

PROPOSTAS DO BANCO MUNDIAL PARA REFORMAS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL EM 2017

Proposals from the World Bank for Health Sector Reform in Brazil in 2017

Liana Cristina Dalla Vecchia Pereira

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
lianadvpl@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4200-2464> 

Rosana de Carvalho Martinelli Freitas

Doutora em Sociologia Política Universidade Federal de Santa Catarina, Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, Brasil
romartin@matrix.com.br

<https://orcid.org/0000-0002-9556-0128> 

A lista completa com informações das autoras está no final do artigo ●

RESUMO

Esse ensaio tem como objetivo analisar as recomendações para o setor saúde publicadas pelo Grupo Banco Mundial (BM) no documento 'Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil', em novembro de 2017. O tema apresenta um recorte temporal atual e relevante para o debate no que tange às possíveis implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta-se uma breve contextualização sobre globalização e a influência das instituições de financiamento internacional no capitalismo periférico. Buscou-se situar os estudos que analisaram as propostas do BM ao setor saúde brasileiro para entender a direção das recomendações. A análise do último Relatório denota que a instituição manteve a linha orientada pelos pressupostos neoliberais pró-mercado que converte a saúde em bem de consumo e defende que é possível produzir mais com os mesmos custos em uma gestão e provisão mais eficientes com maior participação do setor privado. No entanto, o documento não aprofunda o debate sobre os convênios do SUS com hospitais privados, tampouco apresenta indicadores de eficiência, além de desconsiderar as heterogeneidades regionais brasileiras. Outra perspectiva mantida pelo BM foi a recomendação de limitar a responsabilidade do Estado como regulador, além de reiterar a necessidade de integração entre sistemas. Por último, refere que a desoneração fiscal das despesas realizadas com gastos privados de saúde aumenta as iniquidades em saúde, pois as isenções tributárias são menos progressivas, aspecto não destacado nos Relatórios anteriores.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Banco Mundial. Reforma dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This essay aimed to analyze the recommendations for health sector published by the World Bank Group (WB) in the report 'A Fair Adjustment: Analysis of the Efficiency and Equity of Public Expenditure in Brazil', in November 2017. The theme is current and relevant to debate the implications for the Brazilian National Health System (SUS). A brief contextualization on globalization and the influence of international financing institutions on peripheral capitalism is presented. It was sought to situate the previous studies that analyzed the WB proposals to the Brazilian health sector to understand the direction of these recommendations. The analysis of the last Report shows that the WB has kept the line guided by neoliberal pro-market assumptions that convert health into consumer goods, arguing that it is possible to produce more with the same costs in a more efficient management and provision with greater participation of the private sector. However, the document does not deepen the debate about SUS agreements with private hospitals, nor does it present efficiency indicators, disregarding Brazilian regional heterogeneities. Another perspective maintained by the WB was the recommendation to limit the State's responsibility to the role of regulator and reiterates the need for integration between systems. Finally, it points out that the tax exemption of expenses incurred with private health expenditure increases health inequities since they are less progressive, an aspect not highlighted in previous Reports.

KEYWORDS: Brazilian National Health System. World Bank. Health Care Reform.

1 INTRODUÇÃO

O Banco Mundial (BM) demonstra interesse no setor saúde brasileiro desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando a saúde é concebida como “direito de todos e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Desde então, o BM apresenta críticas à implementação da proposta do sistema universal de saúde pública, publicando uma série de documentos (BANCO MUNDIAL, 1991; 1995; 2007) e estabelecendo prescrições através de seu *modus dicendi e operandi* (FREITAS, 2004) que buscam interferir nas dinâmicas do setor nacional, especialmente quanto às responsabilidades do Estado e da gestão pública.

A saúde como direito universal contrapõe-se ao ideário liberal, pois esse a concebe como bem de consumo a ser oferecido pelo mercado (provisão, distribuição e consumo), convertendo-se em estratégia de acumulação capitalista através dos seguros privados, gestão privada de fundos públicos e incorporação da ciência ao capital no complexo médico-hospitalar-farmacêutico (FRIZON RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Nesta concepção, o papel do Estado se restringe a regular a oferta do mínimo essencial, como o acesso à imunização (vacinas), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (pré-natal, puericultura), o controle de epidemias e seus riscos ao mercado, entre outras ações.

O SUS foi engendrado pelo movimento sanitário¹ no contexto de luta contra a ditadura militar e pela democratização do Brasil no início da década de 1970. Situa-se em um campo complexo de tensões e disputas políticas, sociais e econômicas. Embora o SUS tenha obtido alguns avanços desde a sua implementação na Constituição de 1988 (artigos de nº196 a 200), regulamentado nas leis nº 8.080 e 8.142 de 1990 e ancorado na construção de um conceito ampliado de Saúde - considerando a universalidade da saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, enfrenta desafios² e derrotas em diversas esferas, como na busca pelo fundo público, na tentativa de implementar as diretrizes organizativas do sistema, dentre outros aspectos (MENDES, 2014). Um exemplo foi o

¹ As expressões *Movimento Sanitário* ou *Movimento da/pela Reforma Sanitária* foram usadas para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias ao setor saúde em busca da melhoria das condições de vida da população. Este movimento tinha como objetivo a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor, elementos que foram amplamente debatidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e incorporados na Constituição Federal de 1988. Para mais informações: < <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria> >

² Para informações sobre alguns dos avanços e desafios do SUS, consultar: <<http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>>

embate quanto à participação do mercado na esfera da vida social, pois o movimento sanitário defendia diminuir a sua atuação, enfrentando pressões significativas em prol da expansão do setor privado na saúde. O BM sugere uma maior participação do âmbito privado na prestação de serviços por considerá-lo como *mais eficiente* e capaz de uma provisão de *melhor qualidade* (BANCO MUNDIAL, 1991). Nota-se, também, a incorporação de conceitos do campo progressista nas recomendações das agências internacionais, como ocorre com a concepção de equidade.

