

O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI

The World Bank and the Brazilian National Health System in the beginning of the 21st century

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Departamento de Saúde Coletiva. Cascavel, PR, Brasil.

E-mail: frizon@terra.com.br

Gastão Wagner de Sousa Campos

Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Medicina. Campinas, SP, Brasil.

E-mail: gastaowagner@mpc.com.br

Resumo

Este ensaio tem o objetivo de atualizar as discussões sobre a perspectiva política e o papel desempenhado pelo Banco Mundial na elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil, procurando identificar continuidades e mudanças no modo de agir dessa instituição e sugerir hipóteses sobre as estratégias de ação neste início de século. Para isso, analisam-se dois documentos, um de 2007 e outro de 2013, publicados por essa instituição, e levantam-se dados sobre projetos financiados pelo Banco no período de 2000 a 2015 no Brasil, com destaque para o setor de saúde. Conclui-se que os mecanismos tradicionais de intervenção não se alteraram em relação aos utilizados nas décadas de 1980 e 1990, tampouco mudaram os princípios orientadores: o que se observa é um deslocamento das ações do Banco da esfera nacional para as esferas estadual e municipal. Aponta-se a necessidade de estudos específicos dos contratos firmados entre o Banco e os governos subnacionais, uma vez que o modelo federativo brasileiro e o próprio sistema nacional de saúde permitem implementar mecanismos de gestão descentralizados que podem alterar a configuração do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento; Reforma dos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Direito à Saúde.

Correspondência

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Rua Visconde do Rio Branco, 1861, apto. 32. Cascavel, PR, Brasil.

CEP 85802-190.

Abstract

This essay has the aim of updating discussions on the political perspective and the role played by the World Bank in the development of public health policies in Brazil, seeking to identify continuities and changes in the way this institution acts and suggest hypotheses about action strategies in this new century. To do this, we analyzed a 2007 and a 2013 document published by that institution, and gather data on projects funded by the World Bank from 2000 to 2015 in Brazil, with emphasis on the healthcare industry. We concluded that the traditional mechanisms of action have not changed from those used in the 1980s and 1990s, as well as the guiding principles; what we observed is that the World Bank's actions have shifted from the national level to the state and municipal level. We indicate the need for specific studies of the agreements between the Bank and subnational governments, since the Brazilian federative model and the national health system itself allow implementing decentralized management mechanisms that can alter the setting of the Unified Health System.

Keywords: Inter-American Development Bank; Health Care Reform; Brazilian National Health System; Right to Health.

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o Banco Mundial tem demonstrado interesse no setor de saúde brasileiro, especialmente no que se refere às responsabilidades do Estado e à gestão pública. Interesse evidenciado pelo volume de publicações e de contratos de empréstimos estabelecidos com diferentes âmbitos da administração pública que visam interferir na dinâmica desse setor nacional (Rizzotto, 2012).

Três aspectos merecem ser considerados nas análises da relação do Banco com o campo da saúde brasileira: a garantia do direito universal à saúde, a forma de gerir essa política pública e o potencial que esse setor apresenta para a acumulação do capital. São aspectos que se encontram intrinsecamente relacionados, evidenciando a dinâmica de intervenção do Banco, bem como sua intencionalidade.

O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco. Para esse pensamento, a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo; a intervenção do Estado deveria ocorrer apenas para regular a oferta e garantir “mínimos essenciais”, organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado. A noção de mínimos essenciais provém da Teoria de Justiça de John Rawls, uma variante do pensamento liberal que atribui ao Estado (mínimo) a promoção da justiça social por meio de políticas que visam reduzir as desigualdades e estabelecer certa equidade social (Rizzotto; Bortoloto, 2011). O Banco atualiza o ideário liberal incorporando conceitos do campo progressista, como a noção de equidade, modificando-os semanticamente e reduzindo ao campo do possível liberal projetos históricos do movimento sanitário, como o caso da cobertura universal versus sistema universal que discutiremos logo adiante.

Laurel (2014) analisa como a saúde tem se convertido em estratégia de acumulação capitalista, por meio da oferta de seguros privados de saúde, da gestão

privada de fundos públicos e da incorporação plena da ciência ao capital no complexo médico-hospitalar-farmacêutico, ao mesmo tempo que examina a luta de governos progressistas da América Latina pela inclusão da saúde no âmbito público e como direito universal, tendo em vista as contradições existentes entre acumulação e legitimação da ordem social.

Pode-se afirmar que a saúde tem se transformado em um espaço de luta política e ideológica. Nesse aspecto, o movimento sanitário brasileiro tem acumulado derrotas no legislativo, na disputa pelo fundo público e na própria implementação das diretrizes organizativas do sistema (Mendes, 2014). Cita-se como exemplos o movimento “saúde + 10”, que lutava por 10% da Receita Corrente Bruta de recursos federais, mas o que se aprovou foram porcentagens da Receita Corrente Líquida (EC 86/2015); a aprovação da entrada do capital estrangeiro na área da saúde (Lei 13.097/2015); e o incentivo para a ampliação do consumo de planos de saúde coletivos (PEC 451/2014). No entanto, apesar das dificuldades enfrentadas e dos ataques sofridos, “ainda está viva a vocação do SUS de ser um direito do cidadão e um dever do Estado” (Marques; Mendes, 2014, p. 290). Isso porque, em alguma medida, o direito à saúde já foi incorporado subjetivamente pela sociedade brasileira e o movimento sanitário permanece vivo e atuante em várias frentes de defesa do SUS.

