



Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo.

O BANCO MUNDIAL COMO INSTRUMENTO IMPERIALISTA: UM AJUSTE INJUSTO À POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NA CONTEMPORANEIDADE

GIRLAN GUEDES DOS SANTOS¹
Alessandra Ximenes da Silva²

Resumo: O trabalho analisa as influências do Banco Mundial enquanto intelectual coletivo internacional e instrumento do capital imperial na dominação dos países periféricos a exemplo do Brasil. Esse processo desencadeia na contrarreforma da política de saúde brasileira, que impõe mudanças significativas ao Sistema Único de Saúde, através da abertura do mercado e da privatização dos serviços públicos. Assim, tece a crítica aos relatórios produzidos pelo banco no período dos governos do Partido dos Trabalhadores e de Michel Temer, priorizando pesquisa documental do relatório intitulado. *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil* publicado em 2017.

Palavras – Chave: Política de Saúde; Banco Mundial; Privatização.

Abstract: The paper analyzes the influences of the World Bank as an international collective intellectual and an instrument of imperial capital in the domination of peripheral countries such as Brazil. This process triggers the counter-reform of Brazilian health policy, which imposes significant changes to the Unified Health System, through the opening of the market and the privatization of public services. Thus, he criticizes the reports produced by the bank in the period of the governments of the Workers Party and Michel Temer, prioritizing documentary research on the report entitled *A Fair Adjustment: Analysis of efficiency and equity of public spending in Brazil* published in 2017.

Keywords: Health Policy; World Bank; Privatization.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo analisa as influências do Banco Mundial (BM) como intelectual coletivo internacional e instrumento dos países imperialistas na dominação dos países de economias de capitalismo dependente, a exemplo do Brasil. Para tanto, é primordial desvelar como esse processo contribui na contrarreforma da política de saúde brasileira, através de um resgate ontológico de como se deu a criação estratégica do BM pelos países

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: <girlan-sax@outlook.com>.

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba

ocidentais, com intuito de consolidar a nível mundial o estágio monopolista do capital.

Parte-se da categoria da universalidade para analisar o processo de dominação desse intelectual coletivo a nível mundial, porém fazendo um recorte através das categorias da particularidade e singularidade para entender sua influência na realidade brasileira. Mediados por um percurso histórico analítico dos documentos formulados por esse intelectual, demarcando o período dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) denominados “neodesenvolvimentistas”³ e do governo Michel Temer.

Comandado pelas potências mundiais em tempos de crise, esse trabalho explica como o BM impõe, através de orientações, uma agenda de contrarreformas, no intuito de manter o *status quo* da dominação do capital internacional, transferindo serviços públicos de direito ao lucro do capital privado. Behring (2008) assevera, que esse processo se compõe de um conjunto de mudanças estruturais regressivas às políticas de seguridade social, afetando bruscamente o Sistema Único de Saúde (SUS), através da abertura do mercado e da privatização dos serviços públicos de saúde, com vistas a mera obtenção de lucro para o mercado. Os documentos, advindos do BM, se colocam contra o sistema da política de saúde brasileira, desde antes da garantia do SUS, na Constituição de 1988. Essas contradições apresentam inflexões mais fortes, a partir do processo de contrarreforma do Estado na década de 1990, continuam nos governos do PT e se acirraram na atual conjuntura.

Os relatórios, embora sejam documentos elaborados em um envoltório técnico e científico, suas direções apresentam-se em seu cerne político e indutivo. Tentam disseminar um modelo de saúde no Brasil privatista e totalmente mercadológico, ameaçando o SUS, tratando a saúde como mercadoria e fonte de lucro. Neste artigo, se discute o novo relatório apresentado pelo BM de novembro de 2017, intitulado *Um Ajuste Justo*:

³ Segundo (CASTELO, 2014, p. 509) a denominação neodesenvolvimentismo é dada aos governos Lula/Dilma por terem adotado a cartilha neoliberal da equidade, da igualdade de oportunidades e dos programas de transferência de renda de alívio da pobreza, tal qual defendem o Banco Mundial e outros organismos multilaterais desde os anos 1990.

Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil, que se sustenta no sucateamento dos serviços públicos em hospitais públicos, para defenderem os investimentos no setor privado que tendem a aumentar, e colocam para os beneficiados seguros privados como algo bom e que o público não consegue mais oferecer um serviço de qualidade, além dos outros relatórios que foram apresentados durante os governos neodesenvolvimentistas.

A pesquisa levou em consideração as categorias: da historicidade, mediação e contradição, que conforme Netto (2011) são objetivas, reais, históricas e transitórias, sendo que as categorias próprias da sociedade burguesa só têm validade plena no seu marco. Portanto, é necessário conhecer a gênese histórica de uma categoria. Assim, “o estudo das categorias deve conjugar a análise diacrônica (da gênese e desenvolvimento) com a análise sincrônica (sua estrutura e função na organização atual)” (NETTO, 2011, p.685).

Utilizamos como metodologia a revisão bibliográfica e a análise documental. No que diz respeito à revisão bibliográfica foram trabalhadas as categorias de contrarreforma e de intelectuais em Antônio Gramsci. No tocante à análise documental foi realizado um levantamento e posteriormente análise dos relatórios formulados pelo BM para a política de saúde brasileira durante os governos do PT e de Michel Temer.

2. O BANCO MUNDIAL COMO INSTRUMENTO DE MANUTENÇÃO DO CAPITAL IMPERIAL, E SUAS INFLEXÕES À POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA DURANTE OS GOVERNOS NEODESENVOLVIMENTISTAS

É necessário compreender em que período o BM foi criado e o intuito de sua criação para os países imperialistas, que segundo Fernandes (1987) precisavam garantir a uniformidade do capitalismo monopolista a nível mundial. Para apreender o protagonismo do BM e suas orientações para política de saúde brasileira, é necessário levantar alguns aspectos históricos sobre a crise estrutural do capital que faz parte da criação dos mesmos e a particularidade da realidade brasileira de país dependente nesse contexto. Gestados

originalmente em um período de reorganização do sistema interestatal capitalista, com um acordo entre as potências vitoriosas da Segunda Guerra Mundial, centrados em Bretton Woods, Estados Unidos (EUA). Criados em 1944, depois de diversas manobras dos EUA, teve sua sede situada na cidade de Washington, aproveitando a desvalorização da moeda inglesa, foi crucial para afirmar a predominância do dólar, como moeda internacional e âncora da projeção mundial do poder político e financeiro norte-americano (PEREIRA, 2010).

Caracterizamos o BM como intelectual coletivo em Gramsci (2000), que reflete a importância dos intelectuais na organização da cultura e na forma de contribuir para o processo de formação da hegemonia em sociedades capitalista, não apenas na instância econômica e política, mas também na esfera da cultura. Assim, para o autor, os intelectuais são um grupo autônomo e independente, criados dentro das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade na construção de uma nova hegemonia, não somente na esfera política, econômica e social, mas através da consciência moral, cultural e intelectual. Contudo, os intelectuais coletivos atuam nos aparelhos privados de hegemonia, para o fortalecimento de seus projetos. Para Gramsci, o aparelho hegemônico é uma sociedade particular (formalmente privada) que se torna o equivalente do aparelho governamental - coercitivo do Estado integral, força e consenso possuem ambos os respectivos aparelhos, e já está delineado o Estado integral como unidade-direção de sociedade civil e Estado tradicionalmente entendido. No mundo moderno, segundo Gramsci (2000), os intelectuais profissionais de um dado grupo dominante, tem a função de desempenhar e formular ideologias para sua função fundamental de seu partido.