Este ensaio tem como objetivo analisar as recomendações propostas pelo BM ao setor saúde publicadas em novembro de 2017 no documento: “Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil” – Volume 1 – Síntese. O Relatório apresenta os desafios para a sustentabilidade fiscal no Brasil, debruçando-se sobre as estratégias para eficiência fiscal no âmbito da previdência social, programas de apoio ao mercado e assistência social, setor saúde, educação pública e quanto às políticas de apoio ao setor privado. Neste artigo foi analisado o capítulo voltado ao setor saúde, buscando problematizar as perspectivas e as justificativas de reformas propostas pela instituição, além de contrastá-las com os princípios do SUS e possíveis impactos a este sistema. Com a finalidade de contribuir para uma reflexão crítica e entender a direção das recomendações, sintetizou-se a análise realizada nos artigos científicos que discutem as recomendações do BM ao setor saúde brasileiro a partir da década de 1990. Inicialmente, será apresentada uma breve contextualização sobre a influência das instituições de financiamento internacional no capitalismo periférico no contexto de globalização. Após, serão situados os estudos anteriores e a análise do Relatório publicado em 2017 será debatida, problematizada e contrastada.

2 INFLUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES DE FINANCIAMENTO INTERNACIONAL NO CONTEXTO DE GLOBALIZAÇÃO

A globalização refere-se ao processo cultural, econômico, social e político relacionado a uma série de temas complexos, havendo diferentes abordagens que vão priorizar alguns destes aspectos e suas relações. O avanço da globalização mediado pela racionalidade neoliberal engendra desordem no sistema global com maior impacto nas sociedades nacionais do capitalismo periférico, as quais têm sofrido com a desregulamentação e privatização das políticas estatais, além de enfraquecer os laços de

solidariedade (MARTINS, 2006). Uma crítica que segue nesta linha foi realizada por Borón (2002), que entende que a dominação capitalista se consolidou com a globalização, aprofundando a submissão do capitalismo periférico e dificultando o controle sobre os seus próprios processos de economia doméstica. Martins (2006) propõe repensar a globalização a partir da crítica à *ideologia desenvolvimentista*, salientando a necessidade de desconstruir a ideologia universalista do pensamento econômico hegemônico com suas metáforas pautadas pelos discursos do *progresso*, *crecimento* e *pobreza estrutural*, além de destacar os impactos da economia financeira mundial na desregulamentação do papel do Estado, de sistemas nacionais e de ações da sociedade civil.

Na análise sobre as questões relativas às economias nacionais e comércio internacional, Chossudovsky (1999) mostra como se deram as políticas econômicas com base no processo de acumulação capitalista que busca o lucro máximo e minimização dos custos de produção, lógica imposta pelos países hegemônicos às nações de todo mundo. Ele expõe como as principais instituições financeiras internacionais (IFIs), tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), forçaram os países considerados 'em desenvolvimento' a facilitar mudanças significativas em suas estruturas econômicas. Chossudovsky (1999) destaca que o rompimento das fronteiras econômicas fomentou o aumento do desemprego, baixos salários e a marginalização de setores da população, resultando no aumento vertiginoso da pobreza em escala global. Ele relaciona que essa nova ordem mundial financeira se sustenta da pobreza humana, da exploração do meio ambiente, além de alimentar o racismo, os conflitos étnicos e de solapar os direitos das mulheres. Como consequência da combinação, vemos a *globalização da pobreza*.

Chossudovsky (1999) e Martins (2006) salientam que as racionalidades neoliberais incorporam e criam um discurso oficial altamente moral e ético que mascara questões em defesa do *desenvolvimento sustentável* e da *diminuição da pobreza*, conforme defendido pelas IFIs. Torna-se necessário decodificar e problematizar a gramática da globalização para dar visibilidade aos compromissos do capitalismo global com os antigos projetos colonialistas e desenvolvimentistas para desnaturalizar estes fenômenos e demonstrar que é possível a existência de outras compreensões e formas de organização. Chossudovsky (1999) destaca, ainda, que as políticas *desenvolvimentistas* propostas pelas IFIs seguem ditando as diretrizes políticas, econômicas e sociais dos países 'em desenvolvimento', configurando o que podemos entender como um neocolonialismo que aumenta a linha abissal entre norte e sul-global. O autor chama a atenção para o crescimento destes monopólios globais que passa a ser dominado por bancos internacionais.

Para Martins (2006), o desequilíbrio entre os três modelos da modernidade - o do Mercado, o do Estado e o da Sociedade Civil- reverberou na desintegração de antigas referências culturais e simbólicas, especialmente nos espaços periféricos. Essa fragmentação foi intensificada em função da primazia do econômico e das relações de mercado em detrimento às demais esferas. O autor entende a globalização na perspectiva de sistemas complexos permeado por uma ambivalência constituinte; salienta a preocupação com os *processos fragmentadores e contraditórios* que são multiplicados com a excessiva influência do domínio da lógica mercantil sobre os espaços de regulamentação estatal e/ou cívico-associativa, aspecto que leva a processos anômicos. Por um lado, o efeito disfuncional da globalização ocorre pela introdução generalizada da *economia utilitarista* nas esferas da vida social que tende a desfazer os laços de solidariedade, pois o mercado visa aumentar o lucro e não o bem-estar. Por outro lado, a globalização é vista como afirmativa devido à multiplicidade de lógicas que a integram na ação social, vida cotidiana, sistemas formais e funcionais, possibilitando estratégias de resistência.

Concordamos com Chossudovsky (1999), quando esse considera que se desenvolveu, no mundo inteiro, uma espécie de consenso político sobre a política macroeconômica, onde os governos têm adotado uma agenda política neoliberal. Como consequências da consolidação dessa política, houve o aumento das dívidas públicas e o corte de programas de Bem-Estar-Social. Neste contexto, os governos perdem a autonomia de sua política monetária e ficaram reféns dos bancos e monopólios internacionais que passaram a deter o poder de ditar as políticas sociais e econômicas dos governos, conforme os interesses do mercado. O Banco Mundial é pródigo em fazer recomendações através de condicionalidades, pois caso os governos descumpram as medidas e reformas propostas, podem ser sancionados negativamente e ficarem excluídos do sistema econômico internacional.

