



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LILIAM DOS REIS SOUZA SANTOS

A REGULAÇÃO NA SAÚDE E O FORTALECIMENTO DO SETOR PRIVADO SOB A
ORIENTAÇÃO DO BANCO MUNDIAL

BELÉM

2010

LILIAM DOS REIS SOUZA SANTOS

A REGULAÇÃO NA SAÚDE E O FORTALECIMENTO DO SETOR PRIVADO SOB A
ORIENTAÇÃO DO BANCO MUNDIAL

Dissertação apresentada como requisito
para a obtenção do título de mestre, pelo
Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof^a Dr^a Olinda Rodrigues
da Silva

BELÉM

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Biblioteca Central/UFPA, Belém-PA

Santos, Liliam dos Reis Souza, 1983-

A Regulação na saúde e o fortalecimento do setor privado sob a orientação do Banco Mundial / Liliam dos Reis Souza Santos; orientadora, Olinda Rodrigues da Silva. — 2010

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Belém, 2010.

1. Política de Saúde – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD - 22. ed. 362.10420981

LILIAM DOS REIS SOUZA SANTOS

A REGULAÇÃO NA SAÚDE E O FORTALECIMENTO DO SETOR PRIVADO SOB A
ORIENTAÇÃO DO BANCO MUNDIAL

Dissertação apresentada como requisito
para a obtenção do título de mestre, pelo
Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof^a Dr^a Olinda Rodrigues
da Silva

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Valéria Costa Correia – Universidade Federal de Alagoas

Prof^o Dr Josep Pont Vidal – Universidade Federal do Pará

BELÉM

2010

À DEUS justo e verdadeiro, que com este trabalho cumpriu mais uma promessa em minha vida, e aos meus pais, Benedito e Joana, que não tiveram a oportunidade de concluir seus estudos mas lutam com todas as forças para que seus filhos alcance este sonho.

AGRADECIMENTOS

À professora Olinda Rodrigues pelo respeito, liberdade e incentivo na abordagem deste tema e pelo seu companheirismo e dedicação em toda a jornada do mestrado.

Ao meu esposo Erivelton Santos pela sua dedicação nas correções, revisões e organização deste trabalho e também pelo seu carinho e companheirismo que tornaram esse momento mais ameno.

Aos meus pais Benedito e Joana e aos meus irmãos, Joice e Cleber, pela dedicação, apoio e torcida incondicional para a obtenção do título de mestre.

A Professora Valéria Correia pelo apoio no esclarecimento e direcionamento dos aspectos teóricos deste trabalho e pela disposição de se deslocar de seu Estado para avaliar este trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFPA, pelo esforço em trazer a Professora Valéria Correia para a banca de qualificação.

Ao Professor Josep Vidal pela participação nas bancas de qualificação e defesa.

Ao professor Ari Loureiro pelo incentivo no processo de inserção no mestrado.

À professora Cristina Oshai pela disposição em ler o projeto deste trabalho e debater os aspectos teóricos referentes ao mesmo.

Ao Professor Carlos Maciel pela ajuda no esclarecimento do tema.

À Jaqueline Klein pelas informações no Conselho Estadual de Saúde e pelos contatos na Secretária de Saúde.

À Rosiane Costa, Presidente do CRESS, pelo apoio na banca de qualificação.

À Elizabete Castro pela sua ajuda sempre presente e pela amizade que construímos ao longo desses dois anos e meio.

Ao Carlos Augusto Junior pela amizade e apoio na tradução do resumo.

Ao Edney Santos pelo apoio na tradução dos textos do Banco Mundial.

À Tatiane Souza pelo apoio com os empréstimos de livros na UNAMA.

Às amigas construídas ao longo do mestrado: Jandira, Bete, Gorete, Helena, Flavia, Karla, Christiane, Teodora, Andrea, Sonia e Dora.

À equipe administrativa do Departamento de Regulação/SESPA no apoio com informações referentes ao tema.

À CAPES pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho faz uma análise de três modelos de regulação: a regulação no acesso aos serviços de saúde, que é realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde; a regulação via agências reguladoras; e o caráter regulador que o Estado adquire ao repassar a execução dos serviços de saúde a entidades como as Organizações Sociais, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e às Fundações Estatais de Direito Privado. Estes três modelos são resultantes do denominado Estado Regulador Neoliberal, originado do modelo de acumulação capitalista financeirizado e difundido no campo social pelo Banco Mundial. O Estado Regulador Neoliberal foi adotado no Brasil, na década de 90, por meio da contrarreforma do Estado, que reorganizou as funções deste, tornando-o mais regulador do que interventor. No campo social, esse modelo de Estado foi estabelecido com a divisão e transferência da execução das políticas sociais para a sociedade e para o mercado, focalizando sua ação aos setores mais pobres. A política de saúde que, pela ação do movimento de reforma sanitária, se tornou direito social na Constituição Federal de 1988, vai ser atingida por uma contrarreforma desencadeada pelo Banco Mundial, que tratou de distorcer os princípios deste sistema, organizando-o, no sentido de ofertar serviços de saúde públicos somente aos grupos mais pobres, na tentativa de quebrar com a universalidade desta política. Esta situação gera um conflito de interesses de dois projetos distintos no campo da saúde no Brasil: um que defende a política de saúde pelo viés da reforma sanitária e outro que defende a saúde pela via do mercado. Os modelos de regulação aqui estudados são frutos destas contrarreformas e atuam sob a lógica do projeto de saúde voltado ao capital, portanto contrários a efetivação do SUS.

Palavras-Chave: Estado Regulador, Política de Saúde e Regulação na Saúde.

ABSTRACT

This work is ruled in a documental research that it looks for an analysis of three regulation models in the health politics: the regulation in the access to the services of health; the regulation through regulation agencies; and the character regulator that the State acquires when reviewing the execution of the health services to entities as the Social Organizations, the Organizations of the Civil Society of Public Interest and the Foundations of Private Law. These three models are resultants of the denominated State Neoliberal Regulator, comes from the model of capitalist accumulation and spread in the social field for the World Bank. The State Neoliberal Regulator was adopted in Brazil, in the decade of 90, that it reorganized the functions of the state, becoming it more regulator than intervenor. In the social field, that model of State was established with division and transfer of the execution of the social politics for the society and to the job market, focusing it action to the poorest sections. The health politics, for the action of the movement of sanitary reform, it become social law in the Federal Constitution of 1988, it will be reached by a counter-reformation caused by the World Bank, that distorted the beginnings of this system, organizing it, in the sense of presenting public health services only to the poorest groups, in the attempt of breaking with the universality of that politics. This situation generates a conflict of interests of two different projects in the field of the health in Brazil: project first, defends the politics health for the inclination of the sanitary reform and another project defends the health for the road of the market. The regulation models here studied are come from counter-reformation and they act under the logic of the project of health returned to the capital, therefore contrary SUS execution.

Key-words: State Regulator, Health Politics and Regulation in the Health.

