00 cada uma, vencendo a primeira em 1º de novembro de 2001 e a última em 1º de maio de 2011.

Durante todo o período de desenvolvimento do referido projeto (1996-2000), o Brasil pagou em 1º de maio e 1º de novembro de cada ano, juros sobre os valores desembolsados com base na taxa de captação do Banco, apurados durante os seis meses anteriores, acrescido de 0,5%. Além disto, nos mesmos períodos e datas, paga-se também a Comissão de Compromisso, calculada com base na taxa de 0,75% a.a. sobre os saldos devedores não desembolsados (Contrato de Empréstimo, 4047 – BR, 1996). Conforme comentamos anteriormente neste trabalho, em face das exigências técnicas, até janeiro de 2000 apenas U\$100 milhões dos recursos de BIRD haviam sido gastos, ou seja, pouco mais do que foi previsto para o desembolso no primeiro ano do Contrato (1997). Isto significa que estamos pagando há mais de dois anos a Comissão de Compromisso do restante dos recursos não utilizados no tempo previsto. Portanto, a previsão inicial de um custo de 7,32% já foi superado em algumas unidades. Frente aos dados financeiros apresentados e o aspecto político envolvido no projeto, cabe questionar a validade deste tipo de

financiamento e o conseqüente relacionamento com instituições financeiras como o Banco Mundial.

4.4.2 OS PROJETOS PARA O CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Os projetos de Vigilância e Controle de Doenças e Controle de AIDS e DST, financiados em parte pelo Banco Mundial, têm como principal propósito, como o próprio nome indica, controlar e combater doenças transmissíveis. O primeiro, com o objetivo explícito de “aperfeiçoar e fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância e Controle de Doenças de forma a contribuir para a redução da mortalidade e morbidez resultantes das doenças transmissíveis” (Acordo de Empréstimo 4394 – BR, 1998, p.28). O segundo, objetiva “reduzir a incidência e transmissão do HIV e da infecção das DST e expandir e aperfeiçoar o diagnóstico, tratamento e assistência de pessoas com HIV, AIDS e DST” (Contrato de Empréstimo 4392 – BR, 1998, p.27).

A preocupação do Banco Mundial com as doenças transmissíveis, especialmente com a AIDS, decorre de pressão exercida pelos países centrais, em face dos perigos que a disseminação incontrolada desta doença poderia acarretar, menos para as populações destes países e mais para o processo de expansão do modelo econômico capitalista. Da mesma forma que nos anos 60 e 70 o aumento populacional foi tratado como uma questão de segurança externa, atualmente, “o governo dos EUA considera a disseminação da AIDS pelo mundo uma ameaça à sua segurança nacional e está trabalhando para obter mais fundos para combater a doença no exterior”. Segundo Jim Kennedy, porta-voz da Casa Branca, “nós estamos reconhecendo a natureza transnacional da doença e seus efeitos não apenas em parcelas significativas de populações, mas também em seus governos. Portanto, não é apenas uma preocupação de saúde global, mas também de segurança nacional”. As possíveis dimensões catastróficas da AIDS em determinadas regiões do mundo, poderia, segundo o governo americano, “derrubar governos no exterior, causar guerras étnicas e ameaçar décadas de trabalho pelo estabelecimento de regimes democráticos” (Folha de São Paulo, 1º de mai. 2000, p.1-11).

James Wolfensohn, em maio deste ano, ao encerrar o encontro semestral que o Banco Mundial faz em conjunto com o FMI, afirmou que “a AIDS está prejudicando o

desenvolvimento econômico em diversos países”, e garantiu que “nenhum programa importante relacionado à AIDS será cancelado por falta de recursos – dinheiro não será problema”, disse ele (Folha de São Paulo, 18 de abr. 2000, p.2-5).

No Brasil, como vimos, dos três projetos em andamento na área da saúde, que são parcialmente financiados pelo Banco Mundial, dois deles, têm como objeto o controle de doenças transmissíveis. Sendo que o Projeto de Vigilância e Controle de Doenças, compreende a primeira etapa de um projeto maior denominado de VIGISUS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com previsão para 6 anos de duração. Este projeto será desenvolvido em três fases, sendo a primeira para o período 1999/2000, a segunda 2002/2003 e a última 2004/2005, em cada fase está previsto o investimento de cerca de US\$200 milhões de dólares. O Contrato de Empréstimo assinado com o BIRD, para a primeira fase, prevê uma participação do Banco da ordem de US\$ 100 milhões de dólares, os outros US\$ 100 milhões serão recursos de contrapartida nacional, em que se estimou a participação do Ministério da Saúde com 84,4%; as Secretarias Estaduais de Saúde com 6%; as Secretarias Municipais de Saúde com 9% e, as Instituições privadas com 0,6% (Ministério da Fazenda, 1998, p.24).

A tabela 7 mostra os itens passíveis de financiamento com recursos do BIRD neste projeto e os respectivos valores destinados a cada item. Note-se que o maior volume de recursos está destinado para sub-projetos, que freqüentemente são desenvolvidos por ONGs - Organizações Não Governamentais e outras entidades não estatais, reforçando a participação da sociedade civil e subtraindo a participação direta do Estado na execução de serviços.