Após a Segunda Guerra Mundial, muitas organizações foram criadas com a finalidade de incentivar a permanente cooperação entre seus membros³, entre elas o BM surge em 1944 e está em operação desde 1946. Freitas (2004) considera que a partir da década de 1990, a adesão ao *modus dicendi* e ao *modus operandi* das agências multilaterais se ampliou por meio de assessorias técnica e financeira e mediante possíveis

³ Organização das Nações Unidas (ONU), Organização das Nações Unidas para Educação, Comércio e Cultura (UNESCO), Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial do Comércio (OMC), Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras.

sanções a quem não adotá-las. Sob a coordenação das agências multilaterais, esse processo denominado pela autora de “rede de convergência” se constituiu e vem se fortalecendo a partir de articulações e acordos expressos numa relação quadripartite: bancos, governo, organizações da sociedade civil (fundações, institutos empresariais, ONGs, etc.) e cidadãos/ãos (FREITAS, 2014, p.343). Nesta linha, Pereira (2010) destaca que o BM atua na perspectiva de ampliar a influência para institucionalizar a sua pauta de políticas em âmbito internacional, explorando a sinergia entre empréstimos e pensamento econômico. O autor defende a hipótese de que o Banco age como um ator político, intelectual e financeiro, o que se torna viável em função da sua condição singular de prestador, formulador de política, além de se constituir como produtor e disseminador de ideias do capitalismo central. A partir da crise da dívida externa dos anos 1980, o BM passou a priorizar os Programas de Ajuste Estrutural e Projetos Setoriais, aumentando seu impacto nas reformas setoriais e no redirecionamento do modelo de desenvolvimento econômico (PEREIRA, 2014).

Frizon Rizzotto e Campos (2016) referem que “foi por meio desses mecanismos 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” (p. 271). Esta condição foi viabilizada devido à confluência de interesses dos governos, empresários e pesquisadores desses países que compartilhavam da mesma perspectiva ideológica. As crises de acumulação também corroboraram para a expansão do capital a todos os espaços da vida social, inclusive no âmbito da saúde, por representar um enorme potencial de investimento. Neste sentido, pesquisas vem sendo realizadas, visando analisar as recomendações propostas pelas IFIs com a finalidade de entender as implicações e impactos das proposições nas realidades nacionais.

3 BANCO MUNDIAL E AS RECOMENDAÇÕES AO SETOR SAÚDE

Nesta seção será apresentada uma breve síntese de alguns dos estudos que analisaram as recomendações propostas pelo Banco Mundial para reformas no setor saúde (FRIZON RIZZOTTO, 2005; ANDREAZZI et al., 2011; PEREIRA, 2014; FRIZON RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

O debate sobre o papel desempenhado pelo BM e a perspectiva política adotada na elaboração de recomendações para as políticas de saúde no Brasil são motivo de análise de Frizon Rizzotto e Campos (2016). No artigo citado, os autores analisam dois documentos publicados pelo BM em 2007 e 2013 e os projetos financiados pela organização entre 2000 e 2015 no Brasil para o setor saúde. Concluem que o BM manteve a linha das recomendações orientadas pelos pressupostos pró-mercado e pelo projeto neoliberal, desde a década de 1990, porém apresentando um deslocamento das ações da esfera nacional para o âmbito estadual e municipal, com a expectativa de maior viabilidade de influenciar no modelo de gestão e atenção com a descentralização do SUS (FRIZON RIZZOTTO, 2005). Nos documentos analisados pelos autores, os interesses do BM giraram em torno do financiamento, da gestão e da relação com o mercado. O BM apresenta fortes críticas à gestão do SUS, sugerindo a incorporação de dispositivos da administração gerencial próprios da empresa capitalista, como o estabelecimento de metas e recompensas por resultados alcançados (PEREIRA, 2014; FRIZON RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Os Relatórios enaltecem as concepções de *governança*, *desempenho* e *eficiência*, propondo mecanismos de gestão e provisão baseada em resultados mensuráveis.

As análises dos Relatórios anteriores demonstram que o banco incentiva a participação privada, a terceirização da gestão, o estabelecimento de parcerias público-privada (PPP) e de Fundações Públicas (FP), além de conceber como eficiente um sistema que produz mais com o mesmo nível de gastos (FRIZON RIZZOTTO, 2005; FRIZON RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). O BM incentiva, também, a concorrência na prestação de serviços e a implementação de copagamento, além de defender a perspectiva de que o setor privado tem maior eficiência e qualidade nos serviços prestados (ANDREAZZI et al., 2011).

O BM apresenta análises e diretrizes para legitimar as recomendações às políticas econômicas e sociais dos países que solicitam empréstimo, favorecendo a implementação das reformas neoliberais pautadas pela renúncia da redistribuição de renda, culto ao mercado e privatização de serviços públicos (FRIZON RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Os autores destacam que, muitas vezes, as propostas do BM contrapõe a Constituição de 1988 e os princípios do SUS (Brasil, 1990), distorcendo-os na medida em que favorecem os interesses do capital e não a construção de um sistema público universal, apontando críticas sobre a concepção de direito à saúde. Na década de 90, o BM apresenta sugestões que colidem com os princípios de *universalidade* e de *integralidade* do SUS com as

propostas de cobrança dos serviços de saúde, discriminação do acesso (limitar aos pobres) e restrição à atenção médica curativa (FRIZON RIZZOTTO, 2005).

Frizon Rizzotto e Campos (2016) e Andreazzi et al. (2011) destacam que um dos principais questionamentos do BM refere-se à indefinição de uma lista de serviços abrangidos pelo SUS, apontando como soluções: definir um conjunto limitado de procedimentos/ações de saúde - que podem ser oferecidos pelo mercado e comprados pelos Estados, e usar o parâmetro custo-efetividade na alocação de recursos. Estas propostas aliam-se à ideia de “cobertura universal”⁴ que difere da concepção de sistema universal na qual o SUS se baseia. A noção de governança proposta pelo BM considera que o Estado tem papel de negociar e regular a oferta de serviços públicos, desconsiderando os interesses antagônicos em uma sociedade de classes (FRIZON RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Na década de 1990, denota-se uma ênfase na proposta de estabelecer prioridades com base na análise da relação custo-benefício, além de reformas para ampliar a assistência à saúde voltada aos mais pobres (FRIZON RIZZOTTO, 2005).