Destarte, é importante perceber que anos depois da criação do BM chega-se ao esgotamento do regime de acumulação fordista/keynesiano como expressão fenomênica da crise estrutural do capital, que perdurou do pós-Segunda Guerra Mundial até aproximadamente o início 1970. As economias dos países centrais entram em uma metamorfose de fundamentos da ordem neoliberal. É nessa crise fordista/keynesiano, que se constituem como

fenômeno da grave crise estrutural que atinge o sistema do capital, tais como: baixos salários e dificuldades da mais-valia produzida por conta justamente da má remuneração da classe trabalhadora.

Para Harvey (1992) a exaustão de padrão capitalista monopolista fundado no regime de acumulação rígida, que designa de fordista/keynesiano pra reproduzir-se e preserva-se, o capitalismo tardio recorre a outro regime que chama de acumulação “flexível”. Segundo o autor não há mais crise cíclica, a crise é estrutural e acentuada. Mézáros (2002) aponta como uma crise estrutural que afeta toda totalidade e que não se limita aos limites imediatos, afetando assim todos os macrocosmos, apresentando o capital e seu poder como limites absolutos. Mézáros coloca esse contexto da crise ligada à degradação ambiental, desemprego crônico, afetando toda esfera do trabalho a nível mundial, que tendem a adotar soluções como empregos flexíveis, pequenas empresas, empreendedorismo, economia solidária, redução dos direitos trabalhistas e regras flexíveis.

Na análise de Fernandes (1987) *A revolução burguesa no Brasil*, o autor aborda como se processou a transformação capitalista no Brasil, compreendendo os países periféricos como nações de capitalismo dependente, pelo fato de não possuírem as mesmas potencialidades das nações hegemônicas. Então, é nesse mesmo contexto pós criação do BM, que os países imperialistas querem consolidar o capitalismo monopolista nos países ditos da periferia.

O BM vai ser um dos instrumentos imprescindíveis nesse período de imposição e consolidação do sistema monopolista nos países periféricos, que como afirma Fernandes (1987) se deu através de um desenvolvimento desigual interno, pois temos que considerar o desenvolvimento histórico, econômico, político e cultural Brasileiro que ainda apresentava traços arcaicos, e uma dominação imperialista externa apoiada por uma burguesia nacional contrarrevolucionária que detinham o poder do aparelho do Estado dito democrático e universalizante, porém controlado para coibir através da força qualquer tentativa revolucionária que não atendessem os interesses do Capital, a exemplo do golpe de 1964.

É durante a crise mundial de 1970, que segundo Mattos (2017) a modernização conservadora promovida pela ditadura militar no Brasil, inscrevendo na fase do capitalismo monopolista e de sua ocidentalização a perda das bases do consenso e os aparelhos da sociedade civil começam a ganhar forças antiditatoriais. É nesse percurso que são elaborados os primeiros documentos voltados para as políticas de saúde pelo BM, mais especificamente em 1975, que apresentava as primeiras orientações para reforma nas políticas de saúde aos países por ele subsidiados (CORREIA, 2005). Em um cenário de contrarreformas orientadas pelo BM nas políticas de saúde dos países periféricos, que o Brasil aprovava na Constituição de 1988 as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, expressas frontalmente nos avanços formais do Movimento de Reforma Sanitária contemplados na legislação.

Como visto anteriormente, o BM inicia a formulação de suas orientações para política de saúde brasileira bem antes da constituinte, recebe o apoio dos governos neoliberais Collor de Melo e Fernando Henrique durante a década de 1990, profundamente engajados na defesa do projeto contrarrevolucionário em sua versão ditatorial. Desse modo, diversos relatórios são elaborados pelo BM e suas orientações seguidas pelos respectivos governos de cunho neoliberal em consonância com as contrarreformas propostas pelo BM, o Plano Diretor de Reforma do Estado – PDRE ⁴ é a materialização dessas orientações colocadas nesse período.