Tabela 7 - Itens financiados no Projeto Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS) e valores correspondentes

PROJETO	ITENS FINANCIADOS	RECURSOS (em US\$)
VIGISUS – 1º ETAPA	Sub-projetos	66.000.000,00
	Obras	5.500.000,00
	Bens	5.300.000,00
	Serviços de Consultores	9.900.000,00
	Treinamentos	10.300.000,00
	Não alocados	3.000.000,00
	TOTAL	100.000.000,00

Fonte: Contrato de Empréstimo N.º 4394 – BR.

Para o controle específico da AIDS/DST, desenvolve-se o segundo projeto aprovado pelo Banco Mundial, sendo que o primeiro (AIDS I) foi efetivado no período 1994-1998, com recursos do BIRD da ordem de US\$ 160 milhões (Acordo de Empréstimo, 3659-BR); e o segundo (AIDS II), 1994-2002, com US\$ 165 milhões do BIRD (55%) e US\$ 135 milhões de contrapartida nacional (45%) (Acordo de Empréstimo, 4392-BR).

Na Tabela 8, estão relacionados as categorias de itens financiados nos dois projetos da AIDS, destacando-se em ambos os acordos, os recursos destinados a compra de materiais e equipamentos, particularmente o montante reservado para as aquisições estrangeiras, que corresponde a cerca de 50% do total dos projetos.

Tabela 8 – Itens financiados nos projetos AIDS/DST com recursos do BIRD e valores correspondentes

PROJETO	ITENS FINANCIADOS	RECURSOS (em US\$)
AIDS I Acordo de Empréstimo, 3659-BR	Equipamentos (100% estrangeiros e 100% nacionais)	25.400.000,00
	Suprimento de Estrangeiros	56.400.000,00
	Laboratórios Nacionais	16.200.000,00
	Preservativos Estrangeiros	8.800.000,00
	Nacionais	2.000.000,00
	Medicamentos Estrangeiros	1.000.000,00
	Nacionais	11.000.000,00
	Materiais instrucionais	4.200.000,00
	Serviços de Consultores	7.800.000,00
	Treinamento	17.200.000,00
Não alocados	10.000.000,00	
	TOTAL	160.000.000,00
AIDS II Acordo de Empréstimo, 4392-BR	Bens (100% estrangeiras e 85% nacionais)	68.000.000,00
	Materiais Didáticos (85%)	20.000.000,00
	Treinamentos (100% até 31 milhões e 50% acima)	40.000.000,00
	Serviços de Consultores (incluindo assistência técnica e estudos)	27.000.000,00
	Despesas Administrativas	10.000.000,00
	TOTAL	165.000.000,00

Fonte: Contrato de Empréstimo N.º 3659 - BR e 4392 - BR

Tanto no Projeto VIGISUS, como no de Controle da AIDS/DST, há uma preocupação central em relação à obtenção e controle de informações, neste sentido, ambos

prevêem recursos para a compra de materiais e equipamentos de informática, como microcomputadores, impressoras, acessos telefônicos, hardware e software.

Todos os projetos financiados pelo Banco Mundial, os quais foram analisados neste trabalho, apresentam padrões de composição semelhantes que são definidos pelo Banco, como por exemplo a aquisição de materiais e equipamentos, a assistência técnica na forma de treinamentos e os serviços de consultorias. Isto por certo limita o poder de proposição e negociação no processo de discussão dos projetos com o Banco Mundial. Como bem lembrou James Wolfensohn, “o Banco não tem nem o poder político, nem o poder de polícia, para impor aos países a aceitação de suas metas. Pode apenas tentar convencê-los de que elas fazem sentido” (Folha de São Paulo, 23 abr. 1999, p.2-3). A agenda de financiamento do Banco e a padronização de seus projetos, nos parece ser uma das formas utilizadas para convencer os países de que as metas do Banco fazem sentido.

4.5 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NOS ANOS 90

Por fim, para encerrar este capítulo, uma referência à questão do financiamento, que se constitui num fator crucial para as políticas sociais. Até a recente aprovação da Proposta de Emenda Constitucional - “PEC da saúde”, não se tinha vinculação de recursos da União para este setor. Isto, de certa forma, contribuiu para que o financiamento da saúde, no plano federal, tivesse oscilações acentuadas ao longo do período estudado, e mesmo de um ano para outro.

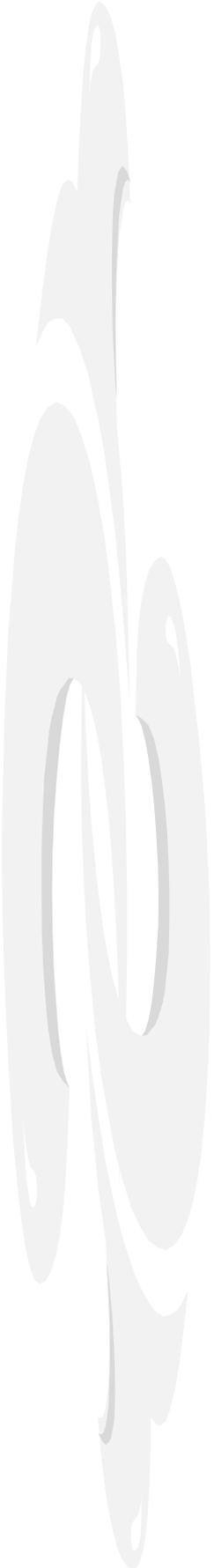
Soares (1999), analisando o gasto federal em saúde entre 1980 - 1993, afirma que existem pelo menos quatro patamares de gastos a serem destacados neste período. O primeiro, até 1983, com uma média em torno de 7 bilhões de dólares ano; o segundo, compreendendo os anos de 1983 e 1984, período que coincide com a crise econômica, este patamar reduziu-se para menos de 6 bilhões de dólares/ano; o terceiro período, que corresponde a Nova República, com destaque a partir de 1987 quando se iniciaram os convênios do SUDS, sendo que em 1989 os gastos federais nesta área ultrapassaram os 11 bilhões de dólares; e por último, o período 1990-1993, quando houve um decréscimo da taxa de investimento em torno de 16% ao ano, só voltando a crescer em 1993 quando o

