



7º Encontro Internacional de Política Social 14º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao
capitalismo em crise

Vitória (ES, Brasil), 3 a 6 de junho de 2019

Eixo: Política social e estratégias de desenvolvimento.

A SAÚDE ENTRE O ESTADO E O MERCADO: AS RECOMENDAÇÕES DO BANCO MUNDIAL

Joseane Barbosa de Lima¹

Resumo

O presente texto configura uma análise sobre as orientações do Banco Mundial as políticas sociais dos países de capitalismo periférico, em especial a política de saúde. O artigo destaca o papel do Banco Mundial, e analisa alguns documentos publicados pelo referido organismo para orientar a condução da política de saúde.

Palavras-chave: Banco Mundial. Pobreza. Política de saúde.

Abstract

This paper presents an analysis of the World Bank guidelines on the social policies of countries with peripheral capitalism, especially health policy. The article highlights the role of the World Bank, and analyzes some documents published by that body to guide the conduct of health policy.

Keywords: World Bank. Poverty. Health policy.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo analisar as recomendações do Banco Mundial à política de saúde dos países de capitalismo periférico, donde se encontra o Brasil. Para alcançar o referido objetivo, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e a documental, a partir de um enfoque crítico dialético, procurando analisar o papel do Banco Mundial no contexto de mundialização do capital, e os caminhos da política de saúde brasileira nesse processo.

Parte-se do pressuposto de que o projeto universalizante do Sistema Único de Saúde, apesar das garantias constitucionais expressas na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90, tem encontrado dificuldades na sua concretização, pois se encontra na contramão da referida instituição internacional, bem como, dos interesses mercadológicos para a assistência à saúde.

Destaca-se que o Banco Mundial é a organização que formulou o conceito restritivo de pobreza adotado internacionalmente. Propõe, a partir de seus documentos, a adoção de políticas sociais focalizadas, voltadas para o ajuste fiscal e que configura um

¹ Assistente Social. Mestra e doutora em Serviço Social. Professora adjunta da Faculdade de Serviço Social – UFJF. E-mail: <info@enps.com.br>.

marco teórico do neoliberalismo. Uma política social compensatória que, tendo por alvo os pobres, retira o caráter da política social de caráter universal e de direito. Este organismo internacional foi o que teve proeminência mundial na política de saúde dos países por ele subsidiados.

Nesse sentido, este trabalho traz uma análise das recomendações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, a partir da reflexão das recomendações feitas pelo referido organismo a partir dos documentos elaborados especialmente para orientar os países de capitalismo periférico, e procura refletir a condição brasileira nesse processo.

1 O Banco Mundial e o discurso de combate a pobreza

O Banco Mundial foi criado para auxiliar na reconstrução e no desenvolvimento de territórios dos países membros atingidos pela destruição da guerra. Nasceu 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” (RIZZOTO, 2000, p.53).

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 infraestrutura, 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 (LICHTENSZTEJN E BAER, 1987, p. 174).

A ideologia desenvolvimentista do Banco Mundial estava vinculada à crença de que o desenvolvimento econômico resolveria naturalmente o problema da pobreza e tiraria os países subdesenvolvidos do atraso, elevando-os ao patamar de países desenvolvidos e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população se elevaria.

A realidade social, caracterizada por péssimas condições de vida de uma grande parte da população mundial, fez com que a partir dos anos 70 o Banco Mundial incorporasse ao seu perfil teórico e ideológico a satisfação das necessidades básicas e o combate à pobreza. Entretanto, embora o bem-estar da população passe a fazer parte das estratégias de promoção do desenvolvimento da citada instituição, com uma ênfase considerável à satisfação das necessidades básicas e ao combate à pobreza – pela própria diferença de acesso de bens entre ricos e pobres – fica condicionada à promoção do crescimento econômico (RIZZOTO, 2000).

Dessa maneira:

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 (LICHTENSZTEJN & BAER, 1987, p. 191)

A preocupação do Banco Mundial com as causas sociais neste período estão associadas ao cenário internacional como as crises cíclicas do capital² e as lutas por libertação, que agitaram vários países latino-americanos, africanos e asiáticos³. Os dirigentes do Banco Mundial, antes de McNamara, estavam mais preocupados em resolver problemas econômicos imediatos relacionados, especialmente, com os EUA do que em coordenar “uma instituição multilateral com uma visão estratégica internacional [...] com capacidade de adaptação para enfrentar os problemas no campo social que cresciam consideravelmente em nível mundial” (RIZZOTO, 2000, p.81).