Posteriormente, o BM elabora outros documentos para orientar as políticas de saúde brasileira, tendo o país sob a liderança de governos neodesenvolvimentistas, como aponta Castelo (2014). Lula e Dilma, vinculados ao PT. Esses governos não abandonaram o receituário neoliberal por completo, e como bem coloca Demier (2017) ficam longe de contrapor-se, mas

⁴ Bresser Pereira dirige a equipe de formulação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), para ele, o Brasil e a América Latina foram atingidos na época por uma dura crise fiscal nos anos 1980, tida pelo endividamento externo. Presente no Consenso de Washington como representante do Brasil, é orientado pelos organismos internacionais BM/FMI/OMC a realizar o Plano Diretor da Reforma do Estado. Que segundo Bresser “iria exigir, de forma imperiosa, disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial” (BEHRING, 2008, p.172).

teriam reforçado a dinâmica da própria democracia blindada⁵, chegando a ser analisado por alguns autores como marco de uma revolução passiva, advinda do conceito de Gramsci apresentada em seus Cadernos do Cárcere.

Entendendo esse tipo de revolução como uma crise de representação, onde no Brasil havia mudado a representação por um partido tido como representação dos trabalhadores, mas que não rompeu com esse receituário anteriormente apresentado (BIANCHI, 2017), os documentos formulados pelo BM intitulados de *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”*, de 15 de fevereiro 2007; *“Documento de avaliação da proposta de empréstimo para o projeto de modernização de Hospitais Universitários Federais”*, 28 de fevereiro de 2011, e *“20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do sistema único de saúde”*, de 2013, significaram a implementação da mudança na gestão do SUS aprovada no governo Lula e teve continuidade no governo Dilma.

No ano de 2011, o BM lança outro documento específico para a área de saúde brasileira, intitulado *“Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo, no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários”*. Um enorme e bem elaborado projeto, que tem como objetivo a modernização do Hospital Universitário (HU), através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). *“Preendem com essas orientações, a inovação tecnológica dentro da gestão, através de pesquisas educacionais de prestações de contas e no gerenciamento desses hospitais”* (BANCO MUNDIAL, 2011, p. 68). O documento apresentado vem afirmar que o programa REHUF, abrange duas áreas: a renovação da infraestrutura dos hospitais e a modernização da sua gestão e governança, colocando a privatização dos HUs, como uma saída para os problemas de

⁵ Segundo (DEMIER, 2017, p.33) a democracia blindada combina retirada de direitos sociais com a expansão (maior ou menor, a depender do momento e gestor de plantão) de políticas sociais compensatórias, carentes de universalidade, além de um aumento seletivo da repressão estatal voltada aos setores indômitos. Compõe sua estrutura a sua inexpugnável coluna de sustentação midiática, responsáveis pelo fornecimento de altas dosagens ideológicas produtoras de consenso, atuando como principal partido do capital.

gestão do SUS, transferência dentro da gestão do HU, para uma empresa pública estatal com personalidade jurídica de direito privado, ou seja, a entrega do público ao privado.

O documento de 2013 do BM citado anteriormente e o relatório de 2016, apresentam a proposta de Estado mínimo, dando ainda mais abertura às organizações privadas sem fins lucrativos, as Organizações Sociais (OSs), as Parcerias Público-Privada (PPP) e as Fundações Públicas (FP) para a gestão de unidades de saúde. Com isso, coloca a política de saúde em uma sombria onda de contrarreformas, apresentadas pelo governo atual brasileiro Michel Temer, que têm mostrado sua total ligação com as orientações desses organismos internacionais, adotando uma política nacional meramente conservadora e neoliberal.

A desestruturação do SUS insere na política de saúde a privatização e a precarização dos serviços a partir dos novos modelos de gestão, as Organizações Sociais (OSs); as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs); as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs); e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), estratégia estabelecida no documento do Banco Mundial de 2011, explicitado anteriormente. A EBSERH é uma empresa pública com personalidade jurídica que tem o objetivo de privatizar os serviços de saúde e educação dos hospitais universitários do país, tem se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos, na área da saúde, para atender aos serviços privados. Esses modelos vêm como justificativa de que os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo, gerencial e de gestão, daí a necessidade das Parcerias Público Privado para gerir a saúde.