Nas últimas décadas, os principais fatores identificados pelo BM como fonte de *ineficiência* do SUS correspondem à ausência de uma lista de serviços e bens cobertos, ao uso elevado de recursos humanos, a baixa utilização da capacidade instalada, ao modelo de gestão e dos mecanismos de pagamento (ausência de copagamento) e à falta de integração dos sistemas (SUS e setor privado) (FRIZON RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). O BM manteve críticas quanto à sobrecarga que os princípios da universalidade e da descentralização representam ao SUS, pois argumenta que os ideais estão muito além da capacidade dos recursos governamentais brasileiros (FRIZON RIZZOTTO, 2005).

Além disso, permanece o discurso de que os serviços poderiam produzir melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fossem mais *eficientes*. Embora o BM reconheça que o financiamento público destinado à saúde no Brasil é menor do que nos países da OCDE e regiões de renda média, as recomendações enfatizam a necessidade de melhorar a gestão e a eficiência, ou seja, primam pelo controle e otimização dos custos, visando a possível redução e não o aumento de investimento (FRIZON RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

⁴ Para mais informações do debate sobre cobertura universal e sistemas universais, acessar: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital> e <http://www.conass.org.br/consensus/o-direito-saude-e-proposta-de-cobertura-universal/>

4 ANÁLISE DO RELATÓRIO ‘UM AJUSTE JUSTO’: ALGUMAS PROBLEMATIZAÇÕES

Em novembro de 2017 foi publicada a síntese do estudo realizado pelo Grupo Banco Mundial (GBM), intitulado “Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil” – Síntese. As recomendações para o setor saúde foram especificadas no capítulo “Saúde: Alternativas para Oferecer Mais e Melhores Serviços”, que serão analisadas nesta seção⁵. Propõe-se contrastar as propostas com os princípios do SUS e compreender os possíveis impactos de sua implementação para a saúde pública no contexto brasileiro.

Na contextualização do estudo realizado pelo GBM, referem a priorização de medidas para *proteger as pessoas mais pobres e vulneráveis*, visando minimizar impactos na prestação de serviços públicos e sobre os empregos. Este enunciado corresponde ao discurso ‘eticamente correto’ para *diminuir a pobreza*, aspecto problematizado por Chossudovsky (1999) e Martins (2006). Embora o Relatório reconheça as raízes dos problemas fiscais do Brasil, apresenta como medida *necessária* o corte nos gastos sociais. Cabe problematizar como esta opção apontada pelo Relatório visa à proteção das pessoas mais pobres e ao aumento da equidade.

O termo equidade é utilizado para justificar as recomendações propostas pelo BM. O capítulo do setor saúde é apresentado com o objetivo de “aumentar a eficiência, a equidade e a economia fiscal” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 119). Em uma discussão sobre as concepções de equidade, Lima e Rodríguez (2008) destacam que o conceito ora é entendido como ‘tratar de forma igual os desiguais’ (ex. igualdade de oportunidade), ora é visto como ‘tratar de forma desigual os desiguais’ (proporcionar mais a quem tem menos). No âmbito da política, os conceitos não são excludentes, mas complementares. A segunda concepção vincula-se ao campo da justiça e produz resultados mais igualitários, sendo a perspectiva adotada pelo SUS. No SUS, a equidade constitui-se como princípio doutrinário e corresponde a “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira” (BRASIL, 1990, p.5); pressupõe disponibilizar recursos de forma justa, atentando às desigualdades existentes com o objetivo de ajustar as ações às diferentes necessidades. Já o Banco Mundial prioriza a primeira concepção

⁵ Foi publicada uma análise crítica do capítulo sobre as recomendações do BM à educação pública, disponível no seguinte link: <<https://www.ufg.br/up/1/o/ANALISE-CRITICA-BM-2017.pdf> >

baseada na igualdade de oportunidades, no tratar de forma igual os desiguais, na busca por diminuir as diferenças sociais e possibilitar aos pobres a melhoria da sua condição financeira para acessar a bens e serviços nas sociedades capitalistas, conforme análise apresentada por Lima e Rodríguez (2008). Apreendemos que o BM prescreve uma concepção de equidade no setor saúde que exclui o conceito de justiça que implica em garantir o estabelecido em lei que, no Brasil, corresponde ao cumprimento dos direitos e deveres estabelecidos na Constituição Federal para a Saúde.

Embora o Relatório ressalte a possibilidade de aumentar as receitas tributárias por “meio de impostos sobre a renda, patrimônio ou ganhos de capital” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 8), através da redução dos altos pagamentos de juros sobre a dívida pública e diminuição das isenções fiscais bilionárias, a equipe do BM explicita que estas medidas não serão analisadas no documento. Mesmo apontando que a redução dos gastos sociais não é a única estratégia para restaurar o equilíbrio fiscal no Brasil, esta medida é enfatizada como *condição necessária*. Reiteram que as ações adicionais não substituiriam o combate ao que o Relatório considera como *causas fundamentais* do aumento dos gastos públicos, destacando a necessidade de revisar as *excessivas obrigações e responsabilidades associadas ao Estado brasileiro* (BANCO MUNDIAL, 2017; grifos nossos). Esta justificativa mantém a perspectiva dos Relatórios anteriores (BANCO MUNDIAL, 1991; 1995; 2007) que propõem a limitação do papel do Estado à regulamentação e defendem uma maior participação do setor privado na prestação de serviços.