LISTA DE SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
EUA – Estados Unidos da América
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI - Fundo Monetário Internacional
IED - Investimento Estrangeiro Direto
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MARE - Ministério da Administração e da Reforma do Estado
NOAS/2001 - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB/96 - Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96
NOB-SUS - Norma Operacional Básica do SUS
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OCS - Organizações de Conservação da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OS - Organização Social
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS - Organizações Sociais de Saúde
PRO-REG - Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação
PROUNI - Programa Universidade para Todos
REFORSUS - Reforço à Reorganização do SUS
SELIC - Sistema Especial de Liquidação e Custódia
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 O ESTADO REGULADOR SOB A ÉGIDE NEOLIBERAL.....	17
2.1 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO CONCEITO DE REGULAÇÃO.....	17
2.1.1 A Regulação a partir de uma Abordagem Social.....	22
2.2 NEOLIBERALISMO E O ESTADO REGULADOR.....	29
2.3 A REGULAÇÃO A PARTIR DO ESTADO BRASILEIRO.....	42
2.4 A CONTRARREFORMA DO ESTADO.....	53
2.4.1 A Reforma Regulatória.....	64
3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A SUA REGULAÇÃO NA DÉCADA DE 90.....	73
3.1 BREVES CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM NÍVEL MUNDIAL.....	73
3.2 SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA E PECULIARIDADES.....	79
3.3 A REFORMA SANITÁRIA E SAÚDE COMO DIREITO.....	85
3.4 A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS-CONSTITUIÇÃO.....	91
3.5 AS ORIENTAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA A SAÚDE NO BRASIL.....	97
3.5.1 O Ataque a Universalidade – Documento “Brasil: Novo Desafio a Saúde do Adulto”	103
3.5.2 As Bases para a Política de Regulação na Saúde no Brasil – Documento “A Organização, Prestação, e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”.....	106
3.5.3 A efetivação do Estado Regulador na saúde – Documento “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”	112
4 OS MODELOS DE REGULAÇÃO NA SAÚDE NO CONTEXTO DAS CONTRARREFORMAS.....	117
4.1 AS CONTRARREFORMAS NO CAMPO DA SAÚDE NA DÉCADA DE 90.....	118
4.2 A REGULAÇÃO NA SAÚDE NO CONTEXTO DAS CONTRARREFORMAS...	127
4.3 OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E O ESTADO REGULADOR NA	

SAÚDE.....	138
4.3.1 A Inconstitucionalidade destas Modalidades de Gestão.....	151
4.4 OS MODELOS DE REGULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SEU REBATIMENTO NA PRIVATIZAÇÃO DO SUS.....	155
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
6 REFERÊNCIAS.....	173

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho, intitulado “As influências do Banco Mundial nos modelos de Regulação na Política de Saúde brasileira”, é fruto de um percurso acadêmico voltado para o estudo da Política de Saúde no Brasil, que é permeada pela ação de um projeto privatista e outro a favor da saúde como política pública pautada na Reforma Sanitária.

O interesse por esta temática se deu, também, à condição de usuária dos serviços do SUS e de estagiária curricular no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, que propiciaram a vivência das dificuldades de acesso que os usuários do Sistema Único de Saúde enfrentam para ter garantida sua saúde. Na procura de entender melhor esse processo, buscou-se realizar uma análise sobre a organização do atendimento do SUS, que tem como porta de entrada os serviços de atenção básica, de onde se encaminha para os serviços de maior complexidade.

No processo de desvendamento do tema e na busca de apreender as determinações do conceito, foi possível entender que esse modelo de acesso foi criado no âmbito do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), no mesmo contexto de criação das agências reguladoras, no campo da saúde, e das entidades com modalidades de gestão flexíveis (Organizações Sociais) para executar serviços de saúde repassados pelo Estado, o que imprime a este uma postura reguladora e financiadora.

Esses fenômenos, que não parecem ter co-relação, no decorrer do aprofundamento teórico, foram se mostrando frutos de um mesmo processo: a ação de um Estado que retrai sua função interventiva para a ampliação da esfera mercantil, denominado Estado Regulador Neoliberal, que é decorrente do modelo de acumulação capitalista financeirizado, que se manifestou no Brasil através das orientações de agências multilaterais, como o Banco Mundial, na esfera social, e o Fundo Monetário Internacional, na Economia.

Este tema não partiu de conceitos já debatidos amplamente, pois houve certa dificuldade de acesso a outros trabalhos que tivessem a mesma intencionalidade ou mais explicativos sobre ele, o que fez com que as abordagens teóricas e empíricas fossem complexas. Dessa forma, buscou-se centrar a análise no status regulador que o Estado estava adquirindo, através do repasse da execução dos serviços de

saúde para as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e para as Fundações Estatais de Direito Privado. Buscou-se analisar, mais precisamente, o modelo de regulação público na política de saúde do Estado nos Hospitais Públicos gerenciados pelo modelo de Organização Social, instituídos a partir da reforma do Estado no Brasil, tendo como ponto analítico o Estado do Pará.

O projeto original da pesquisa objetivava analisar os Contratos de Gestão, celebrados entre o Governo do Estado e as OS; a Lei Estadual, que institui estas entidades; e as Atas dos conselhos gestores das OS. Procurava-se identificar em que medida os Contratos de Gestão legitimam o caráter regulador do Estado e favorecem, ou desfavorecem, o projeto de saúde privatista presente na política de saúde brasileira.

As perspectivas de realização dessa pesquisa não contavam com as dificuldades institucionais de se ter acesso ao contrato de gestão público realizado entre as OS e o Estado. Mesmo sendo um documento público, não foi possível ter acesso na Secretária de Estado de Saúde Pública, no Tribunal de Contas do Estado do Pará, no Conselho Estadual de Saúde, na Assembléia legislativa do Estado e nem em um dos Hospitais gerenciados pelo modelo de Organização Social, que é o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, localizado na região metropolitana de Belém.

Buscou-se, então, realizar a pesquisa a partir do modelo de regulação assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), procurando mapear os prestadores de Serviços de Saúde ao SUS, identificando os prestadores públicos e privados, e analisar se este modelo tende a um processo de favorecimento do setor privado na saúde.

Novamente encontrou-se como desafio a falta de disponibilização dessas informações nas instituições. Mesmo existindo um banco de dados sobre os prestadores de serviços de saúde no site do Ministério da Saúde, ele não especificava quais prestadores, de fato, estavam inseridos na rede pública de serviços. Precisava-se então da informação da Secretaria de Estado de Saúde Pública, que alegou não dispor dessa informação de maneira organizada, não podendo, portanto, repassá-la como fonte de pesquisa.

Diante desses impasses, optou-se por realizar uma pesquisa documental e bibliográfica que abordasse três dos modelos de regulação, que compõem a política

de saúde no Brasil: o modelo de regulação assistencial do SUS; o modelo de regulação via agências reguladoras; e o modelo que caracteriza o Estado como regulador no âmbito da saúde, através do repasse dos serviços de saúde para a gestão por terceiros, com a hipótese de que estes modelos pelo contexto em que surgiram fazem parte de um projeto de desconstrução do SUS.

A pesquisa aponta que estes modelos estão condicionados aos ajustes estruturais do padrão de acumulação capitalista financeirizado, no que concerne a redução da ação do Estado com as políticas sociais, difundidos pelo Banco Mundial para os países em desenvolvimento, que se manifestaram no contexto da contrarreforma na saúde iniciada na década de 90.

A proposta inicial deste trabalho tinha como um dos objetivos específicos investigar as influências dos organismos internacionais na política de saúde. Diante das dificuldades de realização da pesquisa empírica, optou-se por analisar os documentos elaborados pelo Banco Mundial para a política de saúde brasileira, procurando identificar em que medida eles contribuíram para a adoção dos modelos regulatórios nesta política, já que, segundo May (2004, p. 207), “os tipos de perguntas que fazemos à história e como a nossa existência contemporânea informa esse processo tem implicação sobre o que descobrimos e, mais importante, sobre o que é ignorado”.