O BM vem intervindo diretamente no fundo de financiamento brasileiro na área de saúde. Em 2016, seus projetos financiados em países ditos periféricos no setor da saúde, já estabelecia a maior porcentagem em comparação às outras áreas, com porcentagem de 31% (BANCO MUNDIAL, 2016). Estabelecendo uma política com total viés neoliberal, os intelectuais coletivos internacionais BM/FMI argumentam que a privatização dos serviços

de saúde exige menores gastos públicos e mais lucro para o capital, pois o setor público deve atender apenas os mais pobres (BANCO MUNDIAL, 2016). Portanto, a política de saúde deve ser focalizada na pobreza, o que fere os princípios da universalidade e integralidade estabelecidos no SUS.

3. UM AJUSTE JUSTO? AS TENDÊNCIAS E ORIENTAÇÕES PARA POLÍTICA DE SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE

O documento do BM *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil*, de novembro de 2017, apresenta em sua essência um cerne meramente político, que veio compactuar com os desmanches acarretados nas políticas públicas no Brasil, após o chamado golpe de Estado de 2016. É pertinente tecer a crítica aos seus principais argumentos em torno da defesa intransigente de cortes drásticos do gasto público e que se tenha clareza que o documento está associado a mais uma trama que favorece o capital, impondo adoção de políticas de cunho minimalistas por parte do Estado, na continuidade da destruição dos direitos sociais no Brasil, com foco na área da saúde, em sintonia com as contrarreformas impostas à classe trabalhadora que vem sendo implantadas pelo governo de Michel Temer .

O BM coloca como principal defesa nesse relatório a intervenção governamental no campo social focalizada e mínima, porém no capítulo saúde atribui explicitamente ao SUS ineficiências inerentes aos gastos públicos, que gasta mais do que pode e, além disso, gasta mal.

Assim, as recomendações desse relatório é orientar cortes de gastos públicos e em especial, gastos sociais. Para uma análise minuciosa, é necessário se refletir: o governo brasileiro realmente gasta muito com saúde? O relatório no item 154, nas considerações do PIB, compara os gastos em saúde em nível nacional, explicitando que o Brasil gasta com saúde (relativo ao PIB) valores similares aos seus parceiros da OCDE, porém a maior parte desse gasto é realizado pelo setor privado, entretanto, os gastos públicos com a saúde, no Brasil corresponde a menos de 4% do PIB, em países da

Organização de Cooperação e Desenvolvimento - OECD, em média, é gasto com saúde cerca de 7% do PIB. Então não se pode comparar o Brasil com os países da OCDE, pois segundo Mendes & Carnut (2017) 80% dos gastos do PIB desses países são na esfera pública, sendo o contrario no caso brasileiro que concentra maior gasto no setor privado.

Pode-se concluir que teria condições de realizar cortes de gastos em saúde no Brasil, levando em consideração a extensão populacional brasileira? Entendemos que haveria espaço para aumentar. O relatório coloca como objetivo principal de sua mensagem no item 168: “O SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente” (BANCO MUNDIAL, 2017, p.118). Que há possibilidade de mudar o quadro dos atendimentos realizados pelo SUS, sem nenhum prejuízo aos serviços prestados, desde que se aumente o desempenho de vários municípios brasileiros (dependendo da localização e da população), “identificando onde os recursos estão sendo usados de maneira mais ineficientes, e buscar através de uma melhor gestão, onde seria possível melhorar” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 112). O foco do relatório é na ineficiência produtiva do SUS, onde a prioridade é na eficiência e nos cortes de gastos. Porém reconhece que a partir dos efeitos da EC 95, a despesa real com saúde irá diminuir nos próximos anos e, portanto, torna-se difícil qualquer possibilidade de falar em eficiência do gasto com uma queda dos gastos federais em relação ao PIB. Assim, os prejuízos acumulados nos próximos 20 anos para o SUS serão de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5% (MENDES & CARNUT, 2017, p.3).