O fato de o Brasil ter garantido constitucionalmente assistência integral à saúde para todos como responsabilidade do Estado recebeu já no início do processo de implementação do SUS fortes críticas do Banco Mundial (Banco Mundial, 1991, 1995). A questão central nunca foi saber se o Brasil poderia ou não arcar com os custos do sistema, mas pela oposição de raiz entre o pensamento liberal e a implementação de sistemas de saúde públicos universais. Para o liberalismo, é inadmissível o alijamento do mercado em qualquer setor da vida social, como pretendia o movimento sanitário brasileiro quando da criação do SUS. Neste sentido, nos anos de 1990, o Banco defendeu a revisão da premissa constitucional que atribui um papel de complementaridade ao setor privado no âmbito do sistema e sugeriu que o Brasil realizasse reformas que favorecessem maior participação do setor privado na oferta de serviços de saúde (Rizzotto, 2012). Para

o Banco, o setor público deve ser responsável pelas tarefas de regulamentação, promoção e educação em saúde, além do financiamento; já a prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de realizá-los mais eficientemente, uma vez que o setor privado é mais criativo, mais eficiente e oferece serviços de melhor qualidade, além de ser “comprovadamente superior aos serviços públicos disponíveis” (Banco Mundial, 1991, p. 119). Esses argumentos encontram justificção no programa liberal de reinvenção do governo e reengenharia do Estado que incorpora as regras da cultura organizacional das empresas privadas nas instituições públicas (Osborne; Gaebler, 1994; Almeida, 1999).

No Brasil, na década de 1990, a intervenção do Banco no setor de saúde se deu de forma sistemática e concomitante à adesão do governo federal ao projeto neoliberal, baseado nas diretrizes do Consenso de Washington. Atualmente, apesar de menos visível, o Banco não abdicou de oferecer “recomendações” para reformar o nosso sistema de saúde, orientadas pelos mesmos pressupostos pró-mercado (Rizzotto, 2012, 2014).

Dentre as diretrizes do SUS, a descentralização inicialmente recebeu apoio do Banco, que a associava à noção de privatização, ao funcionamento descentralizado do mercado e ao deslocamento do poder do nível central para as instâncias subnacionais, o que resultaria em maior autonomia gerencial e na possibilidade de atribuição de responsabilidades (*accountability*) aos gestores desses níveis. Arretche (1997) discute a descentralização como um mito das reformas do Estado desse período, que supostamente se constituiria em mecanismo de democratização e eficiência das políticas públicas.

Mas, como o processo de descentralização resultou em uma municipalização do sistema e certo alijamento dos estados federados da gestão do SUS, o Banco passou a fazer ressalvas pelo suposto equívoco também neste aspecto da reforma sanitária brasileira, alegando que a descentralização teria sido demasiada, com pequeno grau de privatização da prestação de assistência e tendência de universalização do acesso, o que teria representado uma enorme sobrecarga, muito além da capacidade financeira do País (Rizzotto, 2012).

Neste trabalho busca-se atualizar as discussões sobre a perspectiva política e o papel desempenha-

do pelo Banco Mundial na elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil, procurando identificar continuidades e mudanças no modo de agir dessa instituição e sugerir hipóteses sobre as estratégias de ação neste início de século.

Para isso, num primeiro momento analisam-se dois documentos do Banco sobre a saúde brasileira, um de 2007, intitulado “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro – fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos”, e outro, de 2013, com o título “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde”. Na sequência apresentam-se dados sobre os projetos co-financiados pelo Banco de 2000 a 2015 que indicam possíveis mudanças de estratégias do Banco para intervir na dinâmica do setor de saúde brasileiro.

A avaliação do Banco Mundial sobre o Sistema Único de Saúde neste início de século

Entre as formas de atuação do Banco Mundial está a produção e divulgação de documentos que refletem a visão da instituição sobre os setores de interesse, acompanhados de “recomendações” que, via de regra, visam redirecionar o setor para uma melhor adequação à lógica liberal de mercado. No início da década de 1990, afirmava que os estudos tinham como objetivos “contribuir para aprofundar o conhecimento sobre este setor nacional” e “apresentar sugestões para o enfrentamento dos desafios do sistema de saúde brasileiro nas próximas décadas” (Banco Mundial, 1991, p. 1,20). Passados mais de vinte anos, os objetivos seguem praticamente os mesmos, pois o documento de 2007 apresenta como objetivos pesquisar e descrever como se alocam recursos públicos; avaliar como os recursos transferidos para os estados e municípios são utilizados; coletar evidências de atrasos e defasagens na execução orçamentária; e “oferecer um conjunto de *recomendações para políticas* visando melhorar a eficiência na gestão de recursos e na qualidade da atenção no SUS” (Banco Mundial, 2007, p. 2, grifos nossos). E, no documento de 2013, os objetivos

são “fornecer uma *avaliação objetiva e neutra* do desempenho do sistema e dos desafios futuros” e “*apresentar recomendações* baseadas no diagnóstico e em experiências de outros países com reformas similares” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 21-22, grifos nossos).

Invariavelmente, o interesse do Banco gira em torno da gestão do Estado, do financiamento e da relação com o mercado. O documento de 2007 tem como foco a “governança”, um modo de gestão do Estado que advém das teorias da gerência empresarial e do Estado *management*, que emergiu nas últimas décadas do século XX diante das crises dos estados de bem-estar e do crescente mal-estar social decorrente do fim do pacto keynesiano. Para Graña (2005), diferentes abordagens/interpretações se sucederam à retomada do conceito de governança, nas décadas de 1980 e 1990, quase sempre sugerindo se tratar de um processo de decisão horizontal a partir de negociações coletivas com o envolvimento de diferentes atores sociais (supostamente homogêneos), da adoção de mecanismos que prescindem da autoridade e sanção do Estado e do fim das fronteiras entre público e privado. De acordo com esse autor, o discurso da boa governança legitimou a intervenção do Banco Mundial nas políticas econômicas e sociais dos países tomadores de empréstimo e favoreceu a implementação das reformas neoliberais dos Estados nesse período, com renúncia da redistribuição de renda, privatização de serviços públicos e retorno do culto ao mercado.