De modo enfático, já no item Resumo Executivo do Relatório, é apresentada uma conclusão que orienta o documento e que justificaria as recomendações: “Governo Brasileiro gasta mais do que pode e, além disso, gasta mal. Esta é a principal conclusão deste estudo, que analisa as raízes dos problemas fiscais recorrentes do Brasil e apresenta opções para sua solução” (BANCO MUNDIAL, 2017, p,7). A análise realizada pelo GBM considera como fonte do problema a *ineficiência* dos gastos das políticas públicas mantidas pelo Estado: previdência, saúde e ensino públicos, acesso a medicamentos, assistência do trabalhador do campo, entre outras. As alternativas propostas recaem, majoritariamente, sobre os direitos sociais e a função social do Estado. Giovanella (2017) atenta ao viés político do Relatório que atribui o aumento da dívida pública tão somente aos *gastos sociais*. Ademais, o documento explicita que o Brasil passará por outras crises fiscais e *ajustes dolorosos* caso não sejam adotadas as recomendações. Torna-se pertinente questionar de que forma esta priorização - com foco no corte de gastos sociais para garantir a *eficiência* dos serviços e a *equidade* - objetiva proteger *as pessoas mais pobres e vulneráveis*?

Embora o BM situe que a análise apresentada no Relatório é “baseada nas melhores práticas internacionais e na revisão da eficiência dos gastos entre as diferentes entidades e programas governamentais” (BANCO MUNDIAL, 2017, p.1), o documento reitera uma proposta de homogeneização para os países considerados em vias de desenvolvimento, como o Brasil. Neste sentido, as propostas de reforma ao setor saúde estão inseridas em uma proposta mais ampla. Outra estratégia utilizada pelo BM refere-se ao discurso de envolvimento de especialistas e acadêmicos brasileiros e internacionais na elaboração do estudo, aspecto que proporciona a ideia de ampla participação e embasamento científico, citando uma longa lista de colaboradores nos agradecimentos. No entanto, destacam que, “embora cada um deles tenha contribuído para partes específicas do relatório, eles não concordam necessariamente com todo o trabalho e suas conclusões” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 3), sem explicitar as discordâncias de modo que prevalecem as concepções defendidas pelo BM.

O capítulo sobre o setor saúde apresenta uma análise sobre a eficiência e incidência das despesas com a justificativa de propor reformas para aumentar a *eficiência*, a *equidade* e a *economia fiscal*. O ponto de maior destaque do estudo é a suposta *ineficiência* em termos dos custos dos hospitais em municípios “que são pequenos demais para fornecer serviços de saúde em uma escala eficiente” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 115). O Relatório destaca que 61% dos hospitais possui menos de 50 leitos, considerando que o ‘ideal’ estimado seria de 150 a 200 leitos para uma economia relacionada a uma *escala eficiente* de prestação de serviços.

Com entendimento baseado na realidade brasileira, Giovanella (2017) e Barbosa (2017) evidenciam que este argumento apresentado no Relatório desconsidera as heterogeneidades e aspectos geográficos básicos do país, como o fato de ser uma nação continental com 8,5 milhões de quilômetros quadrados, na qual a grande maioria dos municípios são pequenos - 68% das cidades têm menos de vinte mil habitantes. Além disso, o Brasil é um país constituído por grandes desigualdades sócio demográficas e econômicas. Para garantir o direito à vida e o acesso oportuno aos serviços de saúde para populações esparsas, o SUS opera abaixo de uma *escala ótima de economia* nas regiões isoladas (GIOVANELLA, 2017; BARBOSA, 2017). O planejamento e organização do SUS ocorre através do princípio de regionalização, no qual se busca a sustentabilidade do sistema e dos cuidados em saúde considerando as heterogeneidades. As políticas de saúde brasileiras preocupam-se com o melhor uso dos recursos, porém priorizar a eficiência em detrimento do acesso pode colocar em risco a perspectiva da garantia do

direito à saúde. Cabe recapitular que a saúde como direito universal contrapõe-se ao ideário liberal.

Outro aspecto importante a ser destacado é o fato de que, no âmbito hospitalar, 66% dos leitos estão em hospitais privados, sendo que alguns destes optam por não ofertar procedimentos para o SUS por considerar *pouco rentável*, ou seja, nesta esfera há uma priorização pela rentabilidade financeira e sustentabilidade e não pelas necessidades da população (BRAGA NETO et al., 2012; GIOVANELLA, 2017), em consonância com os pressupostos neoliberais do capitalismo global. Estes elementos contribuem para reflexões sobre o fato de que as políticas de saúde não funcionam em direção única, pois com o baixo financiamento público para a saúde, o SUS não possui uma estrutura que abranja as necessidades da população brasileira, aspecto que demanda a realização de convênios com os serviços privados.

A Constituição brasileira possibilita que as instituições privadas participem do SUS de *forma complementar* mediante contrato de direito público ou convênio, em consonância com as diretrizes do sistema (BRASIL, 1988, Art. 199, grifo nosso). Esta ‘brecha’ implica em importantes desafios para a expansão e coordenação dos serviços de saúde que encontram resistências pelos interesses do mercado e das corporações. Este corresponde a outro aspecto ambivalente do Relatório que atribui ao SUS as ineficiências inerentes à elevada participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro, defendendo que “sendo mais eficiente, o Brasil poderia oferecer mais serviços de saúde com os mesmos recursos” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 114). As propostas denotam contradição, pois o BM considera o setor privado como mais eficiente e atribui a ineficiência às políticas públicas, porém a atenção hospitalar é realizada majoritariamente por contratos e convênios com instituições privadas.