A partir dessa direção, o Banco Mundial abandona a teoria de que a pobreza desapareceria naturalmente com a promoção do crescimento econômico e passa a defender uma intervenção direta, através de incentivos em setores como a saúde e a

² É parte da natureza do capitalismo como sistema mundial de produção ter crises cíclicas, com períodos de crescimento seguido por período de recessão, que pode assumir dimensão parcial ou geral. Sobre as crises cíclicas do capita ver Braz e Netto (2006).

³ 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.

educação “julgados capazes de aumentar o bem estar social e de ajudar na distribuição de renda” (RIZZOTO, 2000, p.82). A intervenção nos problemas sociais como a educação, a pobreza e a desnutrição, relacionando-os ao processo de desenvolvimento econômico, teve ascensão na “era McNamara”, o que possibilitou ao Banco Mundial ampliar seu leque de ações com argumentos convincentes, influenciando as decisões políticas dos governos dos países membros, em especial, os dependentes.

O amplo conhecimento sobre a realidade dos países daria ao Banco Mundial o respaldo que precisava. McNamara passou a promover estudos sobre diferentes setores da vida econômica e social dos países devedores. Assim, a partir dos anos 70, documentos intitulados como “estudos setoriais” foram produzidos e divulgados pelo Banco Mundial. A partir desses estudos, o referido Banco passou a publicar os documentos de política setorial, sendo o primeiro sobre “política setorial de saúde” publicado em 1975.

O controle da natalidade é apresentado como a principal estratégia para enfrentar os complexos problemas dos países subdesenvolvidos, pois o aumento da população é visto como um impedimento para o crescimento econômico e a principal causa do mal-estar que caracteriza as sociedades divididas em classes sociais.

As orientações do Banco Mundial começam a se mostrar contraditórias entre 1969 e 1988. Apesar de o discurso do “Combate a Pobreza” se fazer presente nos pronunciamentos de seus dirigentes, o total de recursos para a área social no período citado fora de apenas 14, 36%, ficando 34,86% para a infra-estrutura, 25,83% para a agricultura, 16,96% para a indústria e 8% para programas. (Lichtensztein & Baer, 1987).

A questão da saúde passou a ser abordada pelo Banco articulada aos problemas decorrentes do crescimento demográfico que tinha como consequência o crescimento da pobreza, empecilho ao desenvolvimento.

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 (BANCO MUNDIAL, 1975, p.19, tradução nossa).

De acordo com McNamara (1974), o progresso na área médica gerou um problema de “explosão demográfica” gerado pela queda drástica no número de mortalidades. Nesse sentido, apontavam-se três caminhos:

Primeiro – fazer que as nações em desenvolvimento saibam até que ponto um crescimento rápido da população atrasa seu desenvolvimento potencial e mostrar-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).

Acredita-se que o progresso social limita-se pelo excesso de nascimentos não desejados, o que provoca a desintegração econômica dos países. A solução para esse problema “catastrófico” estaria baseada no controle do nascimento, especialmente dos pobres, que tornaria o desenvolvimento econômico dos países em subdesenvolvimento mais dinâmico e a sociedade mais equitativa.

Portanto:

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).

As questões relacionadas à concentração da riqueza nas mãos de uma pequena parcela da população, condição fundamental da opressão de uma classe sobre outra, era reduzida a uma questão de incompetência administrativa e incapacidade técnica de controlar o nascimento de pobres indesejados. Por trás do discurso da explosão demográfica como conseqüente aumento da pobreza, há uma estratégia perversa de manter “as tendências gerais do processo de acumulação e os elevados padrões de consumo vigentes nos países centrais” (RIZZOTO, 2000, p.91). A ideia de desenvolvimento, apresentada nesse contexto, configura uma forma de dominação ideológica e cultural que expressa a relação entre países hegemônicos e países subordinados. O controle da natalidade das populações pobres aparece como condição essencial para a manutenção do bem-estar do capitalismo industrial, visto que surge

num momento em que o exército de reserva começa a ultrapassar os limites convenientes.

Apesar de a temática pobreza estar presente nos discursos do Banco Mundial, apontando a necessidade de estratégias eficazes para combatê-la, as alternativas apontadas por este Banco para promover o desenvolvimento dos países pobres estão voltadas aos empréstimos exorbitantes para a infraestrutura. Nas entrelinhas, encontra-se o antigo discurso de que a solução do problema da pobreza viria como decorrência natural do crescimento econômico, bastando acelerar o passo para atingir o *status* de grande nação.