No documento de 2007, o Banco Mundial adota o termo governança ou *accountability* como sendo um mecanismo capaz de “captar a responsabilidade dos atores e as consequências que serão enfrentadas por eles com base em seu desempenho” (Banco Mundial, 2007, p. 1). Com isso, a instituição prestadora de serviços de saúde, os gerentes e os trabalhadores poderiam ser responsabilizados pelo seu comportamento na gestão, no planejamento, no monitoramento e na administração dos recursos financeiros, “onde um desempenho ruim é sancionado e um bom desempenho é recompensado por promover qualidade e impacto” (Banco Mundial, 2007, p. 1). Para o Banco, a ausência de responsabilização, ou seja, de punição de gerentes e profissionais com baixo desempenho,

levaria a um sistema injusto que comprometeria a qualidade e o impacto das ações de saúde. A ideia de governança local, descentralizada, transfere para o espaço da micropolítica a responsabilidade pela atenção à saúde prestada à população, deixando intacta qualquer crítica à macropolítica, onde se define a alocação dos recursos públicos, até porque, para o Banco, o problema não está na falta de recursos, mas na sua má gestão.

A partir de uma amostra com seis estados, 17 municípios, 49 hospitais e 40 unidades de saúde, o Banco (2007) afirma que realizou um “amplo” diagnóstico sobre o setor de saúde brasileiro e apresenta uma série de recomendações. Em linhas gerais, o diagnóstico é negativo sobre todos os aspectos: o modelo de planejamento adotado é muito complexo e centralizado; a participação das estruturas do controle social é insuficiente, ineficaz e potencialmente contraproducente; os orçamentos são significativamente modificados durante a execução orçamentária; a gestão de suprimentos e medicamentos é fonte de malversação de recursos e desperdícios; a gestão de equipamentos e instalações é ineficiente tanto na aquisição como na manutenção; a gestão de pessoal é dificultada e distorcida pela legislação inflexível e pelas práticas gerenciais, pela falta de gestão e pela ausência completa de *accountability* dos gerentes; e a gestão da produção e qualidade está apenas engatinhando, ou seja, a gestão do sistema de saúde brasileiro é um fracasso.

Diante desse diagnóstico, recomenda: (1) sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamento, execução e informação, e orientá-los para o desempenho; (2) consolidar as transferências de recursos em categorias mais abrangentes e vincular qualquer aumento no financiamento à melhoria do desempenho, recompensando o bom desempenho e penalizando o inadequado; (3) Desenvolver e introduzir arranjos organizacionais que proporcionem autonomia e autoridade para a tomada de decisão e gestão de recursos; (4) fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial; e (5) aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização, como os contratos de gestão que induzam os administradores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis (Banco Mundial, 2007), ou seja, para o Banco, a solu-

ção dos problemas do setor estaria no microespaço e na adoção de procedimentos técnicos, e nunca em decisões de macropolítica.

O documento de 2013 (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013) apresenta um diagnóstico sobre a trajetória do SUS, tema amplamente abordado por pesquisadores brasileiros como Campos (2007), Paim et al. (2011), Santos, Santos e Borges (2013). Por isso, neste trabalho será destacado aquilo que o Banco considera como os desafios para que alcancemos os objetivos definidos na Constituição Federal de 1988, cujas “recomendações”, em nosso entendimento, se contrapõem ao SUS na medida em que distorcem princípios e propõe medidas que favorecem os interesses do capital e não a construção de um sistema público universal. Embora isso também não se constitua em novidade, uma vez que desde a criação do SUS o Banco vem reiteradamente afirmando sua posição contrária aos princípios constitucionais, como destacado em Parecer Técnico do Ministério da Saúde (Brasil, 1994), em estudos sobre o Banco (Almeida, 2002; Rizzotto, 2012; Lima, 2014) e por Carvalho (2013), que afirma:

É paradoxal que esses pontos críticos ainda são, de fato, críticos, em grande medida, pela ferrenha oposição que o Banco Mundial sempre fez ao SUS [...] é preciso advertir aos leitores jovens que, desde o final dos anos de 1980, o Banco Mundial sempre foi prejudicial à saúde brasileira (p. 1).

Em meio ao reconhecimento de alguns avanços, como a expansão da rede básica de atenção e a ampliação do acesso, a descentralização da prestação de serviços e a redução de disparidades regionais, o documento de 2013 centra no financiamento e na gestão do sistema. Deliberadamente deixou de fora os recursos humanos e fármacos, já que “essas áreas tiveram menos relevo na visão original de construção do SUS e porque elas têm um impacto menor nos resultados finais de interesse para a avaliação” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 18). Os temas considerados centrais pelo Banco se desdobram em análises críticas sobre o direito à saúde, a governança, a eficiência e a relação público/privado na oferta de serviços de saúde no Brasil.

Direito à saúde

De acordo com o Banco, o direito à saúde no Brasil teria sido operacionalizado por meio de dois princípios: a garantia legal de que qualquer pessoa tem direito a ser tratada gratuitamente no SUS e a expansão da rede pública de unidades e serviços de saúde. Mas, para o Banco, “nenhum desses dois princípios é uma condição necessária para garantir o direito à saúde, uma vez que os serviços de saúde não precisam ser gratuitos nem serem prestados por um sistema público para serem acessíveis” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 48). Argumenta que “em vários países, onde o direito à saúde é tido como garantido e universal, os serviços de saúde não são gratuitos (são subsidiados) e não são necessariamente prestados por um sistema público” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 48). E acrescenta que, como não foi definida uma lista de serviços abrangidos e, conseqüentemente, “fazendo crer que cobre todos os serviços de que um doente precisa, o SUS é, pelo menos no papel, mais generoso do que a maior parte dos países desenvolvidos e ricos que regulamentaram e definiram uma lista de serviços cobertos” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 48).