gasto federal com saúde foi de 8,3 bilhões de dólares, muito abaixo do alcançado no final dos anos 80. O ano de 1992 foi o mais crítico com apenas 6,5 bilhões de dólares.

Nos dois anos seguinte, 1994 e 1995, houve uma pequena melhora, sendo que neste último ano, o Ministério da Saúde executou um total de 18,7 bilhões de reais. Outro ano crítico para a saúde foi em 1996, quando observou-se uma variação negativa de 13,9%, com apenas 14,3 bilhões de reais gastos na saúde. A partir de 1997, recupera-se, em parte, o volume de gasto neste setor, chegando, em 1999, a 20,3 bilhões de reais (dados do Ministério da Saúde).

Contudo, a evolução dos gastos em saúde, nestes últimos anos, não acompanhou a inflação do período. Além disto, o aumento de recursos na saúde, nestes últimos anos, se destinaram menos para a ampliação ou melhoria dos serviços, e mais para a amortização da dívida do setor. Em 1997 foram gastos 449,9 milhões de reais para o pagamento da dívida, em 1998, este valor foi de 551,7 milhões de reais e, em 1999, o volume de recursos destinados à amortização da dívida do setor de saúde, chegou a R\$ 2,3 bilhões, ou seja, mais de 10% do seu orçamento (dados do Ministério da Saúde).

A aprovação de Emenda Constitucional 29/2000, que vincula recursos das três esferas de governo para a saúde, pode não significar mudança substantiva no financiamento deste setor. Marques (2000), analisando a referida Emenda afirma que ela “apenas sancionou o comprometimento atual dos gastos dos municípios e do governo federal com a saúde”. Além disto, a política de ajuste econômico continua sendo a questão central deste governo, e determinante das demais políticas. Em agosto deste ano, para dar um dado bem recente, por meio de decreto presidencial, foram retirados R\$ 637,7 milhões de programas sociais para o pagamento de precatórios. Sem dúvida, são dados que ajudam a compreender a política deste governo e conseqüentemente o significado deste setor público no projeto político/ideológico que se desenvolve atualmente em nosso país.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento em que concludo provisoriamente este trabalho de investigação, obrigo-me a realizar dois movimentos: pensar nos resultados do que foi produzido e sobre o que não foi possível abordar neste trabalho, quer seja pelo tempo, pela temática, pelo recorte ou, porque aquilo que aparece como uma “questão pendente”, só emergiu como consequência do caminho percorrido, cujos resultados em parte são apresentados na forma de texto escrito, o restante, fica como acúmulo de conhecimento ainda não sistematizado . Neste sentido, o texto não revela todo o processo de mudança que ocorre com o pesquisador, com o objeto de estudo e, conseqüentemente, com a maneira de apreendê-lo e de relacionar-se com a realidade.

Sem dúvida, estudar aspectos políticos e institucionais do Banco Mundial e as políticas de saúde brasileira nesta década, possibilitou, não só compreender a emergência e a trajetória da saúde no interior desta instituição, como as questões político/ideológicas e econômicas envolvidas, bem como os nexos que se estabelecem entre este organismo e o campo da saúde. Embora negue-se, às vezes com veemência, a interferência externa na definição de políticas nacionais, o trabalho demonstrou que elas existem, não como uma relação mecânica de fora para dentro, mas como o resultado de uma conciliação de interesses, em última instância econômico, entre setores nacionais e internacionais, envolvendo o campo público e o privado, que em muitas situações não mais se distinguem.

Comumente nos deparamos com acertivas de que as críticas são estéreis, ou com pouca eficácia transformadora, quando não são acompanhadas e articuladas a projetos alternativos para a sociedade, quando muito, constituiriam-se em denúncias contundentes e manifestações de indignação. Sabemos, porém, que a realização de projetos alternativos nem sempre estão vislumbrados a curto ou médio prazo mas, a longo prazo, não se pode perder de vista o desafio de se construir uma ordem social, na qual a voracidade e o desejo de acumular riqueza, não seja o determinante do comportamento socioeconômico. A crítica a que nos referimos, pode contribuir para despertar a consciência sobre a impossibilidade de humanizar o capitalismo, e sobre a necessidade de resistir às diferentes formas de neocolonialismo e aos retrocessos políticos e/ou sociais que nos querem impingir. Além disto, a crítica, tem a função de ajudar na construção de uma consciência coletiva sobre a necessidade da transformação futura, pois é no campo ideológico, que os homens e as mulheres tomam consciência dos conflitos e da realidade do seu mundo material.