O relatório também ressalta, a possibilidade de cortar gastos no setor da atenção primaria em 23%, tentando manter os mesmos níveis de resultado, o que segundo o BM, seria uma economia de R\$ 9,3 bilhões, e 34% nos serviços hospitalares, uma economia de R\$ 12, 7 bilhões. O relatório ainda conclui que se poderia “cortar R\$ 22 bilhões, ou 0,3 do PIB, no SUS sem nenhum dano aos resultados nos atendimentos da saúde” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 112). A

eficiência nessas direções está atrelada ao porte, tamanho do município, o número de leitos e tamanho dos hospitais.

A ampliação do número de hospitais públicos de pequeno porte é uma consequência do processo de descentralização do SUS, por meio do qual os municípios passaram a assumir responsabilidades na prestação de serviços de saúde, na maioria das vezes na ausência de qualquer estrutura assistencial pública (GIOVANELLA, 2017, p.05).

É importante destacar que muitos destes hospitais de pequeno porte no momento não se encontram cadastrados como hospitais, assim como, os municípios pequenos não estão recebendo o repasse de média complexidade, que correspondem aos atendimentos realizados. Contudo, é perceptível que o tema de regionalização e a relevância do nível estadual nesse processo, não aparecem no relatório. Suas diretrizes reconhece apenas a necessidade de uma maior integração do sistema e a coordenação entre os níveis primário, secundário e terciário, recomendando a ampliação da atenção primária forte para chegar a alcançar maior eficiência.

Além dessas truculentas orientações, o BM ao desconhecer a realidade brasileira na atenção primária, recomenda uma ampliação dos procedimentos realizados pelos enfermeiros, orientando a substituição de médicos nesse setor, então destaca:

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

Já é uma prática da enfermagem na Estratégia Saúde da Família uma maior atuação da categoria, frente à ausência ou intermitência do médico em longos períodos sem médicos nas equipes. Outro ponto negativo para esta ampliação são as disputas corporativas, principalmente pelos médicos que não chegam a reconhecer que o Brasil apresenta uma escassez em médicos.

É preciso considerar que o relatório ao recomendar a abolição dos subsídios fiscais para seguros privados e despesas com a saúde, afirma que é necessário melhorar a integração entre o sistema público e privado de forma a evitar a duplicidade de esforços. A defesa dessas ideias privilegia os interesses financeiros e lucrativos do setor privado, uma estratégia mascarada de colocar que o privado se apresenta como a saída para a ineficiência do SUS.

Compreendemos que o relatório é técnico e político ao fazer proselitismo da agenda política do BM de Estado mínimo, focalização e seletividade para a política de saúde brasileira. O capítulo saúde do relatório, nega o desfinanciamento crônico do SUS e a tentativa de privatização, mas não é o que se mostra durante suas deliberações para política de saúde brasileira, compactuando e reforçando sucessivas contrarreformas que impedem a materialização do SUS 100% estatal. Os planos de saúde “populares” ou “acessíveis” representam a possibilidade de rentabilidade para o setor privado e um prejuízo incalculável no campo do direito à saúde, segundo Silva (2017) essa é a estratégia de um intelectual coletivo contemporâneo que representa o setor empresarial da saúde, o Instituto Coalisão Saúde – ICOS “Intitula-se uma associação cível e privada, de âmbito nacional e sem fins lucrativos. Tem como objetivo principal congregar e articular os princípios integrantes da cadeia produtiva privada da saúde” (SILVA, 2017, p.37).