Para o Banco, países como o Reino Unido e Canadá “limitam ou priorizam a cobertura de certos procedimentos caros a casos em que o paciente irá, muito provavelmente, se beneficiar deles (segundo um princípio de custo-efetividade)” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 48). Analisa que “é improvável que um pacote de benefícios ilimitados possa ser aplicado de forma sustentada” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 48), o que teria gerado dois conflitos legais no Brasil: a obtenção de medicamentos e procedimentos por via judicial e a recusa das seguradoras de reembolsarem os custos dos serviços prestados pelo SUS aos seus segurados. A ausência de uma lista clara de serviços e bens cobertos teria permitido aos provedores expandir a oferta e o uso de novas tecnologias caras, resultando em uma fonte de ineficiências e de custos desnecessários, “já que o Brasil tem sido rápido a adotar novas tecnologias e as emprega de uma forma ineficiente” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 48).

Essa crítica ao direito universal e acesso integral à saúde reitera a posição do Banco de que o Brasil ousou demasiado ao criar o SUS, e aponta para so-

luções que restringem o acesso e reduzem o direito. A defesa do uso da relação custo-efetividade como parâmetro para a alocação de recursos e a oferta limitada de serviços de saúde se alia à ideia de “cobertura universal”, conceito adotado por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o próprio Banco, conforme notícia veiculada pelo coordenador de operações do Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial no Brasil: “Na área de saúde, há hoje um movimento amplo e crescente nos países em desenvolvimento, que tem buscado as reformas necessárias para se atingir cobertura universal de saúde para seus cidadãos. *O Banco Mundial está completamente alinhado com este movimento*” (Lindelow, 2013, p. 1, grifos nossos).

A cobertura universal é uma proposta da Organização das Nações Unidas (ONU), expressa na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015, que dá sequência aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e se refere à garantia de um conjunto limitado de serviços que pode ser oferecido pelo mercado e comprado pelos Estados. Essa proposta é absolutamente distinta de sistemas universais como o SUS, onde os serviços são de natureza pública e de acesso igualitário, integral e gratuito para todos. A ideia de cobertura universal vem sendo duramente criticada e denunciada por organismos de integração regional, comunidades de intelectuais, movimentos sociais, entidades da reforma sanitária brasileira e latino-americana e por governos progressistas (Cebes, 2014; Moreno; Nascimento, 2014; Lima, 2014).

Ainda sobre o direito à saúde, a análise do banco (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 58) é de que o princípio da universalidade, pedra fundamental do SUS, “está longe de ter sido cumprido”, e que “evidências mais recentes sugerem que a dependência do SUS aumentou na última década [...], essas diferenças podem, ao menos parcialmente, resultar da forma como as perguntas foram realizadas?” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 58). Neste caso, problemas metodológicos das pesquisas estariam “obscurecendo” a realidade, pois há “outras evidências que sugerem que as pessoas recorrem a uma seleção livre (*pick-and-choose*), dependendo do tipo de serviço necessário e das circunstâncias”

(Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 58). Conclui que “ainda que o SUS seja usado pela maior parte dos brasileiros em algum momento, o aparente declínio no percentual de quem utiliza o sistema como sua fonte habitual de cuidados é significativo” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 58).

O crescimento do setor privado complementar no Brasil de fato cresceu muito nas últimas décadas. Isso, no entanto, não significa que mesmo os usuários dos planos privados não utilizem o SUS, sobretudo quando necessitam de atendimento de alta complexidade, nível de atenção geralmente não coberto pelos planos populares, uma vez que os com melhor cobertura são praticamente impossíveis de serem comprados e/ou mantidos pelos trabalhadores, que ao se aposentarem são excluídos dos planos empresariais e invariavelmente retornam ao sistema público.

Governança

Nesse horizonte que tende a pensar a tomada de decisão (sempre um processo político) como um ato de gestão, neutralizando a influência da dinâmica política e remetendo-a à qualidade dos meios organizacionais e técnicos (descentralização, gestão e avaliação), a noção de governança é central, pois “induz e reproduz melhores práticas, para garantir aos gestores a tomada de decisão mais adequada à gestão e aos princípios constitucionais do SUS” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 4). A governança, na perspectiva do Banco, estaria ainda relacionada com: (1) o estabelecimento do direito à saúde e suas consequências; (2) as instâncias de coordenação e financiamento em todos os níveis de governo; (3) a participação e a capacidade de influência da sociedade; (4) o relacionamento entre compradores e provedores de serviços de saúde, ou seja,

governança diz respeito ao gerenciamento do relacionamento entre as várias partes envolvidas na saúde, incluindo indivíduos, famílias, comunidades, firmas, níveis de governo, organizações não governamentais, empresas privadas e outras entidades que tenham a responsabilidade de finan-

ciar, monitorar, prestar e usar serviços de saúde (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 4).

Essa noção de governança, aparentemente democrática, subtrai dos governos e do próprio Estado o poder e o dever para definir e garantir as políticas sociais, e desconsidera os interesses antagônicos em uma sociedade de classes e o poder de pressão que cada grupo exerce sobre os agentes estatais e sobre o uso dos fundos públicos. Parte do princípio de que ao Estado cabe, fundamentalmente, o papel de condutor dos processos de negociação e regulador da oferta de serviços públicos, como a saúde, sem, necessariamente, ser responsável por essa oferta e nem mesmo pelo seu financiamento integral.

Segundo o Banco, a governança é um problema crucial no SUS em todos os níveis de governo, pela baixa capacidade local para gerenciar responsabilidades descentralizadas, pela falta de inovação nos modelos organizacionais e de gestão que corrijam as distorções atuais, adotando métodos de pagamento que ofereçam incentivos para que os provedores melhorem o desempenho, aumentando a eficácia no uso dos recursos disponíveis e melhorando o desempenho do SUS “no contexto de um sistema de financiamento factível e sustentável” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 12). Ainda, para o Banco, no caso dos provedores públicos,

a reforma do sistema de pagamentos poderia vir acompanhada de medidas de reforço da autonomia financeira e administrativa dos hospitais associado a sistemas robustos de monitoramento e avaliação, para que os incentivos relacionados com os pagamentos resultem em impacto no desempenho (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 12).