No que se refere ao financiamento, o Relatório apresenta dados interpretando que: “Relativo ao seu PIB, o Brasil gasta em saúde tanto quanto a média entre os países da OCDE e mais do que os seus parceiros” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 110). Cita como fonte os dados da OCDE, em que o gasto total do Brasil com saúde correspondeu a 9,2% do PIB em 2013, similar à média dos países membro da OCDE (8,9%) e maior que a média dos parceiros estruturais (5,8%) e regionais (7,4%). Os dados do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde (2014) indicam que os gastos totais em saúde do Brasil atingiram 8,3% do PIB nos últimos anos, dos quais mais da metade (4,32% do PIB ou 51,8% do financiamento destinado à saúde) corresponde a gastos privados. Desta forma, a média gasta no âmbito público da saúde é significativamente mais baixa (3,98% do PIB ou 48,2%

do financiamento da saúde) comparado à média dos países da OCDE (73,4%). Embora o Relatório explicita a baixa despesa pública per capita com saúde no Brasil (US\$1.334) - o que corresponde a 35% da média gasta entre os países da OCDE (2015) (US\$3.817), defende a necessidade de corte nos gastos públicos em nome da *eficiência*. No entanto, inúmeros estudos reiteram o problema do subfinanciamento do SUS (SANTOS; UGA; PORTO, 2008; DAIN, 2008; MENDES, 2008). No Brasil, os gastos públicos com saúde correspondem a menos de 4% do PIB, enquanto que os países da OECD gastam cerca de 7% do PIB (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

A comparação com os investimentos públicos em saúde à nível internacional aponta para o baixo nível de gastos públicos no Brasil, mesmo sem considerar os determinantes sociais da saúde no contexto brasileiro, aspectos que denotam a necessidade de aumentar e não de cortar o financiamento público para o setor saúde. Além disso, o SUS é um sistema universal e gratuito - do ponto de vista do acesso e da prestação direta de serviços, no qual os profissionais se encontram com questões sociais que impactam significativamente nos resultados de saúde da população que nem sempre conta com outras políticas sociais, principalmente em regiões esparsas. Mesmo assim, deparamo-nos com movimentos contrários à expansão e consolidação do sistema de saúde público, como a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 que impôs o congelamento dos gastos público para as políticas sociais na saúde, educação e assistência social até 2036, aspecto que afetará ainda mais o SUS, com o risco do seu desmantelamento. Além desta, outras medidas parlamentares tramitam, como a proposta de criação de planos populares de saúde e a transformação do SUS em um Sistema Nacional de Saúde.

O Relatório do GBM destaca que 0,5% do PIB do setor saúde decorre de gastos tributários para subsídio de seguros privados que podem ser deduzidos das despesas tributáveis – para pessoa física ou jurídica, assim como a desoneração das contribuições e impostos da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos (BANCO MUNDIAL, 2017). Conforme avaliação descritiva realizada pelo IPEA (2016) na base de dados oficiais da Receita Federal do Brasil (RFB), 25,4 bilhões de reais deixaram de ser arrecadados em virtude das renúncias fiscais do total dos gastos federais em saúde em 2013, dos quais a maior parte (37,8%) corresponde a subsídios destinados às pessoas físicas (IRPF), 16% a empregadores (IRPJ), 17,1% destinado à desoneração da contribuição de medicamentos e produtos químicos e 29,1% de isenção fiscal destinada a hospitais filantrópicos. Este valor corresponde a 30,5% dos gastos na área de saúde em 2013. A desoneração fiscal representa as despesas realizadas com saúde que as pessoas físicas e jurídicas podem

deduzir da renda tributável, além dos impostos voltados à indústria farmacêutica e aos hospitais filantrópicos que deixam de ser arrecadados (Ipea, 2016). Existem subsídios tanto à demanda – abatimento das despesas de saúde para pessoa física e jurídica, quanto à desoneração fiscal sobre a oferta de medicamentos e hospitais filantrópicos.

A análise realizada pelo GBM destaca que a desoneração destes gastos tributários apresenta um quadro regressivo que aumenta as desigualdades, considerando que “as despesas orçamentárias com saúde são progressivas, mas as isenções concedidas a hospitais privados e as deduções do imposto de renda para planos de saúde privados são grandes e regressivas” (Banco Mundial, 2017, p. 117). Neste sentido, o Relatório apresenta uma questão relevante a ser considerada, pois a dedução das despesas com seguros privados de saúde fomenta o aumento das iniquidades em saúde ao considerar que as isenções tributárias são menos progressivas, aspecto que poderia contribuir para o aumento da arrecadação e investimentos no SUS.

O Relatório publicado pelo GBM, em 2017, utilizou o método Análise Envoltória de Dados (Data Envelope Analysis - DEA) orientada a produtos, comparando os sistemas de saúde brasileiros com a fronteira de eficiência e cálculo da distância das ineficiências estimadas (Banco Mundial, 2017). Nesta análise, a pontuação foi 0,91 em 2012, o que demonstra a capacidade de melhoria em 9% nos resultados de saúde no Brasil “com o mesmo volume de recursos” (Idem, p. 111). Giovanella (2017) afirma que as fontes variáveis e análises estatísticas selecionadas no referido estudo podem ser questionadas, além de destacar o pouco embasamento e referenciamento a artigos científicos. Barbosa (2017) salienta que o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) utilizou a mesma metodologia (DEA) junto com as fronteiras estocásticas (stochastic frontiers) ao realizar uma avaliação da eficiência em sistemas de saúde no Brasil, América Latina, Caribe e OCDE. Nesta publicação, a equipe do IPEA (2012) destaca que a posição relativa dos países “varia bastante em função do modelo de análise, das variáveis consideradas em cada modelo, e da amostra de países utilizada. Portanto, *devem ser evitadas afirmativas enfáticas, categóricas ou pretensamente definitivas* sobre o desempenho relativo de nosso sistema de saúde” (IPEA, 2012, p. 5; grifo nosso). Assim, cabe questionar a forma como o Relatório apresenta as estimativas de ineficiência através de proposições e afirmativas taxativas, deixando de evidenciar seu caráter *estimativo*.

Outro ponto de análise a ser problematizado é a comparação da eficiência entre os municípios brasileiros, aspecto no qual o BM (2017) identifica a potencialidade de ganho de eficiência de 37% no atendimento primário e 71% nos serviços secundários e terciários –

calculando uma economia potencial de 0,3% do PIB. Embora explicitem a realização do DEA intermunicipal utilizando duas variáveis “não discricionárias e não específicas de saúde” que consideram a “heterogeneidade sócio demográfica do país que influencia no desempenho do setor de saúde” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 112), não esclarecem de que forma as disparidades entre municípios são contempladas na análise. Apesar disso, o estudo apresenta uma *resposta categórica* ao afirmar: “Se o Brasil equiparasse a eficiência de todos os municípios aos mais eficientes, o país poderia economizar aproximadamente R\$ 22 bilhões (...) sem nenhum prejuízo ao nível dos serviços prestados, nem aos resultados de saúde” (Banco Mundial, 2017, p. 112). Neste sentido, parece não contemplar as heterogeneidades sociais, regionais, econômicas e culturais entre os municípios comparados no estudo.