Apesar de a análise as vezes assumir uma cor cinza, em face da leitura realista das condições objetivas e subjetivas de mudança, isto não significa que acredita-se no fim da história ou na inviabilidade das lutas; ao contrário, neste momento, mais do que em qualquer outro da história recente deste país, faz-se necessário tencionar as estruturas existentes. Neste sentido, a defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS, pode se constituir em uma importante bandeira política, onde todos os que desejam construir uma sociedade que rompa com a expropriação nas relações entre os homens, podem se engajar. No entanto, a luta política não pode vir deslocada da perspectiva de mudança das bases materiais, caso contrário, perde-se no voluntarismo, característico da crença na autonomia do político em face do econômico.

Na atual conjuntura nacional, para se efetivar um Sistema de Saúde com as características do SUS, é preciso mais do que “vontade política”, faz-se necessário romper com a lógica que submete as questões sociais à dinâmica das relações econômicas de exploração, que o capitalismo, neste final de século, tem se incumbido de ampliar e de “aperfeiçoar”; é preciso pensar a realidade nacional no contexto do capitalismo mundial, compreendendo quais foram e quais são as vias próprias de avanço e as possibilidades de transformação. Enquanto se criam as condições objetivas/subjetivas para a ruptura, concordo com Campos (2000) quanto a tarefa inadiável, para quem deseja fundar uma nova sociabilidade, em resgatar o papel do Estado como instância redistributiva e regulamentadora das relações sociais, mais do que isto, dever-se-ia, segundo este autor, “pensar outros modos de fazer política social, outras maneiras para organizar a saúde, a educação, etc. O velho modo já mostrou os seus limites: a corrupção, o clientelismo, a ineficiência, as iniquidades multiplicadas, tudo por ser feito. Repensar o papel, a função e o funcionamento das Organizações Públicas, um desafio”.

Na última década, em nome da “reconstrução do Estado”, o que se fez foi a tentativa de sua destruição sistemática, a partir da assimilação de princípios advindos, não de uma análise de nossa situação nacional e da relação com o ambiente de mudanças do cenário internacional, mas, princípios oriundos de uma visão que é ao mesmo tempo cosmopolita e provinciana, impedindo o exercício de olhar para dentro. Para Touraine (2000), “o principal equívoco daqueles que seguiram durante um longo período a política econômica do Consenso de Washington, e em especial a do Fundo Monetário Internacional e do Banco

Mundial, foi o de julgar cada economia nacional ou regional do ponto de vista de uma pretensa lógica econômica mundial”. A aparente inexorabilidade desta lógica, tem justificado tanto a imobilidade e incapacidade dos governos em resolver os graves problemas sociais, como a adoção de políticas “neoliberais” que acabam por agravar a situação da grande maioria da população. Não é possível prever o final deste processo, mas os resultados imediatos são perfeitamente possíveis de serem sentidos.

Com o argumento da necessidade de equilibrar as contas públicas, o atual governo tem sistematicamente adotado medidas no sentido de reduzir as despesas da máquina administrativa do Estado, levando a um sucateamento e amputação inconseqüente de serviços e organizações públicas, ao mesmo tempo em que aumenta o volume de recursos destinados ao pagamento de juros, de encargos e do principal da dívida externa e interna. Hoje, não se sustenta mais o argumento do descontrole das despesas operacionais como causa do desequilíbrio das contas públicas, a não ser que a opção em pagar a dívida externa, na tentativa de reduzi-la, desconsidere o quanto aumentará a dívida social neste país.

No campo da saúde, parece que se quer reabilitar, para os pobres, um modelo de atenção à saúde centrado na atenção primária em saúde, com o argumento de que o modelo médico hegemônico, centrado em serviços médico-hospitalares, estaria favorecendo as classes média e alta, enquanto a população pobre estaria sem atendimento em suas “necessidades básicas” de saúde. Propõe-se, então, “inverter o modelo”, utilizando como estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade. Parece que para alguns, é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e, para os outros, os mais privilegiados, os que tem acesso à riqueza material e podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno.

A dicotomia entre prevenção x cura, atenção primária x atenção terciária, simplificação x sofisticação, não leva em consideração o quadro sanitário nacional. Se de um lado somos campeões em doenças infecto-contagiosas como a tuberculose, a hanseníase, a leptospirose, etc. onde a prevenção é fundamental, por outro lado, as principais causas de morte, incluindo os ricos e os pobres, são o enfarte, o derrame, a pneumonia, a bronquite, as neoplasias, etc. doenças que exigem o uso de tecnologia mais onerosa, de intervenção curativa e de tratamentos mais sofisticados. O pressuposto de que

as doenças infecto-contagiosas predominam na população pobre e as crônico-degenerativas nos estratos mais ricos, é falso e leva à ações equivocadas. As duas categorias de doenças atingem predominantemente os mais pobres, até porque são a maioria e os mais vulneráveis. Por isto, um pacote de “serviços clínico essenciais ” e de “saúde Pública”, como propõe o Banco Mundial, não dão conta desta realidade.

Além do que a presente pesquisa demonstrou, outros fatos e acontecimentos continuam ocorrendo e sendo divulgados cotidianamente, reafirmando os pressupostos do trabalho e a tese da contra-reforma. É claro que o processo não é linear, os embates e as tensões no interior da sociedade provocam mudanças na trajetória dos projetos, contudo, não nos iludamos, com freqüência estas mudanças tem sido mais de aparência do que de essência. O Ministro José Serra, neste tempo em que está na pasta do Ministério da Saúde, obrigou-se, de certa forma, a amenizar o seu discurso em relação a saúde. Pelas manifestações iniciais, tudo indicava que o Ministro reforçaria a tese da equipe econômica de que o SUS deveria ser exclusivo para as classes desfavorecidas; posteriormente, passou a defender a “PEC da Saúde”, sofrendo a crítica de seus colegas de partido e do governo. Isto, no entanto, não significa que o SUS esteja “salvo”, ou que tenha mudado substancialmente a política do setor.