A pesquisa documental partiu da análise dos três documentos elaborados pelo Banco Mundial para a política de saúde brasileira, expondo que foram a partir deles que se estabeleceram as bases para a implantação destes modelos regulatórios nesta política. Além deles, analisou-se o caderno nº 13 do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde -, elaborado por Bresser Pereira, que trata a respeito da criação dos sistemas de organização do atendimento ao SUS, de onde o Ministério da Saúde se baseou para a organização do acesso aos serviços de saúde, instituído pela Norma Operacional Básica, de 1996, que também foi analisada.

Utilizaram-se também, como fontes documentais, a Política Nacional de Regulação, o caderno nº 06 (seis) do Pacto pela Saúde, que trata da regulação no SUS, as leis de criação das Agências Reguladoras na Saúde (ANS e ANVISA) e a lei de criação das OS, pois, segundo May (2004, p. 208), as fontes documentais “incluem documentos históricos, como leis, declarações, estatutárias [...]”.

A pesquisa em questão apresenta uma análise qualitativa dos documentos, buscando uma leitura destes “em termos de seus símbolos”, adentrando no contexto político e ideológico em que foram construídos e as suas intencionalidades de ação, uma vez que, os “documentos podem ser localizados num contexto político e social mais amplo” e “não refletem simplesmente, mas também constroem a realidade social e as versões dos eventos” (MAY, 2004, p. 212). Estas questões também foram fundamentadas pela utilização de fontes secundárias, parte da pesquisa bibliográfica sobre o tema.

As análises destes documentos subsidiaram, portanto, a construção deste trabalho, que se organiza da seguinte forma: O primeiro capítulo apresenta uma análise ampliada do conceito de regulação, através da sua abordagem no campo da Economia, da Administração Pública e no âmbito Social. Nesta última, fez-se necessário retornar à história para compreender as determinações desse processo, passando pela regulação no Estado Liberal, no Estado de Bem-Estar Social e no Neoliberalismo, centrando-se neste, a fim de identificar a formação do Estado regulador neste modelo, que se pauta no regime de acumulação capitalista financeirizado que fomentou os processos de liberalização e desregulamentação dos mercados nacionais, onde se buscou diminuir as ações dos Estados Nacionais e ampliação da ação do mercado em funções desenvolvidas pelo Estado.

O Estado Regulador Neoliberal se insere no Brasil a partir da década de 90 no contexto das contrarreformas neoliberais, manifestada na contrarreforma do Estado na metade da década de 90, liderada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

O segundo capítulo trabalha a política de saúde, primeiro em nível internacional, onde se aborda a saúde como política social e as reformas sofridas ao longo da implementação neoliberal. Depois, adentra-se ao Brasil, buscando situar seus avanços e desafios por meio da particularidade de ser uma política com forte vinculação no setor privado; a luta do movimento de Reforma Sanitária que desencadeou o seu avanço na Constituição Federal de 1988 como política social de dever do Estado; e os ataques sofridos por esta política pelas tendências neoliberais, que se manifestam, a partir da década de 90, com os governos neoliberais de Fernando Collor de Melo (Collor) e FHC, que trataram de arquitetar uma contrarreforma para esta área da saúde, visando desqualificá-la como o direito social.

Neste capítulo são analisados os documentos do Banco Mundial, elaborados especificamente para a política de saúde no Brasil, a partir da década de 90, demonstrando que eles foram os principais instrumentos para a realização da contrarreforma na saúde brasileira.

As bases para os modelos regulatórios na política de saúde encontram-se efetivamente no segundo documento produzido para o Brasil, denominado de “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, publicado neste país no ano de 1995.

A tendência de desresponsabilização do Estado com a oferta direta dos serviços de saúde, tornando-se apenas regulador, expressa desde o primeiro documento, é reforçada no segundo documento, mas é aprimorada sobremaneira no terceiro documento, denominado “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade do investimento público e da gestão de recursos”, que vai apontar a urgente necessidade do Estado se abster da execução direta dos serviços, repassando-os para modelos de gestão mais autônomos.

A contrarreforma na política de saúde na década de 90, realizada a partir destes documentos, será abordada no terceiro capítulo, que trabalha também três dos modelos de regulação presentes na política de saúde, como consequência desta contrarreforma. Neste capítulo, recorre-se à análise do documento direcionado para organização do atendimento ao sistema de saúde no Brasil, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), assim como às análises da Norma Operacional Básica de 1996, do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Regulação do SUS, como forma de mostrar a construção da regulação assistencial do SUS.

Da mesma forma, recorrem-se às leis de criação das agências reguladoras no campo da saúde, para evidenciar que o surgimento deste modelo está em sintonia com as recomendações do Banco Mundial de regulação das ações em saúde no setor privado, com vista a fomentar este setor para um pleno desenvolvimento.

O terceiro modelo de regulação aqui trabalhado é a formação do Estado Regulador no campo da saúde, à medida que o setor público transfere para terceiros a responsabilidade da execução dos serviços de saúde. No sentido de demonstrar a efetivação desse Estado regulador na área da saúde, abordam-se as novas modalidades de gestão, demonstrando como elas demarcam essa função ao Estado e que obedeceram à lógica privatista na saúde porque estão arraigadas de

inconstitucionalidade, já que não obedecem as regras do sistema administrativo nacional. No último tópico deste capítulo, discute-se o rebatimento destes modelos nos processos de privatização do SUS em curso.

Considera-se que a pesquisa documental e bibliográfica é uma ferramenta muito rica de apreensão da realidade nas pesquisas sociais, pois abarca “a sedimentação das práticas sociais, têm o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e em longo prazo; eles também constituem leituras particulares dos eventos sociais” (MAY, 2004, p. 205).

Neste sentido os documentos aqui analisados permitiram compreender os rumos que foram dados a política de saúde e as intencionalidades de quem os construíram. Revelando que ao mesmo tempo em que se construiu um novo modelo, processava-se a desconstrução de alguns elementos conquistados em períodos anteriores evidenciando o discurso contrarreformista na política de saúde. A investigação buscou, portanto, contribuir para elucidar os reais elementos que conformaram a política de saúde executada pelo Estado brasileiro, na procura de contribuir para a sua verdadeira efetivação neste país e acena para uma continuidade em outro momento de pesquisa.

2 O ESTADO REGULADOR SOB A ÉGIDE NEOLIBERAL

O conceito de regulação é utilizado de diversas formas nas mais variadas áreas de conhecimento, o que torna necessária uma análise deste conceito, enfocando suas abordagens no campo da economia, da administração pública e no social.

O termo regulação teve sua origem dentro da Economia, onde é visto como um instrumento de análise da ação do Estado em relação ao mercado, que varia de acordo com os modelos históricos de Estado iniciados no período moderno. Embora seja próprio da economia, o termo regulação foi sendo utilizado no campo da Administração Pública, no âmbito do modelo de Estado neoliberal, para caracterizar as ações das Agências Reguladoras, que exercem uma função de controle público em relação ao setor privado.

A abordagem deste conceito no âmbito social considera que o Estado é o principal regulador na sociedade. Entretanto, esta ação reguladora é marcada pelo modelo ideológico que o Estado Moderno assume em determinado período histórico, sendo enfatizado mais precisamente no Estado neoliberal.