Lichtensztein e Baer (1987) apresentam a hierarquia das áreas que fizeram parte da pauta do financiamento do Banco Mundial entre 1947 e 1970, desmistificando o discurso que enfatiza o alívio da pobreza e a satisfação das necessidades básicas, enfatizados pelos dirigentes do Banco. Conforme os autores supracitados, setores de infraestrutura (energia elétrica e transporte) representam 66,2% dos investimentos, totalizando um valor de 10.933 milhões de dólares; indústria 16,25%, um investimento de 2.265,7 milhões de dólares; agricultura 9,37%, totalizando 1.306,6 milhões de dólares; desenvolvimento geral 3,97%, o mesmo que 552,3 milhões de dólares; serviços sociais (educação, planificação da família e abastecimento de água) apenas 2,1%, um total de 552,3 de investimentos, e telecomunicações representam 2%, um total de 279,9.

Com a saída de McNamara da presidência do Banco Mundial, no início da década de 80, as questões relativas à pobreza foram esquecidas. Segundo Rizzoto (2000), 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, e assim poderia deixar de lado seu discurso ideológico e se preocupar com a expansão do modelo econômico da forma que desejavam:

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 (RIZZOTO, 2000, p.94).

Os resultados sociais da aplicação dos programas de ajuste do Banco Mundial e dos planos de estabilização do FMI para os países subdesenvolvidos são expressos pelo agravamento das condições de vida da população dos países subdesenvolvidos. Na década de 90, a América Latina apresenta um percentual de extrema pobreza, revertendo a tendência das três décadas do pós-guerra. Os estudos desta autora apontam que no período citado o grupo de “extremamente pobres” ou “indigentes” foi o que mais cresceu entre os pobres. Os efeitos das drásticas políticas de ajuste neoliberal acentuaram um número de pobres urbanos, deixando uma parcela significativa da classe média vulnerável (SOARES, 2002, p.49).

Ao agravamento da situação dos estratos de renda mais baixa, acrescentou-se como fenômeno digno de destaque, uma deterioração da qualidade de vida dos estratos médios urbanos, gerando uma ‘nova pobreza’. Houve uma ampliação das diferenças de acesso aos bens e serviços que satisfazem as necessidades básicas vinculadas à habitação, a seus serviços, à educação e à saúde. Em função de medidas de ‘reestruturação’ e ‘flexibilização’ do mercado de trabalho, constata-se, além da geração de desemprego aberto, a transferência de mão de obra de atividades de maior produtividade para outras de atividade e renda mais baixa, com aumento da informalização e da inserção em serviços precários (SOARES, 2002, p.51).

O quadro social em questão – resultante das políticas de ajuste – desencadeia o aumento da demanda por serviços sociais. Neste âmbito, a proposta neoliberal é de cortar ainda mais os gastos públicos, agravando a situação da alocação dos poucos recursos destinados para as políticas sociais. Nesse sentido, as propostas de “reformas” no âmbito social provocam processos de desmontes nos aparatos públicos de proteção social, evidenciados quando se analisa certos avanços conquistados em alguns países no que se refere à política de Seguridade Social e o acesso à serviços públicos básicos. As estratégias de focalização das políticas sociais, por destinar-se com exclusividade à população pobre, tornam-se extremamente complicadas na medida em que os pobres constituem a grande maioria, senão a totalidade da demanda para os serviços sociais básicos (SOARES, 2002).

O Banco Mundial através da imposição de condições de empréstimos para os países subdesenvolvidos tem estimulado a privatização de serviços sociais básicos como saúde e educação, assegurando-lhes as melhores condições para a reprodução do capital e agravando a má qualidade de vida dos estratos economicamente desfavorecidos (idem).

2 O Banco Mundial e a contrarreforma da política de saúde brasileira

O Banco Mundial desde 1975 apresenta diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde dos países por ele subsidiados, “tais como: a quebra da universalidade do atendimento a saúde, a priorização a atenção básica, a utilização da mão de obra desqualificada para os procedimentos de atenção a saúde e simplificação das mesmas, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres” (CORREIA, 2005, p.108). O eixo que norteia a proposta de reforma é de caráter econômico, no sentido de cortar os gastos com os serviços de saúde, utilizando como critério de avaliação a relação custo/benefício e transferindo para o mercado a responsabilidade de financiar e oferecer cuidados à saúde.

O primeiro documento que o Banco Mundial produziu sobre a saúde foi publicado em 1975, intitulado “*Salud: documento de política sectorial*” e prevê a participação das instituições não governamentais: “as instituições políticas, sociais ou religiosas locais que poderão criar oportunidades para exercer este tipo de vigilância, de identificação de enfermidades, das condições de saúde da comunidade”. Na análise de Correia (2005), o documento prenuncia a figura do “trabalhador de saúde comunitário”, que deverá viver na comunidade a que serve e assim se integrar na sociedade local de modo que possa identificar as enfermidades e assim evitar que os pacientes iniciem os contatos no posto de saúde. Para o Banco Mundial 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 (BANCO MUNDIAL, 1975).