Por fim, para concluir estas considerações e o próprio trabalho, em face da análise realizada sobre a relação Brasil/Banco Mundial, cabe uma última pergunta. Quais seriam as justificativas do governo brasileiro para recorrer, cada vez mais, à empréstimos externos para setores sociais como a saúde?

Do ponto de vista financeiro, não há justificativa para países como o Brasil recorrerem ao Banco Mundial para conseguir recursos externos, pois o BIRD, principal prestatário externo para o Brasil, capta os seus recursos nos mercados financeiros internacionais e os repassa em condições semelhantes às estabelecidas por aquele mercado, tanto no que se refere as taxas de juros, aos prazos de amortização, como aos períodos de carência. Além disto, a quantidade de recursos fornecida pelo Banco para o setor de saúde, é insignificante em comparação com os gastos nacionais do setor, com o custo dos “empréstimos” e, com a legitimidade que este suposto financiamento lhes concede para interferir nas políticas nacionais de saúde.

Do ponto de vista da autonomia administrativa para gestão dos recursos, as estratégias estabelecidas pelo Banco Mundial aos seus prestatários, não permitem manobras administrativas. Enquanto os bancos privados deixam a cargo do cliente a responsabilidade pela utilização dos recursos, no caso do Banco Mundial, há uma série de condicionalidades que devem ser cumpridas a priori, para que ocorra a liberação dos recursos, além do monitoramento de equipe de técnicos do Banco que acompanham e avaliam o desenvolvimento dos projetos e/ou programas, cujos pareceres interferem nos desembolsos dos recursos.

Do ponto de vista do desenvolvimento econômico nacional, também não se encontram justificativas, pois é condição do Banco Mundial, que as licitações para a aquisição de materiais, equipamentos ou mesmo para a execução dos projetos sejam abertas internacionalmente e, as especificações técnicas estabelecidas, muitas vezes inviabilizam a participação de empresas nacionais, quer pelas questões tecnológicas, quer pelas de custo. Neste sentido, além dos recursos externos não contribuírem com a produção interna, estimulam a importação de produtos dos países centrais.

Penso que a justificativa, poderia estar na baixa credibilidade dos países periféricos em conseguirem recursos no mercado financeiro internacional por conta própria em face da forma dependente com que estes países tem se integrado à dinâmica capitalista internacional. Neste intercâmbio “globalizado”, liberalizado e aberto, os produtos semi-manufaturados, manufaturados, agrícolas ou extrativos, produzidos nos países periféricos, são infinitamente mais baratos que as mercadorias com alta tecnologia, produzidas nos países centrais. Nesta relação, o valor de troca entre estes diferentes produtos se situa em pólos extremos, o valor dos produtos primários, essenciais enquanto valor de uso, são aniquilados pelo valor de troca das mercadorias, que incorporam os avanços tecnológicos. Nesta lógica, o desenvolvimento dos países periféricos, apregoado pelos organismos internacionais e pelos países centrais não passa de estratégia para perpetuar as relações de dependência. Se estas respostas fazem sentido, cabe perguntar: a quem interessa aceitar a pauta de financiamento do Banco Mundial e a continuidade do processo de endividamento externo? Mas este é um tema para outro trabalho de investigação.

This proposition contains debates about the World Bank proposals to the Brazilian health sector, trying to identify how this institution has been working with the national health politics. It concerns to the later period of 1988, when SUS was created; particularly those years in which was practiced during the decade of 90. The thesis about World Bank proposals associated to some governmental politics in this decade show a project around the dismantle of SUS, originally thought through the sanitary reform movement and consecrated in the actual Federal Constitution and complementary laws. It shows not only the conversions of interests among this international institution and some national groups as well as the contradiction that emerged into the process of negotiations, that frequently occurred among organisms belonged to this nature and Brazilian government, involving technicians and directors of the national public instrument. In the same way, it can not be said that it has been occurred a kind of passive acceptance about the proposals referred to SUS' dismantle. They are focus of resistance and delay in a lot of instances and politics parts, oblige the government to come back in its decisions or even make changes in the process that they hardly tried to put in practice and just had the perspective of "against reform". In order to develop this proposition, a documentary research and analysis bases obtained around of official primary sources and the national press has been used as a methodologic resource. The historic perspective was the referential utilized for the research and the studied object. In this proposition it has been tried to show off some politics/ideologies interests that has being made part of the process, apparently favorable to SUS consolidation. It calls attention to the necessity of a construction, organization and enlargement of a movement at a national level that tries to defend the SUS as a public, free and qualified institution.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. SADER, E. & GENTILI, P (org.) Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ARAÚJO, Aloízio Barboza de. *O Governo Brasileiro o BIRD e o BID: cooperação e confronto*. Rio de Janeiro, IPEA, 1991 (Série IPEA, 131).

ASPER E. James. Brasil – Análise da Cooperação Norte-Americana em programas de Saúde. In: *Saúde e Nutrição- Missão Norte-Americana de Cooperação Econômica e Técnica no Brasil - USAID*. Rio de Janeiro, Centro de Publicações Técnicas da Aliança para o Progresso, 1963.

