



7º Encontro Internacional de Política Social
14º Encontro Nacional de Política Social
Contrarreformas ou Revolução:
respostas ao capitalismo em crise
Vitória (ES, Brasil), 03- a 06 de junho de 2019

Eixo: Política Social e Estratégia de Desenvolvimento.

Inflexões da Política de Saúde brasileira e os intelectuais orgânicos

Resumo: O trabalho analisa as influências do Banco Mundial (BM) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) enquanto intelectuais orgânicos internacionais e instrumentos do capital imperial a países de economia dependente. 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. Desse modo, tece críticas aos relatórios produzidos por esses intelectuais no período do governo ilegítimo de cunho neoliberal ortodoxo de Michel Temer, priorizando pesquisa documental do relatório do BM intitulado *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil* publicado em 2017 e do relatório da OMS *30 anos de SUS, que SUS para 2030?*.

Palavras – Chave: Política de Saúde; Contrarreforma; Privatização.

Inflections of the Brazilian Health Policy and the organic intellectuals

Abstract: The article analyzes the influences of the World Bank (WB) and the World Health Organization (WHO) as international organics intellectuals and instruments of imperial capital over economically dependent countries. 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, it criticizes the reports produced by these intellectuals during the period of the Michel Temer's illegitimate orthodox neoliberal government, prioritizing documentary research of the WB report entitled *A Fair Adjustment: Analysis of efficiency and equity of public spending in Brazil* published in 2017 and WHO's report *30 years of SUS, which SUS by 2030?*

Keywords: Health Policy; Counter-Reformation; Privatization.

1. Introdução

O presente artigo analisa as influências do Banco Mundial (BM) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) como intelectuais orgânicos internacionais, instrumento dos países imperialistas na dominação dos países de economias de capitalismo dependente, a exemplo do Brasil. Destarte, é primordial desvelar como esse processo acelera a contrarreforma da política de saúde brasileira, através de um resgate ontológico analítico dos documentos formulados por esses intelectuais, demarcando o período do governo ilegítimo e de cunho neoliberal ortodoxo de Michel Temer.

Parte-se da categoria da universalidade para analisar o processo de dominação desses intelectuais coletivos a nível mundial, porém fazendo um recorte através das categorias da particularidade e singularidade para entender sua influência na realidade

contemporânea brasileira. Mediados por um percurso histórico analítico dos documentos formulados por esses intelectuais já antes da Constituição de 1988.

Comandado pelas potências mundiais em tempos de crise, esse trabalho analisa 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 e OMS, 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 durante o curto governo ilegítimo de Michel Temer.

Tais 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: 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, e o relatório da OMS *30 anos de SUS, que SUS para 2030?* publicado em agosto de 2018, ambos relatórios foram apresentados durante os governos neoliberal ortodoxo de Michel Temer.

O referente estudo levará em consideração as principais categorias usadas por Marx em seu método dialético, 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 procedimentos metodológicos 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 e OMS para a política de saúde brasileira durante o governo de Michel Temer.

2. A criação do BM e da OMS e suas orientações para a política de saúde brasileira nas décadas de 1990 e 2000

Antes de adentrarmos o cenário contemporâneo, é necessário realizar um processo ontológico sobre a gênese do BM e da OMS, para assim, apreender o protagonismo desses intelectuais e suas orientações para a política de saúde brasileira. Levantar alguns aspectos históricos sobre a crise estrutural do capital que faz parte da criação dos mesmos, e como esses intelectuais orgânicos ao capital vêm sendo usados como instrumentos balizadores dos países imperialistas para consolidação do capital monopolista nos países de capitalismo dependente a exemplo do Brasil. 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). Destarte, a OMS é criada oficialmente em 1946, mas só é implementada em 1948, onde produz os primeiros processos, regras e instituições para governança global em saúde. Almeida (2013), destaca que em 1948 a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) foi incorporada à OMS, sua função no início era de garantia e primazia com a saúde pública, porém, a partir de 1960, durante o início do processo de crise orgânica do capital, esse consenso passa a ser questionado com a crítica da baixa eficiência da saúde pública tradicional. O BM entra em disputa pela liderança setorial que culminou com sua vitória na arena internacional da saúde.