A introdução no espaço público da administração gerencial, própria da empresa capitalista, efetivada por meio de contratos de gestão, autonomia administrativa e financeira, baseada no cumprimento de metas pré-definidas e na recompensa por resultados alcançados, não se constitui em novidade nas prescrições do Banco. Essa noção foi largamente difundida e imposta nas reformas dos Estados periféricos

no bojo dos contratos de ajuste estrutural, a exemplo da reforma do aparelho do Estado levada a cabo durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, na década de 1990 (Pimenta, 1998; Rizzotto, 2012).

Ainda no documento de 2013, retoma a defesa da privatização do setor, destacando “o pioneirismo de São Paulo ao contratar organizações privadas sem fins lucrativos (Organizações Sociais) para a gestão de unidades de saúde” (p. 5) e do Rio de Janeiro, que “está agora utilizando uma abordagem semelhante para a atenção primária e muitos outros estados e municípios estão seguindo o mesmo caminho” (p. 108). Ressalta que em outras partes do Brasil observa-se um aumento de experiências com parcerias público-privadas, tanto na construção como no gerenciamento de unidades públicas. Analisa que “as inovações nos modelos organizacionais, tanto no pagamento dos serviços a provedores quanto nas modalidades de contratação, são ainda limitadas, mesmo ganhando impulso e qualidade nos anos recentes” por meio das Organizações Sociais (OS), das Parcerias Público-Privada (PPP) e das Fundações Públicas (FP) (Gagnolati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 10). Embora essas modalidades de gestão não sejam exclusivas das instâncias subnacionais, é nessas instâncias que mais rapidamente são adotadas, dada a menor visibilidade midiática que ganham e a menor resistência que recebem por parte dos trabalhadores.

Eficiência

Eficiência e financiamento são duas faces de uma mesma moeda, pois eficiência é compreendida como a relação entre insumos e produtos, ou seja, entre gastos e resultados. Para o Banco, um sistema de saúde eficiente seria aquele que produz mais com um mesmo nível de gastos. Admite ser difícil determinar a eficiência do sistema em nível macro, por isso as avaliações de eficiência tendem a focar em elos específicos da cadeia, como a **eficiência alocativa** (destinação adequada de recursos a programas ou intervenções) e **eficiência técnica** (maior volume de serviços por insumos disponíveis) (Gagnolati; Lindelow; Couttolenc, 2013).

De acordo com o Banco, esperava-se que a construção do SUS melhorasse a eficiência do sistema de saúde por meio de medidas de integração e coordenação,

ênfase na atenção primária, reforma do sistema de pagamento e fortalecimento da governança e da responsabilização. No entanto, essas reformas teriam sido só parcialmente implementadas, sendo pequenos os ganhos, mesmo com a ampliação da atenção primária. Analisa que países semelhantes ao Brasil alcançaram melhores resultados na saúde com níveis de gastos comparáveis ou inferiores. Os principais fatores que estariam contribuindo para a ineficiência do nosso sistema seriam a ausência de uma lista clara de serviços e bens cobertos, a pequena escala das operações, o uso elevado de recursos humanos, a baixa utilização da capacidade instalada, além do modelo de gestão e dos mecanismos de pagamento (Gagnolati; Lindelow; Couttolenc, 2013), ou seja, continuamos ineficientes porque não seguimos integralmente as “recomendações” recebidas na década de 1990: não limitamos legalmente o acesso e mantivemos o direito à saúde; não conseguimos organizar descentralizadamente o sistema; não punimos exemplarmente os maus gestores; não constituímos equipes de atenção básica apenas com trabalhadores com pouca formação; não introduzimos os mecanismos da administração gerencial como a recompensa/punição; e não instituímos o copagamento.

Para o Banco, apesar da pressão constante da área da saúde por mais financiamento público, a questão central é se isso seria mesmo necessário, uma vez que “o relatório afirmou de *forma inequívoca*” (Gagnolati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 110, grifos nossos) que a falta de recursos e materiais não é o fator impeditivo de uma melhoria no acesso e na qualidade. E embora o debate sobre o subfinanciamento tenha começado antes da criação do SUS, “infelizmente não existe nenhuma forma *clara e científica* de determinar isso” (Gagnolati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 110, grifos nossos).

Para o Banco, o sistema de saúde brasileiro poderia produzir mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente, reduzisse desperdícios, não fizesse uma má utilização de fundos e fizesse uma melhor priorização na alocação dos gastos governamentais, ofertando serviços mais eficientes em termos de custo. Conclui dizendo que “não há soluções simples para estas questões mas, sim, uma vasta experiência

internacional a que o Brasil pode recorrer” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 13). No entanto, admite que “a parcela de financiamento público do total de gastos médicos permanece, comparativamente, menor no Brasil do que nos países da OCDE e em muitos países de renda média” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 4), mas, antes de aumentar o financiamento do SUS, bandeira do movimento sanitário, deveríamos arrumar a casa e explorar as possibilidades de gestão que oferece como “recomendações” para esse setor nacional.

Relação público-privado

Nos documentos analisados, diferente do temor presente no início dos anos 1990, quando parecia real a possibilidade de instituímos aqui um sistema público onde a iniciativa privada teria um papel complementar ao SUS, o Banco apresenta certa tranquilidade diante dos números amplamente favoráveis ao setor privado, sobretudo no âmbito hospitalar e na saúde suplementar. Os dados sobre o aumento dos planos e seguros privados, sobre a hegemonia da oferta de serviços ambulatoriais pelo setor privado e o predomínio dos leitos hospitalares privados parece que tranquilizaram a instituição. Segundo o Banco, o papel do setor privado foi intensamente debatido às vésperas da nova Constituição, e no final definiu-se o papel complementar para esse setor. “Havia uma nítida política de favorecimento da expansão do setor público, em detrimento da contratação de provedores privados” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 34), e “previa-se que, a partir da implantação do sistema, haveria uma queda gradual e natural de importância do sistema de saúde privado (‘suplementar’) em relação ao sistema público” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 4). Entretanto, passadas mais de duas décadas, observa-se que “esta expectativa não se confirmou” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 4). Corretamente, conclui afirmando que problemas de acesso e de qualidade estão contribuindo para a demanda contínua por planos privados de saúde, o que “está minando as metas de universalidade e equidade” (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 122).