BACHA, Edmar L., MENDOZA, Miguel R (org). *Recessão ou crescimento: o FMI e o Banco Mundial na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BANCO MUNDIAL Y AIF. *Banco Mundial y AIF: perguntas e respostas*. Washington, D.C., 1971.

_____. *Normas y Operaciones*: Grupo del Banco Mundial. Washington D.C., 1974.

BANCO MUNDIAL. *Salud*: documento de política sectorial. Washington, D.C., 1975.

_____. *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*. Washington, D.C. 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países).

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

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

BANCO MUNDIAL. *El grupo del Banco Mundial*. México, 1995a (Nota Informativa).

_____. *Términos y Condiciones Financieras Principales de los Préstimos del BIRF*. Washington, D.C. 1996.

_____. *Diretrizes para aquisições no âmbito de empréstimos do BIRD e créditos da AID*. Washington, D.C. 1997.

_____. *Diretrizes Seleção e Contratação de Consultores pelos Mutuários do Banco Mundial*, Washington, 1997a.

_____. Memorando do presidente do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e da Corporação Financeira Internacional aos Diretores Executivos sobre uma estratégia de Assistência ao País do Grupo Banco Mundial para a República Federativa do Brasil. In: *A Estratégia dos Bancos Multilaterais para o Brasil*: análise crítica e documentos inéditos. Brasília: Rede Brasil, 1998.

Banque Mondiale. *Education: Etude Sectorielle*. Washington, D.C. 1971.

BATISTA Jr., Paulo Nogueira. *O Consenso de Washington*: a visão neoliberal dos problemas latinoamericanos. São Paulo: Paz e Terra. Cadernos da Dívida Externa, N.º 6, 1994.

_____. Mitos da Globalização. *Rev. Estudos Avançados da USP* (São Paulo). N.º 32 V. 12 jan/abr 1998.

BELUZZO, Luiz Gonzaga de Mello. Economia e Sociedade. *Rev. do Inst. de Economia da UNICAMP* (Campinas), v.4, p. 11 - 20, 1995.

BERHING, Eliane Rossetti. *Política social no capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez, 1998.

BOBBIO, Norberto., METTEUCCI, Nicola., PASQUINO, GianFranco. *Dicionário de Política*. 4.^a ed. Trad. Carmen C. Varrialle et al.. Brasília, DF: editora Universidade de Brasília, 1992.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 14^a ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria do tesouro Nacional. *Parecer STN/COREF/DIREF N.º 380*. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Quinquenal de Saúde 1990/95: a Saúde do Brasil Novo*. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. *Parecer Técnico Sobre o Relatório do Banco Mundial: The organization, delivery and financing of health care in Brazil - 1993*. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. *REFORSUS - Reforço à Organização do SUS: apresentação do projeto*. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Sistema de Atendimento de Saúde do SUS*. Brasília. 1995a.

_____. Ministério da Saúde. *Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil*. Brasília, 1995b.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de Ação do Ministério da Saúde 1995-1999*. Brasília. 1995c.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Balanço da Saúde no Governo FHC*. Brasília, 1998.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, 1995.

_____. O ano da saúde no Brasil. *in: Brasil Real*. Edição Especial, Brasília, abr. 1997.

_____. Senado Federal. Mensagem nº 690. Brasília, 22 jul. 1996.

BRASIL/BID. Contrato de Empréstimo Nº 951/OC-BR: *Projeto de Reforma do Setor Saúde*. Brasília, mar. 1997.

BRASIL/BIRD. Contrato de Empréstimo Nº 3659-BR: *Projeto de Controle da AIDS e das DST*. Brasília, mar. 1994.

_____. Contrato de Empréstimo Nº 4047-BR: *Projeto de Reforma do Setor de Saúde – REFORSUS*. Brasília, set. 1996.

_____. Contrato de Empréstimo Nº 4392-BR: *Projeto de Controle da AIDS e das DST*. Brasília, dez. 1998.

_____. Contrato de Empréstimo Nº 4394-BR: *Projeto de Vigilância e Controle de Doenças*. Brasília, dez. 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

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

CARDOSO, Miriam Limoeiro. *Ideologia do Desenvolvimento - Brasil: JK - JQ*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

CHESSNAIS, François. *A Mundialização do Capital*. Trad. Silvana F. Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

CLAUSEN, A. W. Discurso del Presidente del Banco Mundial ante la Junta de Gobernadores. In: *Revista del Banco de la República*. Bogotá, 1981.

CORAGGIO, José Luiz. *Desenvolvimento Humano e Educação: o papel das ONGs latino-americanas na iniciativa da educação para todos*. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 1996.

_____. *Las Propuestas del Banco Mundial para la Educación: sentido oculto o problema de concepción?*. Trabalho apresentado no seminário “O Banco Mundial e as políticas de Educação no Brasil”. São Paulo, jun. 1995 (mimeo)

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO. Quem perde com a mundialização. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 13 out. 1996. Caderno Mais.

FIORI, José Luís. *Instabilidade e Crise do Estado na Industrialização Brasileira*. Rio de Janeiro, 1988. Tese (Concurso de Professor Titular) - Cadeira de Estado e Industrialização, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____. Democracia e Reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. In: *Cadernos da nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Vol.2. Brasília, 1992.