Esta abordagem inicial dará as bases para a realização da análise da formação do Estado regulador no modelo de Estado neoliberal, que se caracteriza por uma regulação, tanto na esfera econômica como no social, feita a partir da desregulação, desregulamentação e liberalização. Posteriormente, será realizado um estudo sobre este modelo de regulação estabelecido no Brasil na década de 90, através da contrarreforma e a partir dos governos de Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso, dando base para a realização de uma análise da regulação na política de saúde.

2.1 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO CONCEITO DE REGULAÇÃO

A palavra, termo ou conceito de regulação é permeado por diversas análises, visto que a tentativa de conceituar regulação foge à regra de um padrão, pois se podem dar diversas significações de acordo com os vários campos acadêmicos,

perspectivas da agenda política e valores que estão implícitos, por quem as elabora e por quem as utiliza.

Embora o termo regulação possa ser utilizado com vastos sentidos em diversos campos acadêmicos, a preponderância se deve à economia, trazendo incorporada a direção política e ideológica dos períodos históricos em que se tenta compreender tal conceito. Aragão (2001, p. 40) confirma este princípio ao afirmar que o conceito de regulação na economia é “fenômeno multifacetário, de forma bem heterogênea, não apenas ao longo da história, mas dentro dos modelos de Estados singularmente considerados, que empregam estratégias reguladoras em função das necessidades concretamente verificadas na sociedade e na economia”.

A ação de regular, no campo econômico, implica uma integração de diversas funções, onde se manifesta pela imposição de um posicionamento às atividades econômicas, respeitando certo “equilíbrio dos interesses das diversas forças sociais presentes. Este posicionamento é estabelecido por decisões gerais e abstratas, pela aplicação correta de suas regras e pela composição dos conflitos que dela advém” (ARAGÃO, 2001, p. 40). Compõem assim, ao conceito de regulação, três poderes principais: aquele de editar a regra, o de assegurar a sua aplicação e o de reprimir as infrações.

Baseado nessas premissas, Aragão (2001, p. 41) afirma que o termo regulação possui três principais atuações no campo da economia:

1 - A regulação dos monopólios, quando a competição é restrita ou inviável, evitando que eles lesem a economia popular, contratando os preços e a qualidade dos serviços ou produtos. 2 - A regulação para a competição, como forma de assegurar a livre concorrência no setor privado e, no uso de atividades econômicas sensíveis ao interesse público o seu direcionamento na senda destes; e 3 - A regulação dos serviços públicos assegurando a universalização, qualidade e preço justo.

O termo regulação, na economia, também fundamenta as teorias econômicas que visam explicar a dinâmica do sistema capitalista, como por exemplo, a teoria da regulação que nasce da Escola de Regulação Francesa, a partir da década de 70, com a tese de Michel Aglietta em 1974, sobre a regularidade e acumulação em longos períodos capitalistas. Este autor, de orientação marxista, prega, por meio desta teoria, que o sistema capitalista é essencialmente predisposto a crises, porém

se mantém estável durante certo tempo devido à criação de um aparato regulatório que o protege destas.

De acordo com Paulani (2009, p. 25), a teoria da regulação

Busca forjar um instrumental teórico capaz de explicar como se dá a reprodução regular de relações sociais que são contraditórias, ou seja, como explicar de que modo, sendo constituídas socialmente por conflitos imanentes, as economias capitalistas são capazes de manter a acumulação. Para tanto, parte do princípio de que, em cada momento histórico determinado, o processo de acumulação capitalista assume uma forma específica.

Para Leda Paulani (2009, p. 25), a teoria da regulação desdobra o conceito marxista de modo de produção em duas categorias: modo de regulação e regime de acumulação. Esta autora define modo de regulação como o

Que vem a ser o conjunto dos procedimentos e comportamentos individuais ou coletivos capazes de reproduzir as relações fundamentais ao processo de acumulação, sustentar e pilotar o regime de acumulação em vigor e garantir a compatibilidade de um conjunto de decisões descentralizadas. [...] o modo de regulação figura como a materialização do regime de acumulação em vigor.

O conceito de regime de acumulação se refere às formas de valorização do capital, na busca de entender o processo de crescimento econômico. Para Paulani (2009, p. 25), “o regime de acumulação (RA) é constituído pelo conjunto das regularidades econômicas e sociais que, em cada momento histórico, são capazes de garantir a acumulação no longo prazo”. A teoria da regulação propõe elementos para a apreensão das diversas formas de crescimento do sistema capitalista – regime de acumulação e elementos de controle das formas de acumulação por meio do modo de regulação-, num processo de mediação de suas próprias contradições, e não deixa de ter importância na análise da dinâmica capitalista, pois promove uma compreensão ampliada do termo regulação na área econômica.

O autor Jean Eduardo Aguiar Caristina (2006) explica o conceito de regulação econômica a partir da análise dos três modelos de Estado presentes no período moderno: o Liberal, o de Bem-Estar Social e o Neoliberal. Ele demonstra que cada

modelo segue uma especificidade da utilização do termo, o que acarreta diretamente na caracterização mais atual do termo dentro da Economia.

A política do Laissez Faire Liberal, contrária à intervenção do ente estatal nos setores da sociedade, principalmente na economia, atuava na ideia de uma auto-regulação ou desregulação¹ econômica. Com o fim do período liberal, em 1929, e com o pós-guerra, foram sendo criados instrumentos reguladores e uma centralização do poder na mão do Estado que ainda incluiu o papel mantenedor do desenvolvimento social, político e econômico. Neste modelo, foram criados diversos instrumentos de controle sobre a economia, por meio de leis e atos normativos.

O modelo de Estado interventor entra em crise a partir da década de 70. Esta crise gerou uma redução da participação estatal na economia, surgindo um novo paradigma, cuja ideia é a de que o “Estado não deve ser o provedor direto de bens e serviços, mas mero regulador” (CARISTINA, 2006, p. 116).

Após esse processo de transição, vive-se a égide do neoliberalismo, o que, para Caristina (2006, p. 116), não significou o abandono da economia pelo Estado, mas sim a implementação de um

Controle supra-econômico de entidades técnicas especializadas e setoriais (em geral operadas por meio de agências) [...] que consiste na diminuição do Estado e na conscientização de que mesmo o absentismo (ausência de regulação) poderia ser uma forma equilibrada da ação estatal.

Assim, a regulação econômica, no contexto neoliberal, de uma maneira mais ampla, é definida por Caristina (2006, p. 128) como “espécie de modelo econômico sucessor do intervencionismo, tem como finalidade evitar a participação do Estado diretamente na economia por intermédio de normas e entidades técnicas, para efetuar o controle das atividades dos agentes econômicos”.

Neste contexto, o termo regulação foi sofrendo algumas mudanças. A tendência que acompanha o termo é a substituição da noção de controle para as denominadas relações de direção, o que “compreende um teor mais elaborado e ponderado e um controle mais flexível, com a adoção de medidas corretivas das

¹ A desregulação é caracterizada por uma ausência total de regulação.

disfunções verificadas, em detrimento das medidas repressivas antes aplicadas” (ARAGÃO, 2001, p. 41).

As práticas de regulação adotadas no modelo de Estado interventivo – Estado de Bem-Estar Social – são mais parecidas com as práticas de regulamentação, definidas por Aragão (2001, p. 42) como “mecanismos de caráter preponderantemente interventivo e sancionatório”. Já o termo regulação estatal, na economia, para o mesmo autor, no contexto histórico neoliberal, vem “adotando novas técnicas regulatórias – flexíveis e consensuais”-, buscando alcançar conceitos como eficiência e eficácia, que são diferentes, portanto, em grau e intervenção do modelo regulatório do Estado intervencionista, caracterizando um processo de desregulamentação.