Nesse sentido, para Harvey (1992) a exaustão de padrão capitalista monopolista fundado no regime de acumulação rígida, que designa de fordista/keynesiano pra reproduzir-se e preservar-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. Mészáros (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. Mészáros 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.

Com a crise do Welfare State e seus mecanismos de funcionamento, colocam o Estado capitalista permeado por uma crise fiscal, na retração de gastos públicos e sua transferência para o capital privado. Bastos (2016) aponta uma ampla e profunda reorganização de suas bases de acumulação, operacionalizada a nível macropolítico global por intermédio dos organismos multilaterais como BM e OMS.

Destarte, Gramsci (2000) conceitua que os intelectuais organizam a cultura de forma a contribuir para o processo de formação da hegemonia em sociedades capitalistas, isto, não só na instância econômica e política, mas sobre a esfera também 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 acirramento da crise mundial 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). É nesse cenário de reformas 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.

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. 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 – PDRE¹ é a materialização dessas orientações colocadas nesse período.

Anos depois, o BM elabora outros documentos para orientar as políticas de saúde brasileira, tendo o país sob a liderança de governos ditos de uma política de governo neodesenvolvimentistas, como aponta Castelo (2014). Lula e Dilma, vinculados ao PT. Esses governos não abandonaram o receituário neoliberal por completo, chegando a ser analisado por alguns autores como marco de uma revolução passiva, advinda do conceito de Gramsci apresentada em seus Cadernos do Cárcere, da conciliação e consenso.

Abordando 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.

É 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

¹ Bresser Pereira dirige a equipe de formulação do Plano Diretor da Reforma 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).

elaborado projeto, que tem como objetivo a modernização do Hospital Universitário (HU), através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). “Pretendem 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 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 de 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 fortalecendo a necessidade das Parcerias Público Privado para gerir a saúde.

O BM intervém 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). Estabelece uma política com total viés neoliberal, os

intelectuais orgânicos 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 do BM e OMS para a política de saúde na contemporaneidade sob comando da ortodoxia neoliberal: o SUS sob ameaça

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 sociais 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 golpista 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 realizada pelo setor privado, entretanto, os gastos públicos com a saúde no Brasil correspondem a menos de 4% do PIB, em países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento - OCDE, 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 e Carnut (2017), 80% dos gastos do PIB desses países são na esfera pública, sendo o contrário 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), havendo 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 deletérios 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 e CARNUT, 2017, p.3).

O relatório também ressalta, a possibilidade de cortar gastos no setor da atenção primária 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. E 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

reconhecem 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 para 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 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 focado apenas na miserabilidade, 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 a 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 civil 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 prever 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 será privatizado. Apoiados no 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 e CARNUT, 2017, p. 2).

Esses planos fazem parte das orientações do BM, e recebem total apoio da OMS que classifica esse modelo como nova universalização da saúde. 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 governo golpista de Michel Temer, de ideário neoliberal ortodoxo, vem cumprindo a risca tais orientações, um ataque brutal a seguridade social, em parceria com a bancada conservadora do Congresso Nacional que atacam

levianamente os direitos sociais dos trabalhadores e coloca em cheque 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 Petrobrás com frequência diária, pelo fim da cobrança de pedágio, por eixo suspenso. 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 Michel Temer, que usou da coerção militar para inibir os manifestantes e a proposta de redução de R\$ 0,46 centavos no diesel.

Esses R\$ 0,46 centavos custaram muito caro para esses caminhoneiros e a população em geral, o maior ajuste fiscal da história do país é a resposta de Michel 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.

Em agosto de 2018, a OMS lança o documento *30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Um documento realizado em 12 capítulos que traz um balanço de pesquisas realizadas por esses intelectuais para a política de saúde brasileira. Essa pesquisa tem como foco a elaboração de uma agenda com alcance do SUS para 2030. O foco é na análise do subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela crise econômica e pela austeridade fiscal, na importância de se reforçar o enfoque da Medicina de Família e Comunidade, na melhoria e resolutividade dos serviços de saúde do SUS, a

incorporação de novas tecnologias fechando com a falácia da garantia dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, colocando a ideia de fortalecimento do SUS.