O Relatório propõe que “o número de consultas realizadas por não médicos poderia aumentar aproximadamente 98%” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 114) nos serviços primários de saúde sem aumentar os gastos. Este apontamento desconsidera dois aspectos principais: o fato de que os profissionais da enfermagem, por exemplo, tendem a assumir a gestão das unidades de saúde e a supervisão dos técnicos de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde; e os entraves das disputas corporativas que dificultam a ampliação das possibilidades interventivas da enfermagem no Brasil. Além disso, o Relatório identifica a potencialidade de aumentar a realização de procedimentos para melhorar a performance da força de trabalho. Referente aos profissionais de medicina, a *produtividade* é calculada, neste estudo, com base no número de consultas. Cabe questionar esta associação entre eficiência e aumento do número de consultas, pois implica na redução do tempo do atendimento. A adoção de tais medidas teria como efeito a melhoria da saúde da população? Estas propostas desconsideram a forma como os determinantes sociais impactam nas condições de vida e a importância das ações em saúde não se restringirem a procedimentos e atendimentos breves.

A análise do Relatório identifica que a “falta de integração do sistema” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 116) contribui para a ineficiência. Trata-se de uma questão relevante ao considerar que este é um dos grandes desafios no SUS, porém a análise realizada pelo BM não discute sobre como a prestação de serviços promovida pelo âmbito privado e interesses do mercado reverberam nesta fragmentação do sistema. O recente Relatório aponta que um atendimento primário eficiente está correlacionado com um atendimento eficiente no âmbito secundário e terciário. Embora a atenção primária à saúde (APS) contribua para racionalizar e melhorar os resultados do sistema de saúde pelo seu potencial

de coordenação e integração dos cuidados e serviços, estas diretrizes esbarram na pouca oferta de atendimentos no nível secundário e terciário no SUS (baixa cobertura), aspecto que sobrecarrega o cuidado em saúde na APS. Estudos e análises anteriores reiteram a necessidade de maior integração dos serviços, de qualificar a APS e de ampliar a cobertura e acesso aos demais níveis de atenção, porém tem-se como alguns dos desafios o subfinanciamento público e a resistência corporativa e do mercado.

Para finalizar, o Relatório destaca que os desafios atuais (qualidade, eficácia e ineficiências) e futuros (transição epidemiológica) enfrentados pelo SUS “exigem profundas reformas no sistema”, salientando que “para aumentar a eficiência, a equidade e a economia fiscal (...) 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). Para tal, apontam cinco áreas para as reformas. A primeira propõe racionalizar a prestação de serviços – principalmente a nível hospitalar – para atingir equilíbrio entre *acesso* e *escala*, sugerindo a redução do número de hospitais de pequeno porte e a adoção de modelos de gestão eficiente, citando como exemplo o modelo baseado em Organizações Sociais. A recomendação mantém os pressupostos neoliberais dos documentos anteriores (BANCO MUNDIAL, 1991; 1995; 2007) que incentiva a participação privada e a terceirização da gestão, concebendo-os como mais eficientes para produzir mais com o mesmo nível de gastos, porém sem estudos que comprovem a relação de melhoria do cuidado oferecido à população. Cabe questionar quais são os interesses associados a esta indicação.

A segunda recomendação corresponde a “incentivar o aumento da produtividade dos profissionais de saúde”, propondo remuneração vinculada à qualidade e ao desempenho e aumento da força de trabalho. A terceira se assemelha à anterior, pois sugere a inclusão de um sistema de pagamento aos prestadores de serviços de saúde por Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR) com foco nos resultados de saúde. Cabe lembrar que as condições graves com necessidade de internação prolongada acarretariam em maior custo, ou visto por outro lado, maior ‘lucro’ para o setor privado. No contexto que fomenta privatizações e parcerias público-privado, como a adoção do GDR pode impactar na saúde da população?

As últimas recomendações indicam a necessidade de melhorar a coordenação e a integração de serviços nos diferentes níveis de atenção com expansão da cobertura e a redução da dedução dos gastos tributários com saúde (representam 30,5% dos gastos federais em saúde que configuram despesas regressivas) - questões importantes de serem

analisadas, pois podem incrementar o financiamento do SUS e melhorar a articulação do sistema.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das recomendações do Banco Mundial (BM) ao setor saúde brasileiro publicadas no Relatório de 2017 denota que a instituição manteve a linha orientada pelos pressupostos neoliberais pró-mercado que converte a saúde em bem de consumo e estratégia de acumulação capitalista, pois defende que é possível produzir mais com os mesmos custos em uma gestão e provisão mais *eficientes* atreladas à proposta de maior participação do setor privado. Enquanto que na década de 1990 as justificativas baseavam-se nas concepções de desempenho e sua relação com o custo-benefício, a partir de 2000 enfatiza-se a eficiência e o custo-efetividade. Permanece o uso de noções progressivas pautadas pela equidade, porém desde uma perspectiva que aponta para modelos seletivos que primam pela assistência focalizada e delimitação da carteira de serviços com foco principal aos pobres. Estes aspectos contrapõem a proposta de sistema universal na qual o SUS se configura e seus princípios constitucionais (universalidade, integralidade e equidade) que concebem a saúde como direito universal que deve ser garantida pelo Estado. O BM mantém a sugestão de revisar a excessiva responsabilidade do Estado, propõe limitar o seu papel a regulador, defende uma maior participação do setor privado na prestação de serviços e destaca como condição necessária a redução dos gastos públicos devido à *ineficiência* que o BM atribui às políticas públicas.