Destarte, as empresas de planos de saúde de pequeno porte como a Federação Brasileira de Planos de Saúde (Febraplan), ameaçadas a perder o espaço para o grande setor empresarial a exemplo do ICOS, lançou um projeto com a ideia de um novo sistema de saúde para o Brasil em abril de 2018, onde visa que até 2038 metade da população seja obrigada a contratar um plano de saúde privado. Segundo o projeto, em 2038 apenas 50% da população terá acesso ao SUS, e o sistema seria privatizado. Apoiados nesse relatório do BM, colocam em sua proposta a desconstrução do SUS por meio de sua capacidade de financiamento, e segundo o deputado federal Amin (PP-SC), a outra justificativa está no fato do SUS ser “um projeto comunista e cristão”. Vemos a defesa truculenta baseada no neoconservadorismo que assola a

sociedade brasileira na contemporaneidade, vivemos tempos sombrios, que necessitarão de uma rearticulação do aparelhamento da sociedade civil na defesa dos direitos sociais e da saúde pública que passa por tempos tenebrosos.

Nesse sentido, as contrarreformas têm impactado brutalmente no financiamento e na estruturação do sistema de saúde, fragilizando a assistência à população, entretanto, faz-se necessário chamar a atenção também, que o enfrentamento a esse gasto tributário (renúncia fiscal) crescente, ou seja, sua redução deve ser acompanhada de mecanismos que garantam que a entrada de recursos deva ser destinada, de forma vinculada, ao Fundo Nacional com Saúde. Se isso se acontecer de forma contrária:

[...] sua diminuição nada garantirá que o governo federal transfira os recursos decorrentes para à área da saúde, de forma a ampliar os recursos do SUS, principalmente porque há anos (desde 1994) o governo federal vem se apropriando dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), atualizada pela EC 95, para assegurar o pagamento de juros da dívida, em respeito, à política de manutenção do superávit primário (até 2014) e corte dos gastos das políticas de direitos sociais, como a saúde. (MENDES & CARNUT, 2017, p. 2).

Esses planos fazem parte das orientações do BM. Nesse sentido, as contrarreformas têm impactado brutalmente no financiamento e na estruturação do sistema de saúde, fragilizando a assistência à população, bem como têm estimulado a expansão do setor privado. O atual governo de Michel Temer de ideário neoliberal, vem cumprindo a risca tais orientações, um ataque brutal a seguridade social, em parceria com a bancada conservadora do Congresso Nacional atacam levemente os direitos sociais dos trabalhadores e a política de saúde.

Vale destacar aqui a greve dos caminhoneiros no Brasil em 2018, também chamada de Crise do Diesel, uma paralisação de caminhoneiros autônomos com extensão nacional iniciada no dia 21 de maio. Os grevistas se manifestaram contra os reajustes frequentes e sem previsibilidade mínima nos preços dos combustíveis, principalmente do óleo diesel, realizados pela estatal Petrobras com frequência diária, pelo fim da cobrança de pedágio por eixo suspenso significou, a paralisação e os bloqueios de rodovias em 24 estados e

no Distrito Federal, causaram a indisponibilidade de alimentos e remédios ao redor do país, escassez e alta de preços da gasolina, com longas filas para abastecer.

O movimento não recebeu apoio das centrais sindicais, ditos por elas parecer confuso, apontado por muitos analistas como locaute. Em uma mescla e caráter heterogêneo da greve, por pedidos de intervenção militar e outros contra a corrupção em nome da defesa da democracia. Por falta de apoio da população, que não foram às ruas, mas em mais de 80% diziam apoiar segundo pesquisas, o movimento foi desarticulado pelo governo Temer, que usou da coerção militar para inibir os manifestantes e a proposta de redução de R\$ 46 centavos no diesel.

Esses R\$ 46 centavos custou muito caro para esses caminhoneiros e a população em geral, o maior ajuste fiscal da história do país é a resposta de Temer. O ataque foi diretamente às políticas sociais de educação e saúde, onde no dia seguinte o governo retira R\$ 135 milhões do SUS, que além desses cortes orçamentários o impacto também foi ampliado por redução na arrecadação, dado que o COFINS é um recurso importante e a diminuição do seu repasse se soma ao subfinanciamento crônico vivenciado pela área da saúde, que em outras palavras, colaboram com as atuais orientações do BM para o desmantelamento do SUS.