A centralidade das orientações do BM nas políticas de saúde em nível internacional aconteceu com a publicação do “*Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo em Saúde*” que apresenta um diagnóstico geral sobre a saúde em nível mundial, destacando a realidade dos países “em desenvolvimento”, e propondo 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. Conforme Correia (2005) o eixo dessas propostas têm seus fundamentos na política liberal em consonância com o recomendado

pelo Consenso de Washington⁴. Esses Relatórios do Desenvolvimento Mundial tratam de um tema específico relacionado ao desenvolvimento, e são publicados anualmente. A escolha do tema da saúde para o relatório de 1993 reflete a importância desta área no interior do Banco.

Rizzoto (2000, p.119-122) destaca os motivos que levaram o BM a ter interesse no setor saúde. Segundo esta autora, o fator que parece ter sido determinante está relacionado ao revigoramento do liberalismo, pois ao fazer a crítica contundente ao papel do Estado na intervenção nas políticas públicas, inclusive na saúde, poderia contribuir para o seu avanço. Outro motivo a ser destacado foi a necessidade do BM difundir uma face humanitarista diante do agravamento das condições de vida da maioria da população e do aumento da pobreza e da desigualdade social como resultado da implantação do ajuste estrutural nos países periféricos por ele condicionado. “A saúde começaria, então, a ganhar espaço nos discursos do Banco, passando a se constituir em importante instrumento para o alívio da pobreza”.

No entanto, conforme a autora citada, o motivo de maior relevância para o interesse do BM na área da saúde está relacionado ao fato desta área ter passado a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Além disso, o financiamento de projetos na área da saúde dava-se mediante a aceitação dos países devedores da condicionalidades⁵ de seguir as políticas definidas pelo BM nesta área, o que proporcionaria a sua legitimação em nível internacional como protagonista no campo da saúde, ao tempo em que os países devedores ficavam reféns do BM e da agenda de reformas por ele recomendada.

⁴Consenso de Washington é um conjunto de medidas - que se compõe de dez regras básicas (disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto, com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação (afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas) e direito à propriedade intelectual - formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras baseadas em Washington, como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentadas num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser "receitado" para promover o "ajustamento macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades. Disponível < [pt.wikipedia.org/wiki/Consenso de Washington](http://pt.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington)> Acesso: 08 de março de 2008.

⁵ As “condicionalidades” são as condições exigidas em termos de políticas econômicas que garantam aos credores internacionais o pagamento dos compromissos assumidos. Os recursos vão sendo liberados mediante o cumprimento dessas, que passam a moldar toda a política nacional. As exigências são em torno de um ajuste fiscal capaz de gerar superávits primários para garantir o pagamento da dívida.

O Relatório publicado em 1993 pelo BM, delimita a ação do Estado no âmbito da saúde ao definir as políticas governamentais a serem adotadas através da combinação de três estratégias - estas se constituem na agenda sanitária do Banco Mundial para os países por ele subsidiados. A primeira consiste em “criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde” através da adoção de “políticas de crescimento econômico que beneficiem os pobres”, a segunda consiste em “tornar mais criterioso o investimento público em saúde” através da: “redução dos 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; do financiamento e garantia da “implementação de um pacote de serviços clínicos essenciais [...] para dar aos pobres melhorias de bem-estar [...]” do aprimoramento da “administração dos serviços de saúde do governo mediante medidas como descentralização de responsabilidades, contratação de serviços especializados de terceiros e autonomia orçamentária” (BANCO MUNDIAL, 1993 p.18).

Assim, a forma de administrar os serviços de saúde financiados pelo governo e recomendado pelo Banco Mundial, prevê a descentralização de responsabilidades para instâncias não-governamentais, desresponsabilizando, pois, o Estado na execução desses serviços, reforçando, dentre outras medidas, a contratação de serviços de terceiros disponíveis no mercado. É essa descentralização da execução dos serviços de saúde para a sociedade civil, que tem conduzido as reformas nesse setor, implementadas na década de 90 nos países da América Latina (idem).

A terceira estratégia tende a facilitar a participação do setor privado na área da saúde, ela tem o objetivo de promover a diversificação e a concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde, mediante políticas que, segundo Correia: incentivem a previdência social ou privada; incentivem a concorrência entre os fornecedores (públicos e privados) na prestação de serviços clínicos [...] gerem e disseminem informações acerca de: desempenho dos prestadores de serviços, equipamentos e medicamentos essenciais, entre outros (BANCO MUNDIAL, 1993 , p.19).