O contexto neoliberal inaugura uma compreensão de regulação como medida de cunho mais flexível. Como forma de denominar essa mudança de sentido da ação reguladora, foram criados novos termos, como a ‘neo-regulação’ e a ‘regulação, para a competência’², que explicam a conciliação da ação estatal com os traços liberalizadores da economia, visando uma regulação estatal debruçada no estabelecimento dos quadros para que o mercado se desenvolvesse livremente e regulasse naturalmente a atividade.

É importante destacar que, de acordo com as novas tendências, o conceito de regulação oriundo da economia foi sendo, cada vez mais, utilizado na área jurídica, como forma de qualificar e nomear as diversas funções da Administração Pública, sendo entendido nesta área como “intervenção, o que significa restrição da escolha baseada em interesses privados e particulares, pelo poder público. No sentido *stricto sensu* da palavra, a regulação tem a ver com a emissão de regras de jogo, sendo assim, função inerente ao Estado”, conforme Peci (2004, p. 02). Esta utilização pode ser vista na atuação das agências reguladoras, que estão incumbidas de regular determinados setores da economia.

A regulação no campo da Administração Pública, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), refere-se ao conjunto diverso de instrumentos por meio do qual os governos estabelecem exigências às empresas e cidadãos. As regulações incluem as leis, pedidos formais e informais, normas subordinadas e emitidas por todos os níveis de governo e as normas

² ARAGÃO (2001, p.42) expõe que novos conceitos foram utilizados para caracterizar a forma flexível que a regulação foi adquirindo no contexto do Estado neoliberal.

emitidas por organismos não-governamentais ou auto-reguladores, a quem os governos delegaram poderes normativos.

No contexto econômico e político neoliberal, a regulação que se realiza no âmbito público estatal foi adquirindo a forma de desregulação e auto-regulação. A desregulação, caracterizada por uma ausência de regulação, é uma característica do modelo neoliberal que, com a proposta contrária ao intervencionismo estatal do modelo pós-guerra, propõe um modelo de regulação a partir da ausência de regulação em setores estratégicos, principalmente, no mercado, podendo este se desenvolver livremente. Na prática, o que se realiza é uma auto-regulação que acontece pela substituição do modelo regulador estatal pelo modelo em que os próprios agentes fazem a regulação, ou mesmo, pelo modelo em que o Estado, indiretamente, atua por meio de agências de regulação, que, embora ligadas ao Estado, não permitam uma ação direta deste no processo de regulação.

2.1.1 A Regulação a partir de uma Abordagem Social

A regulação no âmbito social, assim como na economia, pode ser analisada pelas diferentes formas que a ação reguladora adquire quando utilizada pelos diferentes modelos ideológicos do Estado Moderno, sendo este o âmbito sobre o qual se debruça este trabalho. Busca-se com este trabalho a compreensão da dimensão reguladora do Estado frente às políticas sociais. Esta análise será feita de acordo com os princípios teóricos de Potyara Pereira (2002, p. 26), que aponta que a regulação pode ser analisada, também, pelo prisma social. Nesse contexto, a regulação é definida pela autora como os “processos e meios pacíficos de controle ou ajustamento social pelos quais o Estado leva os membros da sociedade a adotarem comportamentos, idéias, relações e práticas compatíveis com a lógica do sistema social do qual fazem parte”.

A mesma autora destaca que, no capitalismo, a política social tornou-se um dos “principais meios pacíficos de regulação da vida coletiva, ao lado das leis, da propaganda, das honrarias, dos louvores e do apelo aos valores morais”.

Na Era Moderna, a ênfase se dará ao Estado de direito ou Estado limitado às leis, o que fortalece a defesa do princípio do controle público, por meio de normas e

estratégias que condicionavam o Estado aos limites constitucionais. Os ideólogos liberais adeptos desta noção de controle do poder estatal acentuam a autonomia individual, expressando a sua posição contrária à intromissão do Estado na liberdade individual e nos assuntos privados. Para Pereira (2002, p. 29), o Estado, na concepção dos liberais,

[...] passa a ser concebido como uma instância separada da sociedade, devendo esta expressar-se apenas de forma parcial, referenciada na atividade daquele [...] os liberais pressupunham que a organização estatal não seria afetada por fatores sociais e econômicos e, portanto, não deveria preocupar-se em prestar serviços à sociedade e em mantê-la em equilíbrio. Fortalece-se, desse modo, o conceito de igualdade formal e jurídica, que, por assim ser, não assumia compromissos com desigualdade real, substantiva.

O Estado Liberal, que nasce junto com a sociedade capitalista, já traz imbuído em sua estrutura ideológica o enunciado da auto-regulação, ou seja, a sociedade se auto-regularia tendo no mercado o ideal de coesão e de abolição das classes e as desigualdades sociais. No liberalismo, o papel e a função do Estado estariam em uma posição coadjuvante e de mínima regulamentação política. Segundo Andersen (1991, p. 86), mesmo diante de diferentes modos de ação, os ideólogos liberais eram de acordo com a mesma ideia de que o “caminho para a igualdade e a prosperidade deveria ser pavimentada com o máximo de mercados livres e o mínimo de interferência estatal”.

Neste modelo, a ideia de regulação social por parte do Estado se apresenta em um limite de não alcance dos mercados, tendo este o papel fundamental e invisível de regulação social.

O Estado Liberal, segundo Toledo (1997, p. 72), “caracteriza-se, principalmente, pela separação entre Estado e economia e pela tentativa de reduzir a política à chamada sociedade política, isto é, por tentar despolitizar as relações econômicas e sociais”.

Esse modelo de Estado Liberal, na tentativa de separar política da economia, acaba por legitimar um conceito de sociedade reduzido a cidadãos e produtores, sem a existência de classes sociais. Esta negação das classes sociais, segundo Toledo (1997, p. 72), “provocou uma grande desigualdade social e um grande

conflito e antagonismo entre burguesia e proletariado, e essas foram as condições em que as ideologias, os partidos e as revoluções socialistas se desenvolveram.”

Este modelo de regulação, imbuído no Estado liberal, trouxe, de forma implícita, sérias contradições, como a não atualização do papel do Estado em torno de questões políticas e estruturais que afetavam a sociedade, não o qualificando para enfrentar os combates com a sociedade. Demandas dadas pelo contexto da revolução industrial que, dentro do conflito entre capital e trabalho, levaram a sensíveis mudanças em várias instituições como a família, cedendo lugar ao livre mercado, culminando com a organização da classe trabalhadora e levando a regulamentação da vida individual pelo direito público. Com isso, a primazia do direito privado se perde perante o Estado.

Este é o contexto histórico em que a questão social eclodiu e se transformou em fato perturbador do modelo de Estado vigente. O Estado burguês se viu, então, na necessidade de enfrentar tal questão, através da renúncia da sua postura eqüidistante, tornando-se interventor e passando a assumir uma ação reguladora interessada nos conflitos entre capital e trabalho, o que o levou a um novo modelo ideológico do Estado – o de Bem-Estar Social. Para Pereira (2002, p. 31), esta mudança representou

O fim de uma concepção idealista de que a sociedade, por si só ou, quando muito, acossada pela polícia, pudesse encontrar soluções para os problemas sociais. Constatada a falácia dessa concepção, impôs-se outra, apoiada na necessidade do sistema liberal – burguês de responder, por meio da regulação estatal efetiva e ampliada, os efeitos disruptivos da questão social.