Apesar de reconhecer que existe um marco regulador proporcionado pelo SUS, avalia que “a coordenação entre os dois setores permanece muito deficiente e as inconsistências entre a legislação básica do SUS – que confere um papel marginal ao setor privado – e a existência de um setor privado forte e dinâmico têm de ser harmonizadas”, sendo “imprescindível” solucionar a falta de integração e a definição clara de papéis entre o SUS e o setor privado (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013, p. 108).

Nesse aspecto há que se reconhecer que os governos brasileiros pós-SUS têm sido generosos com o setor privado e negligentes com o SUS, facilitando a expansão desse setor e induzindo a população ao consumo de planos de saúde com baixa cobertura (Bahia, 2001, 2009). Mas não é apenas na saúde suplementar que o setor privado avançou, os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), sobretudo os de alta incorporação tecnológica, estão majoritariamente no setor privado, que em alguns casos oferta mais de 90% desses serviços (Menicucci, 2007; Santos; Uga, Porto, 2008; Santos; Santos; Borges, 2013).

Antigas e novas estratégias de intervenção do Banco Mundial no setor de saúde nacional

Como se sabe, a partir da crise da dívida externa dos anos 1980, o Banco passou a financiar não apenas projetos específicos, mas priorizou os denominados Programas de Ajuste Estrutural e Projetos Setoriais mais abrangentes e, por isso, com maiores efeitos tanto no redirecionamento do padrão de desenvolvimento econômico, como nas reformas setoriais, o que de imediato deu maior visibilidade e politizou as intervenções do Banco (Melo; Costa, 1994; Pereira, 2014).

Foi por meio desse mecanismo de financiamento – projetos setoriais – e de suas condicionalidades que o Banco assumiu particular poder de intervenção na definição de políticas e sistemas nacionais de saúde em grande parte dos países periféricos. E o fez não como uma imposição de fora para dentro, mas por uma confluência de interesses dos governos de plan-

tão, de empresários e de pesquisadores desses países que comungavam da mesma perspectiva ideológica.

No caso do Brasil, com o intenso processo de descentralização que se realizou a partir da Constituição Federal, em que se transferiu o poder decisório sobre a definição e implementação de políticas para os municípios, o Banco também atualizou as suas estratégias de ação, deslocando o foco do governo federal para as esferas estaduais. Isso se evidencia em recente manifestação de representante do Banco Mundial no Brasil, “o Banco Mundial, ciente do seu papel, acompanha de perto a trajetória do SUS e tem apoiado projetos de desenvolvimento em quase todos os estados brasileiros” (Lindelov, 2013, p. 1).

Nos últimos 15 anos (2000-2015), o Banco Mundial financiou parcialmente 211 projetos no Brasil, isso porque todos os contratos, independentemente da modalidade, exigem uma contrapartida da instituição prestatária. Entre os projetos, 103 (48,81%) foram com algum estado da federação ou Distrito Federal, 66 (31,27%) foram contratos com o Governo Federal, 24 (11,37%) com fundações privadas e 17 (8,05%) com municípios. Conforme se observa na tabela 1, 23 dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal firmaram acordos de empréstimo com o Banco Mundial entre 2000 e 2015; apenas Rondônia, Roraima e Sergipe não realizaram nenhum acordo com o Banco nesse período. O Rio de Janeiro e São Paulo foram os que obtiveram o maior volume de recursos e a Bahia a maior quantidade de projetos aprovados. Minas Gerais e Rio Grande do Sul, embora tenham tido menos projetos aprovados, cinco e quatro, respectivamente, tiveram o volume de recursos alto (tabela 1) (World Bank, 2015).

Apenas a título de exemplo, o governo do estado do Paraná, como parte do acordo de empréstimo firmado com o Banco, criou a Fundação Estatal de Atenção em Saúde (Funeas-Paraná), transferindo a gestão da Secretaria Estadual de Saúde para uma Fundação Estatal de direito privado. O argumento é que, por meio dessa Fundação, buscou-se “instituir um novo modelo de gerenciamento da saúde” com possibilidade de “geração de fonte de recursos que não apenas do Estado” (Paraná, 2014, p. 1). Na prática, a fundação permite a flexibilização das re-

lações de trabalho, introduz os contratos de gestão, a gestão por metas de desempenho, o sistema de governança profissional e, em última instância, a desresponsabilização do estado para com a saúde da população.

Tabela 1 – Número e valor total dos projetos financiados pelo Banco Mundial, segundo os estados da federação e Distrito Federal, Brasil. 2000-2015

Estado/ Distrito Federal	N de projetos	Valor total em milhões US\$
Rio de Janeiro	12	2.838,60
São Paulo	13	2.794,99
Minas Gerais	05	2.092,00
Rio Grande do Sul	04	1.865,00
Bahia	14	1.766,40
Pernambuco	10	1.633,50
Ceará	10	1.289,75
Acre	03	520,00
Rio Grande do Norte	04	440,90
Piauí	02	372,50
Tocantins	02	360,00
Paraná	02	358,00
Espírito Santo	04	336,50
Mato Grosso do Sul	01	300,00
Sergipe	04	261,88
Amazonas	02	240,25
Alagoas	01	195,45
Distrito Federal	02	187,64
Santa Catarina	02	152,80
Goiás	02	71,00
Pará	01	60,00
Maranhão	01	30,00
Paraíba	01	20,90
Amapá	01	4,80