Nesse sentido, o processo de mercantilização da saúde se insere na agenda de reforma sanitária do Banco Mundial. Nesta lógica mercantil, a rede privada se ocupa das áreas mais rentáveis, ou seja, os serviços de média e alta complexidade, enquanto as instituições públicas cumprem o papel de atender a população mais pobre.

É importante destacar, que as orientações do BM vão de encontro com o assegurado legalmente para a saúde na Constituição brasileira de 1988 e nas Leis Orgânicas resultando no tensionamento de dois projetos para a saúde na década de 90: um voltado para a consolidação de um sistema de saúde pública – SUS - defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, e o outro voltado para o mercado, que tem se constituído em uma contrarreforma, no sentido de perdas ao garantido na lei.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tendências expressas nos documentos do Banco Mundial para a política de saúde dos países de capitalismo periféricos induzem a um sistema de saúde que desconsidera os princípios de universalidade e integralidade, através de propostas de políticas seletivas, enfatizando o custo/benefício dos serviços, defendendo, para isso, a ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde e o papel do Estado apenas como regulador e financiador da política de saúde, quando repassa recursos para qualquer instituição prestar tais serviços. Sendo a atenção básica não muito interessante para o mercado, cabe ao Estado executá-la, enquanto as empresas capitalistas se ocupa da gestão e execução do serviços nas áreas mais rentáveis.

Diante do que foi analisado, destaca-se que as orientações dos organismos financeiros internacionais – Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional - tem funcionado como instrumento de reformas de países “em desenvolvimento”, e essas têm beneficiado apenas o setor privado. O projeto político que está por traz dessa reforma é o projeto de dominação do capital, que se instaura no Brasil com raízes profundas impondo, adaptando e elaborando metas administrativas para a reforma do Estado, a qual se tornou o lema dos anos 90, a partir da administração do presidente Fernando Collor de Mello, conquistando espaços concretos nas gestões de FHC e tendo continuidade na gestão dos governos petistas e seus sucessores. Assim, as perdas e desvantagens no âmbito social, acontecem em consequência das políticas de ajuste estrutural.

Destarte, apesar das bases legais em que se firma o projeto universalizante do SUS, há dificuldades na sua concretização, pois seu arcabouço legal vai de encontro com os interesses do projeto neoliberal expressos nas orientações dos organismos internacionais.

As orientações dos organismos financeiros internacionais à política de saúde para os países de capitalismo periférico propõe a privatização da área da saúde nas atividades mais rentáveis, ficando o restante a cargo do setor público. Neste sentido, cabe ao Estado a oferta de saúde pública destinada à população mais pobre através de gastos essenciais privilegiando a atenção primária, visando diminuir o gasto hospitalar e ampliar a participação da rede privada na oferta de serviços de saúde, especialmente, na parte lucrativa, de média e alta complexidade.

Nesse contexto, o tensionamento entre o projeto do capital e o projeto dos setores progressistas da sociedade tem desenhado a política de saúde brasileira. É importante destacar que existem resistências da sociedade civil organizada contra o projeto do capital, o que vem dificultando o repasse da gestão do SUS para setores não estatais. As resistências ao processo de privatização da saúde tem se dado por meio de conselhos e conferências a nível municipal, estadual e federal, que já deliberaram contra as formas de terceirização na saúde e em defesa do modelo de gestão já consagrado na legislação do SUS; e de forma mais incisiva, através da sociedade civil organizada para combater e denunciar o favorecimento do Estado a privatização da saúde no livre mercado, e por dentro do SUS. As organizações da sociedade civil - em defesa do SUS - mais expressivas no momento são: os fóruns de saúde que já somam 16 em todo o Brasil, e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos partidos políticos e projetos universitários.

Referências

BANCO MUNDIAL. **Health**: Sector Policy Paper. Washington D.C., 1975.

_____. **Informe Sobre El Desarrollo Mundial 1993**: Invertir en salud. Washington D.C., 1993.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

LICHTENSZTEJN, Samuel., BAER, Monica. **Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial: estratégias e políticas do poder financeiro.** Tradução Nathan Giraldi. São Paulo: Braziliense, 1987.

LIMA, Joseane Barbosa. **As orientações dos Organismos Financeiros Internacionais a política de saúde brasileira no contexto da financeirização do capital.** Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Alagoas, 2011.

MCNAMARA, Robert S. **Cem Países: dois bilhões de seres: a dimensão do desenvolvimento.** Rio de Janeiro: FGV, Serv. De publicações, 1974.

RIZZOTO, Maria Lúcia F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Coleção Questões da nossa época, v. 78).