Diante do fracasso do modelo de Estado Liberal, surge o modelo de Estado social, que predomina nas décadas de 20 a 70. Os acontecimentos políticos dos anos 20 e 30, do século XX, como a ação interventora tanto na produção, quanto na distribuição de bens e serviços, a grande Crise Econômica de 1929, que resultou em considerável aumento do desemprego, desencadeando o agravamento de diversos problemas sociais, exigiram deste modelo ideológico de Estado uma profunda regulação estratégica, o que leva a afirmação deste modelo de Estado na década de 40.

Para tal afirmação, este Estado teve que se valer de um corpo teórico doutrinário que lhe deu sustentação teórica e política pelo tempo em que se manteve atuante – o Keynesianismo. Construído a partir das teorias de John Maynard Keynes, grande defensor do sistema capitalista, este modelo de Estado discordava da auto-regulação do mercado e propunha o papel interventor e implementador do Estado, a fim de gerar o pleno emprego e manter aquecida a demanda agregada para dar margem à intervenção estatal tanto na esfera econômica como na social. O Estado de Bem-Estar Social, também denominado de *Welfare State*,

Foi a alternativa histórica das sociedades capitalistas do pós-guerra para a resolução das desigualdades sociais. A partir daí ocorreu uma forma combinada entre a chamada política econômica Keynesiana e o *Welfare State*. Enquanto aquela proporcionava um crescimento econômico sem precedentes, regulado e estimulado, as políticas sociais amenizavam tensões e conflitos, potencializando a produção ou facilitando o consumo. Na perspectiva Keynesiana a política social teria a função econômica de subsidiar o consumo ou o subconsumo, onde, através de um salário indireto, se estimularia e possibilitaria o ingresso dos excluídos no mercado. Sposati (1992 *apud* JORGE, 2007, p. 32)

Uma das medidas fundamentais deste modelo de Estado, no âmbito do social, só vai ganhar ênfase nos anos 40, que é sua conotação de “proteção social básica, como um direito de todos, independente da renda dos cidadãos e da sua capacidade de contribuição para o financiamento do sistema” (PEREIRA, 2002, p. 33).

É neste momento histórico que a proteção social ganha ascensão. Essa foi montada no âmbito da regulação estatal, não como um presente dado por este modelo, mas como fruto, também, da forte organização trabalhista em que se vivia na época. Segundo Pereira (2002, p. 33), “na falta de condições objetivas estratégicas para transformar o sistema que os oprimia, a classe trabalhadora aproveitou os impactos de outras condições objetivas e subjetivas presentes [...] para abraçar, no seio do próprio sistema, a causa dos direitos sociais”.

Nessa conjuntura de pressões sociais, inaugura-se um padrão de regulação que extrapola o exercício de poder em dever do Estado, representado pelo poderes públicos, de assegurar serviços sociais à comunidade de maneira universal e de

caráter de direito. Nesse contexto, novas questões vêm atingir uma das principais estruturas de cunho liberal que era a de ação restrita do Estado.

O Estado de direito, instituído a partir da sociedade capitalista, vai conviver agora com o Estado social, ou seja, vai haver uma convivência entre Estado de direitos individuais relacionados às liberdades burguesas que envolvem a liberdade pessoal, política e econômica e o Estado de direitos sociais, que estão imbuídos na busca da igualdade e justiça social.

Potyara Pereira (2002, p. 34) destaca que existem três importantes incompatibilidades entre essas duas formas de direito - social e individual. A primeira incompatibilidade diz respeito a uma dinâmica diferenciada destes modelos de direito: o direito individual representa a aversão à mudança, enquanto que o direito social, ao contrário, é favorável à mudança; a segunda incompatibilidade, segundo Pereira (2002, p. 34), “reside na própria índole da garantia com a qual os dois tipos de direito se identificam; pois, se os direitos individuais [...] são a garantia de uma sociedade burguesa separada do Estado, os sociais representam, a via por meio da qual a sociedade penetra no Estado”.

A terceira incompatibilidade é referente às condições de aplicabilidade e de eficácia dos dois tipos de direito. Neste sentido, o direito social é visto como de difícil concretização, visto que só pode ser viável pela ação das políticas públicas e, para isso, depende de recursos financeiros e de boa vontade dos governantes e, sem este aparato, se transforma em letra morta nas leis, perdendo seu caráter de direito. Pereira (2002, p. 35) destaca que:

Tendo em vista essas dificuldades, percebe-se que a prática da regulação social capitalista, sob a égide do direito, não se deu livre de tensões e conflitos de interesses que acabaram por fazer prevalecer, nos últimos vinte anos, os direitos individuais sobre os sociais e sobre a sua base institucional – o Estado social.

O Estado Social vai negar o princípio do equilíbrio espontâneo, pregado pelos teóricos liberais³. A partir da ação do Estado, conseguiu alcançar altas taxas de crescimento e ordem social, mantendo, neste período, controle sobre o ciclo do

³ Mais precisamente Adam Smith.

capital. Porém, não se manteve imune às crises que afetaram o grande capital e, assim, cedeu espaço ao neoliberalismo.

Ao final da década de 70, o capitalismo monopolista nos moldes keynesiano enfrenta uma séria crise, que foi refletida na forte recessão econômica. O capitalismo vigente não conseguiu deter a queda da taxa de lucro, que era baseado no padrão de acumulação fordista e estava com a capacidade de acumulação fortemente diminuída. A saída para esta crise foi a adoção de um novo modelo de acumulação, influenciado pelo avanço tecnológico e não mais pela internalização produtiva, adotando-se, agora, a subcontratação, a terceirização e um modelo de regulação correspondente, fundamentado na “desregulação estatal via privatizações, redução de direitos sociais e trabalhistas, cortes nas políticas de proteção social e eliminação de parte dos controles do Estado sobre as condições de uso da força de trabalho” (CORREIA, 2005a, p. 76).

O Neoliberalismo⁴ começa a se propagar a partir da crise capitalista que atingiu o Estado Social Keynesiano e a acusar este modelo de ser ineficiente na sua função provedora de política social. Ele aponta que a solução seria um reajuste na função do Estado em cada país.

Diante das crises cíclicas que abateram o sistema capitalista, norteadas pela teoria Keynesiana, os ideais liberais do início da afirmação do sistema capitalista ressurgiram novamente, numa versão que passou a desprezar os clássicos princípios liberais – liberdade, igualdade e direito à vida-, “filiando-se ao liberalismo conservador pós-iluminista com predomínio do aspecto econômico, com tendência à eliminação de bens públicos universais, restando, quem sabe, a segurança para manter a ordem e garantir a propriedade”, conforme afirma Rizzotto (2000, p. 102).

Este retorno ortodoxo ao liberalismo cruel tem como principais expoentes teóricos Friedrich Hayek, cujo texto mais importante é o denominado “caminho da servidão”, que traz intrínseco a idéia de que o Estado não pode limitar os mecanismos do mercado, e Freedmann que, junto com Hayek, realizou uma dura crítica ao intervencionismo na economia.

No âmago deste modelo, repousa a tentativa de se impor um novo padrão de acumulação, através de uma nova etapa de expansão capitalista e tendo como pressuposto político o enfraquecimento da classe trabalhadora e suas

⁴ Adota-se esta denominação por se tratar da ideologia liberal revisada e adaptada aos tempos atuais do capitalismo globalizado e da produção flexível.

reivindicações. Junta a esta o objetivo econômico de destruir as instituições públicas para estender os investimentos privados a todas as atividades rentáveis.