Fonte: World Bank (2015)

Entre os 32 projetos aprovados pelo Banco para o setor de saúde brasileiro de 2000 a 2015 (tabela 2), apenas nove (28,2%) são do Governo Federal; a grande maioria (71,87%) são de instâncias subnacionais, majoritariamente estados da federação. Como se observa, o Banco tem privilegiado esses gestores do SUS que possuem poder de decisão e autonomia para introduzir no âmbito do sistema mecanismos defendidos pelo Banco, inicialmente no que se refere à gestão do trabalho, mas que pode ter desdobramentos na própria noção do direito à saú-

Tabela 2 – Projetos da área da saúde financiados pelo Banco Mundial, número de controle e valor, segundo o ente contratante. Brasil, 2000-2015

Ente contratante	Nome do projeto	N de controle	Valor em milhões de US\$
Brasil MF	Hd Prgm. Sector Reform Loan	Po80746	505,05
Brasil MS	QUALISUS-REDE Brazil Health Network Formation and Quality Improvement Project	Po88716	235,00
Brasil MEC	Federal University Hospitals Modernization Project	P120391	150,00
Brasil MS	AIDS and STD Control Project (03)	Po80400	100,00
Brasil MS	VIGISUS APL 2 – Disease Surveillance & Control	Po83013	100,00
Brasil MS	Second Family Health Extension Adaptable Lending	Po95626	83,45
Brasil MS	Family Health Extension Program	Po57665	68,00
Brasil MS	AIDS-SUS (National AIDS Program – National Health Service)	P113540	67,00
Brasil MEC/MS/MAS	Brazil: Human Development Technical Assistance Loan (TAL)	Po82523	8,00
Distrito Federal	Federal District Multisector Management	P107843	130,00
Acre	Acre Social and Economic Inclusion and Sustainable Development Project – PROACRE	P107146	120,00
Acre	Additional Finance to Acre Social and Economic Inclusion and Sustainable Development Project	P130593	150,00
Amazonas	Alto Solimoes Basic Services and Sustainable Development Project in Support of the Zona Franca Verde Program	Po83997	24,25
Bahia	Integrated Health and Water Management Project (SWAP)	Po95171	60,00
Bahia	Bahia Inclusion and Economic Development DPL	P126351	700,00
Bahia	Bahia Health System Reform Project	Po54119	30,00
Bahia	BR Bahia DPL	P147984	400,00
Ceará	Ceara Multi-sector Social Inclusion Development	Po82142	149,75
Ceará	BR Ceara Inclusive Growth (SWAp II)	P106765	240,00
Maranhão	BR Maranhao Integrated Program: Rural Poverty Reduction Project	Po80830	30,00
Minas Gerais	Minas Gerais Partnership II SWAP	P101324	976,00
Minas Gerais	Minas Gerais Partnership II SWAP AF	P119215	461,00
Paraná	SWAp for Parana Multi-sector Development Project	P126343	350,00
Pernambuco	Pernambuco Equity and Inclusive Growth DPL	P132768	550,00
Rio de Janeiro	Brazil – Rio de Janeiro Renovating and Strengthening Public Management	P106768	18,67
Rio de Janeiro	Rio State Fiscal Sustainability, Human Development and Competitiveness DPL	P117244	485,00
Rio de Janeiro	Rio State Development Policy Loan III	P126465	300,00
Rio de Janeiro	Strengthening Public Management and Integrated Territorial Development	P126735	48,00
Rio de Janeiro (município)	Rio de Janeiro Municipality Fiscal Consolidation for Efficiency and Growth DPL	P111665	1.045,00
Rio de Janeiro (município)	Rio de Janeiro Strengthening Public Sector Management Technical Assistance Project	P127245	16,20
Rio Grande do Norte	Rio Grande do Norte: Regional Development and Governance	P126452	360,00
Sergipe	Development Policies for the State of Sergipe	P129652	150,00

Fonte: World Bank (2015)

de. Por isso a necessidade de estudos que analisem essas iniciativas estaduais e municipais com maior profundidade, buscando identificar em que medida estão contribuindo para desconfigurar o SUS naquilo que lhe é nuclear, ou seja, na possibilidade de ser um sistema público universal para todos os brasileiros.

A opção do Banco pelos acordos com governos estaduais se dá possivelmente porque nesse nível da gestão pública as reformas são menos diluídas do que em nível municipal, portanto mais eficazes e podem ser implementadas com menor resistência do que se forem em nível nacional.

Considerações finais

As crises de acumulação têm levado o capital a expandir-se para todos os espaços da vida social, transformando-os em esferas de valorização do capital. A saúde representa um campo do público com enorme potencial de investimento, na medida em que articula vários processos produtivos, conformando o complexo industrial da saúde. O Banco Mundial, como instância desse novo ciclo de capitalismo financeiro, reafirma a centralidade do mercado como mecanismo organizador e gestor mais eficiente das políticas públicas, entre elas a saúde.

O SUS é um experimento que, na perspectiva do Banco, não deve se expandir para outros países da América Latina e mesmo para o mundo, na medida em que garante, constitucionalmente, o direito universal à saúde. O que deve servir de modelo são os países que possuem coberturas universais limitadas, que deixam a cargo do mercado a oferta dos serviços de saúde; os governos que adotam mecanismos da gerência empresarial para punir gestores e trabalhadores; os Estados que adotam o *new public management* como forma de gestão das estruturas e dos assuntos públicos, enfoque micro-organizacional que transforma o planejamento em um ato puramente técnico.