A OMS/OPAS convocaram 200 pessoas para responderem ao questionário de pesquisa com direcionamento em gestores do SUS e do setor privado, diferentes áreas da saúde pública, bem como do setor privado. Segundo o relatório, o questionário explorou as opiniões sobre os seguintes aspectos: direito a saúde, relações federativas, modelos de atenção à saúde, marcos legais do SUS e da judicialização, financiamento, e relação público privada (OMS/OPAS, 2018, p. 8).

Nas entrevistas, o relatório mostra que 64% das pessoas propuseram a regulação dos serviços ofertados pelo SUS, 51% associaram a resolução dos problemas ao Poder Judiciário para resolver os problemas do SUS, para 34 % trata-se do problema contemporâneo defendido pelos intelectuais BM/OMS associado a interesses econômicos. Como coloca o relatório, o setor privado de serviços de saúde tem tido um papel crescente na indução e incorporação de novas tecnologias, assim, reafirmam a importância das parcerias público privadas.

Apesar do objetivo claro na indução da captura do fundo público, esses intelectuais, OMS/OPAS, apresentam no referido relatório a importância de manter a Atenção Primária de Saúde (APS), e mostram também o avanço da Estratégia Saúde da Família (ESF) apontando a satisfação dos entrevistados ao qual falam bem dos serviços. Porém, o que corre a passos largos é a direção do BM em entregar esses setores às gestões das OS, o que irá acelerar ainda mais o desmanche do SUS.

A pesquisa sobre a gratuidade dos serviços do SUS é apontada no relatório em consonância com o atual relatório do BM, sua direção é de instituir a capacidade financeira dos usuários aos quais podem pagar pelos serviços de saúde, onde “os mais vulneráveis ficariam sob a responsabilidade do SUS” (OMS/OPAS, 2018, p 12). Esse pacto quebraria a garantia dos princípios da integralidade e universalidade, a sugestão sugerida pela OMS/OPAS é o fortalecimento de modelos solidários de financiamento e a regulação pública sobre o setor privado, que de acordo com esses intelectuais irá garantir o atendimento aos interesses da população. Destarte, comungam com um modelo de renovação da APS em consonância com essas diretrizes.

Identificamos outra semelhança com o último relatório do BM, o debate da ineficiência do SUS, a OMS/OPAS trazem no relatório a mesma ideia, colocando a culpa na gestão, defendem que os recursos hoje disponíveis dariam para cumprir plenamente os serviços ofertados pelo SUS. Assim:

Considera-se oportuno estudar as experiências de outros sistemas universais, que implementaram reformas para enfrentar os desafios da sustentabilidade financeira. Os casos da Itália e do Reino Unido possuem exemplos que podem ser úteis para o sistema brasileiro (OMS; OPAS, 2018, p. 14).

Os referidos intelectuais BM/OMS voltam a comparar o Brasil com países imperialistas, não levando em consideração a situação de dependência e suas particularidades, e comparando o que em outras palavras seria incomparável, tendo por base o percentual do PIB que é gasto na política de saúde dos países imperialistas, e o que é gasto com a política de saúde no Brasil. Também não fazem a análise de quanto é retirado do fundo público de saúde para pagamento de juros da dívida como apresentamos anteriormente.

4. Considerações finais

O artigo buscou analisar as influências do BM e da OMS como intelectuais orgânicos 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 curto governo neoliberal ortodoxo 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 e OMS, 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 e o ICOS.

Destarte, 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. Suas estratégias de enfrentamento tem tensionado tais orientações e impedido a efetivação integral destas.

5. Referências

ALMEIDA, Celia. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: A saúde no Brasil em 2030: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Vol. 1. NORONHA, J. C. PEREIRA, T. R. (Org.) Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

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.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BIANCHI, Álvaro. Revolução passiva e crise de hegemonia no Brasil contemporâneo. **Revista Outubro**, n.28. Abril, 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 Condicionais dos

Organismos Financeiros Internacionais. 2005. 343f. **Tese** (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

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: 02/01/2018.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere, volume 2.** (org.) Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. 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).** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 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-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/32393/>. Acesso em: 02/01/2018.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório 30 anos do SUS. Que SUS para 2030?.** Brasília-DF, 2018.

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: **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** SILVA, A.X. NOBREGA, M. B. MATIAS, T. S. C.(ORGs). EDUEPB: Campina Grande, 2017, p. 23 – 51.