Segundo Laurell, quando se trata de Bem-Estar Social, a ideia dos adeptos do Neoliberalismo

É a de que ele pertence ao âmbito privado, e que as suas fontes 'naturais' são a família, a comunidade e os serviços privados. Por isso, o Estado só deve intervir com intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza, e produzir serviços que os privados não podem ou não querem produzir, além daqueles que são a rigor de apropriação coletiva. [...] Rechaça-se o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal. Portanto, o Neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais (2002, p. 163).

Diante de toda crítica realizada ao Estado social, o Estado neoliberal vai propor, como solução dos problemas, a redução das ações do Estado e de suas responsabilidades sociais, enfatizando o Estado de direito individual em detrimento dos direitos sociais e promovendo a privatização do financiamento público e da produção dos serviços, cortes dos gastos sociais, canalização dos gastos para os grupos carentes e a descentralização em nível local. Para Rizzotto (2000, p. 100),

A ideologia 'neoliberal' tem atribuído ao Estado o papel do grande vilão das vicissitudes econômicas. Contudo, este receituário parece servir mais para os países periféricos não encontrando a mesma correspondência sobre a atuação do Estado nos países centrais, onde esta ideologia se originou, e de onde foi difundida.

A regulação econômica e social, a partir do Estado neoliberal, não produziu efeitos satisfatórios, especialmente no âmbito social; ao contrário, estabeleceu uma diminuição da oferta de empregos, a desregulamentação do mercado de trabalho e a flexibilização trabalhista. Esta situação enfraqueceu os sistemas de proteção social, desresponsabilizando o Estado por meio da formação de uma parceria entre Estado, mercado e sociedade. Segundo Pereira (2002, p. 39), através dessas ações o "Estado vem abrindo mão de seu protagonismo como provedor social, tornando cada vez mais focalizadas as políticas sociais públicas, enquanto o mercado ocupa-

se em privilegiar o bem-estar ocupacional que protege apenas quem tem emprego estável e bem remunerado”.

O modelo de Estado neoliberal, que tem como base a nova fase de acumulação capitalista de valorização financeira, situa uma nova forma ao conceito de regulação, sendo utilizada como ação estatal que expressa a ausência de responsabilidade da execução direta de bens e serviços, assim como a ausência da prestação de políticas sociais, tornando-se apenas financiador/regulador.

O próximo tópico busca configurar como se deu o processo de formação deste novo aparato regulador ao novo contexto capitalista.

2.2 NEOLIBERALISMO E O ESTADO REGULADOR

O período histórico que abrange o modelo ideológico de Estado neoliberal tem como pano de fundo um novo processo de acumulação capitalista, com novas configurações e padrões regulatórios. Esta nova fase capitalista é denominada por Chesnais (1996, p. 14) como “mundialização do capital”. Esta fase é iniciada no decorrer da década de 80 e traz um novo padrão de organização, com forte processo de internacionalização do capital. Baseado mais na esfera financeira do que na produtiva, “tratar-se-ia de um ‘regime de acumulação com dominação financeira’ ou, ainda, de um ‘regime de acumulação financeirizado’” (CHESNAIS, 2002, p. 02). O estilo deste novo regime é dado por

Novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (os fundos mútuos e os fundos de pensão), cuja função é frutificar principalmente no interior da esfera financeira. Seu veículo são os títulos e sua obsessão, a rentabilidade aliada à ‘liquidez’ [...] (CHESNAIS, 1996, p. 15).

A nova fase de acumulação capitalista, após o período monopolista, dará centralidade à esfera financeira. Chesnais (2005 *apud* PAULANI, 2009, p. 27) declara que

Nesse regime de acumulação, o capital portador de juros [...] está situado no centro das relações econômicas e sociais, e que a consequência mais importante dessa centralidade é que a exterioridade que caracteriza esse tipo de capital vai ser inserida no seio da própria acumulação produtiva, [...] Assim, as instituições que se especializaram na ‘acumulação pela via da finança’ [...] tornaram-se, por meio dos mercados bursáteis, proprietárias dos grupos empresariais mais importantes em nível global e impuseram à própria acumulação de capital produtivo uma dinâmica orientada por um móvel externo, qual seja a maximização do ‘valor acionário’.

O regime de acumulação capitalista é “inteiramente direcionado para transformar o dinheiro, de ‘ativo líquido’, em um valor que ‘produz’” (CHESNAIS, 2005 *apud* PAULANI, 2009, p. 27). Prevalece nesse regime de acumulação uma valorização da esfera financeira, o que implica muitas mudanças, entre as quais, destacam-se: o crescimento do trabalho precarizado e informal; a adoção do modelo toytista e flexível na gestão do processo de trabalho; e a inserção do modelo de generalização do *Just in time*, costumeirização da produção e deslocalizações produtivas na organização do processo produtivo. Paulani (2009, p. 28) destaca que

Esses processos são sinérgicos e fazem que a preponderância da lógica financeira se afirme na medida mesma do crescimento da riqueza financeira que ela propicia, o que a reafirma ainda mais... Os ativos derivativos, a inesgotável criatividade da engenharia financeira que se constrói em torno deles e o enorme grau de alavancagem (operações a descoberto) que eles propiciam magnificam o processo e seus resultados e tornam ainda mais marcada uma segunda característica do regime financeirizado (além da posição de exterioridade em relação à produção): o crescimento ímpar da riqueza financeira e, junto com ela, do capital fictício.

Neste sistema financeirizado, a riqueza não se baseia na produção palpável de mercadorias, mas sim na especulação de elementos que não são capitais, porém que funcionam como tal, atuando de maneira exterior a produção, não sendo quantitativamente mais importante que esta, em um contexto em que a esfera produtiva de renda e riqueza real fica condicionada à lógica dos imperativos da valorização financeira. Segundo Paulani (2009, p. 28),

A prevalência da valorização financeira é qualitativa mais do que quantitativa. O fato de sua exterioridade em relação à produção ter se alojado no seio mesmo da esfera produtiva é que explica um sem-número de mudanças aí ocorridas, seja na relação de trabalho (crescimento do trabalho precarizado e informal, do número de trabalhadores temporários, autônomos e em tempo parcial etc.), seja na forma de gestão do processo de trabalho (trabalhadores flexíveis, toyotismo), seja ainda na organização do processo produtivo como tal (generalização do Just in time, costumeirização da produção, deslocalizações produtivas).

Acompanhando este novo regime de acumulação é que se configura o modelo de Estado Neoliberal. Esta corrente parte do princípio de que o mercado é o melhor mecanismo dos recursos econômicos e da satisfação das necessidades dos indivíduos. Assim, todos os processos de controle das leis do mercado terão efeito negativo no desenvolvimento da economia, no bem estar e na liberdade dos indivíduos.

Neste processo de transição, a tecnologia oriunda da indústria bélica invadiu os meios de produção, tornando o sistema cada vez mais eficiente e com maior capacidade autônoma de expansão do mercado. O fracasso do Socialismo Real da ex-União Soviética permitiu uma importante re-configuração neoliberal, no qual o Estado repassou a sua função de interventor da exploração direta da atividade econômica para o setor privado. Nesse novo contexto, “ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de bens e serviços públicos para a rede privada, tais como saúde e previdência, mediante a transferência de recursos públicos” (CORREIA, 2005a, p. 78).