A visão crítica sobre o sistema de saúde brasileiro, associada às reformas estaduais colocadas em prática a partir dos contratos de empréstimo e à negação do direito à saúde, pode caracterizar uma nova ofensiva liberal contra o SUS e contra qualquer pretensão de instituir sistemas de saúde

públicos universais. O objetivo de reformar a saúde brasileira a partir de sua organização nos estados federados parece ser o horizonte imediato do Banco. Com sua “ajuda”, visa contribuir para restituir poder a esse nível de governo que teria mais condições de implementar mecanismos de responsabilização e punição na gestão pública, e de transferência de responsabilidades ao mercado.

Mas não é só por meio do financiamento de projetos e das condicionalidades que os acompanham que o Banco pode contribuir para desconfigurar o SUS. A ideologia liberal-privatista, defendida por essa instituição, é constitutiva da visão de mundo de parte da sociedade brasileira, de muitos gestores, trabalhadores, analistas e pesquisadores envolvidos com a política de saúde brasileira que nunca apostaram no SUS como um sistema público universal.

Em nossa opinião, urge que o movimento em defesa do SUS e do direito à saúde tanto faça a crítica aos projetos de liquidação do direito à saúde e da estrutura organizacional potencialmente capaz de efetivar esse direito, quanto trabalhe para a elaboração de um projeto comum de defesa dos valores constitucionais que deram origem ao SUS, acrescidos de medidas necessárias à correção de distorções que se acumularam ao longo dessas duas décadas e meia. Nos referimos à defesa de um financiamento compatível com as necessidades de saúde; ao firme combate às privatizações mediante o avanço de uma reforma democrática do Estado que liquide com o patrimonialismo e consolide os mecanismos de controle social de trabalhadores e da sociedade sobre o poder executivo; à constituição de uma política de pessoal comum a todo o sistema; e, centralmente, ao avanço da constituição de políticas sociais de qualidade na saúde, educação, mobilidade e vida urbana, e segurança pública.

Referências

- ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 905-925, ago. 2002.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e

- tendências de mudança. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S.; VIANA, M. L. W. (Org.) *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 127-152.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.
- BANCO MUNDIAL. *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Relatório nº 12655-BR. Washington, D.C. 1995.
- BANCO MUNDIAL. *Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos*. Relatório nº 36601-BR. Documento do Banco Mundial, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS_-_Relatorio_banco_mundial.pdf> Acesso em: 25 maio 2015.
- BANCO MUNDIAL. *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*. Washington, D.C.: [s.n.], 1991 (Série de Estudos do Banco Mundial sobre países).
- BRASIL. *Parecer Técnico sobre o relatório do Banco Mundial: The organization, delivery and financing of health care in Brazil - 1993*. Brasília, DF, 1994.
- CAMPOS, G. W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, abr. 2007.
- CARVALHO, G. *SUS: Subfinanciamento ou ineficiência? Ou os dois? Ou mais um do que outro?*. Campinas: Insituto de Direito Sanitário Aplicado, 2013. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_10663_o_2013---35---703---domingueira---relatorio-banco-mundial---15-12-2013.html>. Acesso em: 23 maio 2015.
- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. *Porque defender o Sistema Único de Saúde? Diferença entre direito universal e cobertura universal de saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.
- GRAGNOLATI, M. G.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde*. The World Bank. Washington, D.C. 2013. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unified-public-healthcare-system-new-study>>. Acesso em: 4 maio 2015.
- GRAÑA, F. Todos contra el Estado: uso y abusos de la 'govenança'. *Espacio Abierto*, Zulia, v. 14, n. 4, p. 501-629, 2005.
- LAURELL, A. C. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 853-871, dec. 2014.
- LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014, p. 233-253.
- LINDELOW, M. A marca do SUS. *The World Bank*, 20 dez. 2013. Notícias. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unified-public-healthcare-system-new-study>>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014, p. 275-293.
- MELO, M. A. B. C.; COSTA N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planejamento e políticas públicas*, Brasília, n. 1, p. 49-108, jun./dez.1994.
- MENDES, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira.

Saúde e sociedade, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, dez. 2014.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil*: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MORENO, M.; NASCIMENTO, B. Organização Pan-Americana da Saúde finaliza consulta pública sobre cobertura universal. *Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde*, 12 set. 2014. Notícias. Disponível em: <http://www.isags-unasur.org/it_materia.php?ev=348&lg=1>. Acesso em: 14 jun. 2015.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. *La reinvenición del gobierno*: la influencia del espíritu empresarial en el sector public. Buenos Aires: Paidós, 1994.

PAIM, J.; et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 21 maio 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext)>. Acesso em: 25 out. 2015. (Série Brasil)

PARANÁ. *Fundação Estatal de Atenção à Saúde do Paraná* : Funeas. Cartilha - Perguntas e respostas. Informações sobre o Projeto de Lei nº 726/13. Curitiba, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PP_cartilha_FUNDACAOESTATAL_18x21cm_web_FINAL.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2015.

PEREIRA, J. M. M. Poder, política e dinheiro: a trajetória do Banco Mundial entre 1980 e 2013. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. *A demolição de direitos*: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

PIMENTA, C. C. A reforma gerencial do estado brasileiro no contexto das grandes tendências

mundiais. *Revista de Administração pública*, Rio de Janeiro, n. 5, set./out. 1998.

RIZZOTTO, M. L. F. *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90*: as propostas do Banco Mundial e o desmontado SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

RIZZOTTO, M. L. F. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. *A demolição de direitos*: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

RIZZOTTO, M. L. F.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 793-804, set. 2011.

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B.; BORGES, D. C. L. *Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro*: realidade e futuro do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 4, p. 73-131, 2013. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008.

WORLD BANK. *Projectos & Operaciones*. Disponível em: <http://www.worldbank.org/projects/search?lang=en&searchTerm=&country_code_exact=BR>. Acesso em: 10 jun. 2015.

Contribuição dos autores

Ambos os autores contribuíram igualmente na elaboração do presente ensaio.

Recebido: 16/06/2015

Reformulado: 03/11/2015

Aprovado: 23/11/2015