O Relatório apresenta contradições em suas propostas, pois embora o BM considere o setor privado como mais eficiente, não aprofunda o debate sobre o fato de que a atenção hospitalar já é realizada majoritariamente através de contratos e convênios com instituições privadas e não apresenta indicadores de eficiência. Além disso, mantém-se a linha de incorporar dispositivos da administração gerencial do sistema capitalista através de mecanismos de gestão baseada no desempenho e resultados alcançados. Por último, o BM refere que a desoneração fiscal das despesas realizadas com planos privados de saúde, indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos aumenta as iniquidades em saúde ao considerar que as isenções tributárias são menos progressivas, aspecto não destacado nos Relatórios anteriores.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. et al. Copagamentos no Sistema Público Brasileiro: anomalia ou tendência? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 89-109, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/06.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Washington, D.C.: [s.n.], 1991. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS_Relatorio_banco_mundial.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017.

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.

BANCO MUNDIAL. **Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil**. Grupo Banco Mundial, 2017, 160p. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017

BARBOSA, Rafael da Silva Por um ajuste justo do Banco Mundial. **Brasil Debate**. 2017, s/p. Disponível em: <https://jornalggm.com.br/noticia/por-um-ajuste-justo-do-banco-mundial-por-rafael-da-silva-barbosa>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BORÓN, Atilio. **Império e Imperialismo: uma leitura crítica de Michael Hardt e Antonio Negri**. Buenos Aires: CLACSO, 2002.

BRAGA NETO, Francisco. et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2a ed., rev., amp; 2012, p. 577-608.

BRASIL. **Constituição Federal**. Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Saúde (seção II). Brasília: Gráfica do Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 9 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABS do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde. 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 09 jan. 2018.

CHOSSUDOSVSKY, Michel. A globalização da pobreza. In: **A globalização da Pobreza Impactos das reformas do FMI e do Banco Mundial**. 1ª. ed. São Paulo: Moderna, 1999. p. 11-37.

DAIN, Sulamis. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 623-632, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/13.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

FREITAS, Rosana Carvalho Martinelli. **A política de combate à pobreza**: um estudo comparativo entre o Brasil e o México nas décadas de 1980 e 1990. 2004. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina Doutorado, Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/87453>

FRIZON RIZZOTTO, Maria Lúcia As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde no Brasil nos anos 1990. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro- CEBES, v. 29, n. 10, p. 140-147, mai.-ago., 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345255004.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017

FRIZON RIZZOTTO, Maria Lúcia; CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00263.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

GIOVANELLA, Lígia **Ajuste fiscal e injustiças em saúde** – comentário de Lígia Giovanella ao Relatório 'Um ajuste justo', do Banco Mundial. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – Conjuntura Política. 2017, s/p. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/699>. Acesso em 20 jan. 2018.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMÜLLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.11, p. 2263-2281, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/pt_0102-311X-csp-30-11-2263.pdf. Acesso em: 15 fev. 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. MARINHO, Alexandre. CARDOSO; Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. (Org.). **Avaliação de Eficiência em Sistemas de Saúde**: Brasil, América Latina, Caribe e OCDE. Rio de Janeiro: IPEA, 2012. 98 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1784.pdf.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. OCKÉ-REIS, Carlos Octávio.; GAMA, Filipe Nogueira de (Org.). **Radiografia do Gasto Tributário em Saúde: 2003-2013**. Nota Técnica nº 19. Brasília: IPEA, maio de 2016, 35 p. Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf. Acesso em: 11 jan. 2018

LIMA, Silvia Peixoto de; RODRÍGUEZ, Margarita Victoria. Políticas educacionais e equidade: revendo conceitos. **Revista Contrapontos**, v. 8, n. 1, p. 53-70, 2008. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/936/791>. Acesso em: 20 mai. 2018.

MARTINS, Paulo Henrique. Antiglobalização e Antiestatismo na perspectiva do pós-desenvolvimento e do antiutilitarismo. In: CIMADAMORE, Alberto; DEAN, Hartley Dean; SIQUEIRA, Jorge (Org.) **A Pobreza do Estado**. Reconsiderando o papel do Estado na luta contra a pobreza global. Argentina: CLACSO, 2006. p. 87-104. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20100615034846/03martins.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v.23, n.4, p. 1183-1197, 2014, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1183.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

OCDE. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Economic Surveys: Brazil**. 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2015-en. Acesso em: 14 jan. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Brazil. Statistics**. Total Expenditure on Health as % GDP. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/countries/bra/en/>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PEREIRA, João Márcio Mendes. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do "combate à pobreza". **Topoi**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 260-282, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/topoi/v11n21/2237-101X-topoi-11-21-00260.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

_____. Poder, política e dinheiro: a trajetória do Banco Mundial entre 1980 e 2013. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela. **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.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez.; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018.

NOTAS

Liana Cristina Dalla Vecchia Pereira

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH) da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil
lianadvpl@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4200-2464>

Rosana de Carvalho Martinelli Freitas

Doutora em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, Brasil
romartin@matrix.com.br

<https://orcid.org/0000-0002-9556-0128>

Endereço de correspondência do principal autor

Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº. Anexo do Bloco E do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFH), 2º andar, Trindade, CEP: 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção e elaboração do manuscrito: L. C. D. V. Pereira, R. C. M. Freitas

Coleta de dados: L. C. D. V. Pereira

Análise de dados: L. C. D. V. Pereira

Discussão dos resultados: L. C. D. V. Pereira, R. C. M. Freitas

Revisão e aprovação: L. C. D. V. Pereira, R. C. M. Freitas

CONJUNTO DE DADOS DE PESQUISA

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM

Não se aplica.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Não se aplica.

CONFLITO DE INTERESSES

Não se aplica.

LICENÇA DE USO

Os autores cedem à **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis** os direitos exclusivos de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution \(CC BY\) 4.0 International](#). Esta licença permite que **terceiros** remixem, adaptem e criem a partir do trabalho publicado, atribuindo o devido crédito de autoria e publicação inicial neste periódico. Os **autores** têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional, em site pessoal, publicar uma tradução, ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.

PUBLISHER

Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Publicação no [Portal de Periódicos UFSC](#). As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.

EDITORES

Javier Ignacio Vernal e Silmara Cimbalista

HISTÓRICO

Recebido em: 30.03.2020 – Aprovado em: 15.11.2020 – Publicado em: 23.11.2020