_____. Ajuste, Transição e Governabilidade: o enigma brasileiro. In: TAVARES, M.C. e FIORI, J.L. *(Des)Ajuste Global e Modernização Conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

FIORI, José Luís. *Os moedeiros falsos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

FOLHA DE SÃO PAULO. São Paulo, 02 jul. 1995. Dinheiro, p.2.

_____. São Paulo, 03 out. 1996. Dinheiro, p.3.

_____. São Paulo, 24 set. 1997. Dinheiro, p.5.

_____. São Paulo, 17 out. 1997. Cad. 1, p.1.

_____. São Paulo, 16 set. 1999. Dinheiro, p.1.

_____. São Paulo, 29 set. 1999. Nacional, p.5.

_____. São Paulo, 30 set. 1999. Cad. 1, p. 8-11

_____. São Paulo, 30 jan. 2000. Cotidiano, p.11.

_____. São Paulo, 17 fev. 2000. Brasil, p.9.

_____. São Paulo, 13 abr. 2000. Dinheiro, p.1.

_____. EUA vêm Aids como ameaça à segurança. São Paulo, 01 de mai. 2000. Cad. 1, p.11.

_____. São Paulo, 02 de mai. 2000. Mundo, p.12.

_____. São Paulo, 16 mai. 2000. Dinheiro, p.3.

_____. São Paulo, 06 jun. 2000. Brasil, p. 4.

FOLHA DE SÃO PAULO. São Paulo, 27 jun. 2000. Mundo, p.14.

FURTADO, Celso. **O Mito do Desenvolvimento Econômico**. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

GEORGE Susan & SABELLI, Fabrizio. **La Religion del Crédito**: El Banco Mundial y su Imperio Secular. Barcelona: Coleccion Intermon, 1994.

GOLDENSTEIN, Lúcia. **Repensando a Dependência**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

GONZALEZ, Manuel J. F. et al. **O Brasil e o Banco Mundial**: um diagnóstico das relações econômicas: 1949 – 1989. Rio de Janeiro: IPEA/IPLAN, 1990.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. 5^a ed. Trad. Luiz Mário Gazzaneo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

HADDAD, Sérgio. Os Bancos Multilaterais e as Políticas Educacionais no Brasil. In: **A Estratégia dos Bancos Multilaterais para o Brasil**: análise crítica e documentos inéditos. Brasília: Rede Brasil, 1998.

HOBBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos**: o breve século XX: 1914 - 199. Trad. Marcos Santarrita. Ver. Téc. Maria Célia Paoli. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

IANNI, Octavio. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

JATENE, Adib Domingos. Carta de Política de Saúde. Anexo do: **Contrato de Empréstimo N° 4047-BR: Projeto de Reforma do Setor de Saúde – REFORSUS**. Brasília, set. 1996.

LEHER, Roberto. **Da Ideologia do Desenvolvimento à Ideologia da Globalização**: a Educação como estratégia do Banco Mundial para alívio da pobreza. São Paulo, 1998.

267. Tese (Doutorado em Educação, área de concentração Administração) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.

LICHTENSZTEJN, Samuel., BAER, Monica. *Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial: estratégias e políticas do poder financeiro*. Tradução Nathan Giraldi. São Paulo: Braziliense, 1987.

LOPES, José Carlos. *A Voz do Povo e o Dono da Voz: trabalho, saúde e cidadania no cotidiano fabril*. Campinas, 1999. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

LOUREIRO, Isabel. Repensando o Progresso. In: *Rev. Praga - estudos marxistas*. n.7, 1999, p. 47-63.

MAINGÓN, Thaís. *Las Políticas Sociales: discusión teorica, conceptual y metodologica*. Washington D.C. Serie Informes Tecnicos # 4 / Centro de Información y Documentación - CID/ Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP), 1992.

MAGDOFF, Harry. *A Era do imperialismo: a economia da política externa dos Estados Unidos*. São Paulo: HUCITEC, 1978.

MANDEL, Ernest. *O capitalismo tardio*. Tradução de Carlos Eduardo Silveira Matos, Regis de Castro Andrade e Dinah de Abreu Azevedo. E. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985 (Os economistas).

_____. O neoliberalismo e a alternativa socialista na atualidade. In: *Liberalismo e Socialismo: velhos e novos paradigmas*. São Paulo: editora da UNESP, 1995. – (Seminários e debates).

MARQUES, Rosa Maria. Novas incertezas sobre o financiamento da saúde. In: *Gazeta Mercantil*, 13 set. 2000, p.A-3.

MARX, Karl. *O Manifesto do Partido Comunista*. Karl Marx & Friederich Engels; Prólogo de José Paulo Neto. São Paulo: Cortez, 1998.

MCNAMARA, Robert S. El Banco Mundial y América Latina. In: *Comercio Exterior*. México, diciembre de 1968.

_____. Equidad Social y Crecimiento Económico. In: *El Mercado de Valores*. México, 1972.

_____. *Cem Países: dois bilhões de seres: a dimensão do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: FGV, Serv. De publicações, 1974.

MELO, André B. C. de., COSTA, Nilson do R. *Desenvolvimento Sustentável, Ajuste Estrutural e Política Social: As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde*, 1994, (mimeo)

MENEZES, Maria Thereza C.G. *Em Busca da teria: políticas de assistência pública*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

MORAES, Reginaldo. *Neoliberalismo: o que é e para onde leva*. Cadernos Em Tempo. Texto de apoio da edição nº 300/301. s/d.

NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. *O Sistema de proteção social no Brasil*. UNICAMP, 1991 (mimeo).

NETO, José Paulo. Crise Global Contemporânea e Barbárie. In: *Liberalismo e Socialismo: velhos e novos paradigmas*. São Paulo: editora da UNESP, 1995. – (Seminários e debates).

NOGUEIRA, Francis Mary G. *Ajuda Externa para a Educação Brasileira: da USAID ao Banco Mundial*. Cascavel: EDUNIOESTE, 1999.

NONNENBERG, Marcelo José Braga. **Banco Mundial: relacionamento recente com o Brasil e perspectivas**. Brasília, 1984 (mimeo)

PEARSON, Lester B (pres. da comissão). **Sócios no Progresso: Relatório da Comissão de Desenvolvimento Internacional**. Rio de Janeiro: APEC Editora S.A., 1971.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires, out. 1995. Brasília. Papers da reforma. 1995.

_____. **A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília, 1997. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Cad 1.

_____. A reforma da Saúde. In: **Folha e São Paulo**. São Paulo, 19 jan. 1997. Opinião, p.3)

_____. **A Nova Centro-Esquerda**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1999. Idéias e Debates n.º 24.

PIMENTA, Carlos César. A reforma gerencial do Estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais. In: **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas. n.º 05 set/out, 1998.

PINTO, Celso. BIRD discutirá um código de conduta para políticas sociais. In: **Folha de São Paulo**. São Paulo. 23 abr. 1999. Cad. 2 Dinheiro, p.2-3.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano de 1999**. Lisboa: Trinova editora, 1999.

REFORSUS - **Manual de Procedimentos Licitatórios**. Brasília, 2000.

SADER, Emir., GENTILI, Pablo (org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SINGER, Paul. *Desenvolvimento e crise*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1968.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Campinas, 1995. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia da UNICAMP.

_____. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

TAVARES, Maria da Conceição e ASSIS, José Carlos de. *O Grande Salto para o Caos: a economia política e a política econômica do regime autoritário*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

TAVARES. Maria da Conceição. O Brasil e a instabilidade estrutural: capitalismo brasileiro está passando rapidamente a subordinado; a metrópole manda e o satélite obedece. In: *Folha de São Paulo*. São Paulo. 04 dez. 1994. Finanças, p.4.

_____. O Desequilíbrio Financeiro do Setor Público. In: *Boletim de Conjuntura*. Vol. 7, nº 4, nov/1987.

_____. As armadilhas da globalização. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 20 out. 1996.

_____. e FIORI, José Luís (org.) *Poder e Dinheiro: uma economia política da globalização*. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

_____. e FIORI, José Luís *(Des)Ajuste Global e Modernização Conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TAVARES, Ricardo & MONTEIRO, Mário F. G. População e Condições de Vida. *In: Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80.* (org.) Reinaldo Guimarães e Ricardo A. W. Tavares. Rio de Janeiro: Relume Dumaré, 1994.

TEIXEIRA, Aloísio. *O Ajuste Impossível: um estudo sobre a desestruturação da ordem mundial e seu impacto sobre o Brasil.* Campinas, 1993. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia da Unicamp.

TOMMASI, Livia et al (org.) *O Banco Mundial e as Políticas Educacionais.* São Paulo: Cortez/PUC/Ação Educativa, 1996.

TOURAINÉ, Alain. A exuberância racional da nova economia. *Folha de São Paulo.* Cad. Mais, 07/05/2000

TRUMAN, Harry S. Message to Congress (1949). In: *Historic Documents on the Presidency: 1776 – 1989.* Washington, D.C. s/d.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Ajuste e Política Social: a experiência Latino-Americana. In: *Política, Planejamento e Gestão em Saúde.* Série Estudos, nº 2. Rio de Janeiro: FGV, 1994.

VIANNA, Sólton M., PIOLA, Sérgio F. & REIS, Carlos O. *Gratuidade no SUS: controversia em torno do co-pagamento.* IPEA, Texto para discussão N.º 587, Brasília, 1998.

VIEIRA, Evaldo. *Estado e Miséria Social no Brasil: de Getúlio a Geisel.* São Paulo: Cortez, 1983.

_____. *Democracia e Política social.* São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992.

WOLFENSOHN, James D. *Novos direcionamentos e novas parcerias*. Washington, D.C. 1995. (site: worldbank).

WORLD BANK. *Brazil and the World Bank: Into the fifth decade*. Washington, D.C. s/d.

WORLD BANK. *Brazil: an agenda for stabilization*. Washington, oct. 1994 , Report N.º 13168 – BR.

_____. *Brazil – Health Sector Reform Project – REFORSUS*. Washington, 1996. Report N.º 15522 – BR.

_____. *Innovations in Health Care Financing: proceedings of a World Bank Conference*. Washington, D.C.: Edited: George J. Schieber, 1997.

_____. *The World Bank Annual Report – 1998*. Washington, D.C. 1998.

XAVIER, Maria Elizabete S. P. Para um Exame das Relações Históricas entre Capitalismo e Escola no Brasil: algumas considerações teórico-metodológicas. *In: Cadernos da Escola Pública*. Brasília: UNB-SINPRO.

*Escrever é fácil,
você começa com uma letra maiúscula
e termina com um ponto final.
No meio você coloca idéias*

Pablo Neruda