4. CONCLUSÃO

O referido artigo buscou analisar as influências do BM como intelectual coletivo e seu papel como instrumento de manutenção do status quo do sistema capitalista nos países periféricos como o Brasil, no processo de contrarreforma na política de saúde brasileira nos governos ditos neodesenvolvimentistas e seu acirramento no contexto contemporâneo com o governo neoliberal de Michel Temer. Em um cenário de ataques às políticas sociais, a política de saúde - que tem o segundo maior orçamento das políticas de seguridade social - tem sido uma das mais afetadas pelas orientações do BM, que detém 31% dos seus investimentos na área da saúde brasileira.

Nesse sentido, a política de saúde, no atual contexto brasileiro tem a tendência de avançar na privatização, focalização e ampliar a seletividade, restringindo-se a determinados segmentos da população como colocado pela Febraplan.

Entendemos, portanto, que se faz necessário lutar por um Estado democrático e promotor integral de políticas públicas, que devemos lutar pelo sistema de saúde gratuito e universal que ainda temos. É a partir do enfrentamento popular e articulação da classe trabalhadora nas ruas juntos aos movimentos sociais, nos fóruns de debates, que iremos conseguir a consolidação efetiva de nossos direitos e do nosso sistema de saúde, daí surge a importância da participação dos sujeitos políticos coletivos nas lutas e movimentos de resistência em prol da defesa da saúde e do SUS estatal e de qualidade para todos.

Contamos em âmbito nacional com a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e diversos fóruns regionais e municipais de defesa do SUS, como outras instituições de luta que integram esse enfrentamento, evidenciados em nosso estudo como sujeitos coletivos que visam fortalecer a construção de uma nova hegemonia, necessário à resistência contra a mercantilização e privatização da saúde.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos. Washington D.C., 2007.

_____. **Documento de Avaliação do Projeto sobre a Proposta de Empréstimo no Montante de U\$150 milhões para o Brasil para o Projeto de Modernização de Hospitais de Universidade Federal.** (Report No: 57789-BR) Washington D.C., 2011.

_____. **20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde.** Washington D.C., 2013.

_____. **Relatório Anual de 2016.** Washington D.C., 2016.

_____. **Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil.** Grupo Banco Mundial, 2017.

BEHRING, E.R. **Brasil em Contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BIANCHI, Álvaro. Revolução passiva e crise de hegemonia no Brasil contemporâneo. **Revista Outubro**, n. 28, abr. 2017.

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

CASTELO, R. A questão do neodesenvolvimentismo e as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 119, p. 583-591, jul./set. 2014.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: Mecanismo de Controle Social Frente às Condições dos Organismos Financeiros Internacionais. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

DEMIER, F. **Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

GIOVANELLA, Ligia. **Ajuste fiscal e injustiças em saúde** – Breve comentário ao relatório do Banco Mundial 2017 ‘Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil’ – Capítulo Saúde. 2018. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/699>> . Acesso em: 02 jan. 2018.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere, volume 2**. (Org.). Rio de Janeiro; Civilização Brasileira, 2000.

HARVEY, David. **Condição Pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo; Edições Loyola, 1992.

LIGUORI, Guido.; VOZA, Pasquale. **Dicionário Gramsciano (1926-1937)**. São Paulo: Boitempo, 2017.

MATTOS, MB. **Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2017.

MÉSZAROS, István. **Para Além do capital: Rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2005.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. **A saúde pública continua na mira do austero banco mundial**. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/saude-publica-continua-na-mira-do-austero-banco-mundial-por-aquillas-mendes-e-leonardo-carnut/32393>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Max**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PEREIRA, João Márcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

SILVA, A. X. A Contrarreforma na Política de Saúde e a Função dos Intelectuais Coletivos. In: SILVA, A.X. NOBREGA, M. B. MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. EDUEPB: Campina Grande, 2017. p. 23-51.