O Estado neoliberal inaugurou um processo de diminuição da ação do Estado que se deu pela transferência da execução de serviços que, no modelo de Bem-Estar Social, era de competência estatal para o setor privado. Contudo, esta transferência não eximiu a responsabilidade do Estado com o controle desses serviços, ao menos teoricamente, o que vai instituir um papel regulador do Estado em relação a esses serviços que foram privatizados. O neoliberalismo introduz, portanto, o modelo regulador do Estado, mas não regulador-interventor, que era característica do Estado de Bem-Estar Social; a ação estatal se configura apenas na regulação desses serviços, visando corrigir possíveis falhas do mercado que possam prejudicar os usuários e buscando imprimir maior competitividade no mercado.

A liberalização ocorreu em vista de facilitar as operações dos grupos das multinacionais, ocorrendo por dois motivos principais, elencados por Chesnais (1996, p. 26): “Em primeiro lugar, ‘a desregulamentação financeira e o desenvolvimento cada vez mais acentuado da globalização financeira’ e, em segundo lugar, o papel das novas tecnologias que funcionam, ao mesmo tempo, como condição permissiva e como fator de intensificação dessa globalização”.

A mundialização capitalista vive sob a égide de um padrão de regulação baseado na desregulamentação, onde as amarras fiscais e protecionistas sob a lógica do Estado de Bem-Estar Social foram substituídas pela liberalização dos mercados monetários e financeiros. Esta nova dinâmica econômica acarretou na perda da autonomia dos Estados Nacionais, que tiveram de ser inseridas de forma não questionadora na grande “avalanche” econômica da mundialização do capital. Segundo Chesnais (1996, p. 34),

Sem a intervenção política ativa dos governos Thatcher e Reagan, e também do conjunto dos governos que aceitaram não resistir a eles, e sem a implementação de políticas de desregulamentação, de privatização e de liberação do comércio, o capital financeiro internacional e os grandes grupos multinacionais não teriam podido destruir tão depressa e tão radicalmente os entraves e freios à liberdade deles de se expandirem à vontade e de explorarem os recursos econômicos, humanos e naturais, onde lhes for conveniente.

No âmbito deste novo regime, a ênfase será dada ao mercado, no sentido de transferir as atividades sob o domínio do Estado para o mercado. Isso se fez a partir do movimento de liberalização e desregulamentação estatal no âmbito mercantil, manifestados pelo processo de privatização. Nesse contexto, o padrão regulatório se baseia na desregulação. Segundo Chesnais (1996, p. 186), “É no movimento de transferência, para a esfera mercantil, de atividades que até então eram estritamente regulamentadas ou administradas pelo Estado, que o movimento de mundialização do capital encontra suas maiores oportunidades de investir”.

Nesta nova etapa de acumulação capitalista, os processos monetários e financeiros se desenvolveram de forma praticamente livre e com quase nenhum freio. Estas condições dadas por um modelo de Estado baseado no liberalismo econômico clássico mais associado a esta nova etapa de acumulação flexível do

capital, de um modelo fortemente regulado se passou a um modelo desregulado. Segundo Chesnais (1996, p. 240),

Foram necessários mais de dois séculos, desde o escândalo de Law até as medidas estabelecidas após a grande onda de falências bancárias dos anos 30, para criar um conjunto de regras enquadrando, tanto quanto possível, a atividade financeira; em particular, estabelecendo estrito controle sobre a criação de moeda de créditos pelos bancos. Para acabar com elas, foram suficientes uns vinte anos.

Diferente do modelo de Estado intervencionista, que dispunha de instituições suficientemente fortes para regular os setores privados, no processo de acumulação capitalista, estas instituições foram duramente danificadas; e esta negligência por parte das elites capitalista fez com que

O capital-dinheiro se tornasse uma força hoje quase incontrolável, que se ergue em total impunidade 'diante do crescimento mundial' [...] os Estados viram sua capacidade de intervenção reduzida a bem pouco, pela crise fiscal, e os fundamentos de suas instituições solapados a ponto de torná-las quase incapazes de impor qualquer coisa ao capital privado (CHESNAIS, 1996, p. 301).

Como consequência da nova etapa capitalista associada à política neoliberal vai emergir a transferência para a iniciativa privada de serviços executados pelo Estado. No final da década de 70, grandes empresas estatais da Europa iniciam um processo de privatização. Amouzou (2001, p. 02) declara que:

Essa mudança de paradigma de Estado intervencionista para o Estado regulador tem uma dimensão funcional e territorial. Do ponto de vista do funcional, o Estado anteriormente produtor de bens e serviços tornou-se regulador neutro nos processos de produção do mercado. E do ponto de vista territorial, a função de regulador está suposta, passar do nível nacional ao nível internacional.

O Estado, nesta conjuntura de provedor, passa a ser regulador, inaugurando uma ação diferente daquela pregada no Estado liberal, de que o Estado deveria se

manter distante das questões mercantis. Agora se entende que a participação do Estado deve ser realizada a partir de uma regulação estatal em relação às prestações de serviços privados, com a alegação de que existem falhas no mercado que precisam ser controladas pelo Estado e que muitos serviços realizados são de interesse público, e que, portanto precisam ser regulados a fim de manter a ordem, de estabelecer critérios para o comportamento dos monopolistas privados no mercado. Neste sentido, se estabelece para o Estado uma função apenas no campo jurídico, nos direitos individuais, em que o Estado liberaliza suas funções para o mercado e passa atuar como regulador da prestação desses serviços, no sentido de fomentar a concorrência e manter a ordem. Situado nestas questões, Amouzou (2001, p. 02) afirma que surgem duas atuações do Estado:

a primeira é que os serviços [...] sejam operados ou as infra-estruturas [...] sejam fornecidas pelo monopolista público contratado pelo governo. Neste caso, elas continuam sendo propriedades do Estado. E a segunda opção é que o governo defina os procedimentos que lhe permitem controlar o comportamento dos monopolistas privados no mercado (regulação pública).

Diante dessas mudanças, estabeleceu-se o Estado regulador, que deixou de ser interventor direto de serviços, passando a estabelecido de regras que visam normatizar e controlar a ação dos entes privados a quem passou a executar as ações antes de competência do Estado. Segundo Amouzou (2001, p. 05), “[...] O declínio do Estado Keynesiano intervencionista e redistribuidor fará aparecer um novo Estado regulador cujo instrumento principal é o estabelecimento de regras. O principal terreno conflitivo não é mais o de atribuições orçamentárias, mas o da revisão e de controle das regras (leis do mercado) [...]”.

O novo regime de acumulação capitalista se concretiza pela financeirização e pela internacionalização do capital. Este regime se baseia na liberalização e na desregulamentação dos mercados nacionais. Nesse contexto, os grandes grupos do capital passaram a impor a sua hegemonia e os parâmetros de ação aos países mais fracos, ditando as regras do comércio e das finanças internacionais, através de instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI), que passou a difundir políticas de liberalização e desregulamentação do mercado, em países da América Latina, na década de 90, por exemplo.

Este processo teve como elemento fundamental o Consenso de Washington⁵, segundo o qual, o Estado e a atividade econômica devem se afastar. Os incentivos do capital para as economias dos Estados nacionais pobres foram acompanhadas pelas recomendações deste documento, em que continham imposições para uma reforma do Estado. Segundo Clark (2009, p. 13),

O cerne das novas idéias estava na alteração das funções estatais no domínio econômico: deveria ser abandonado o modelo de intervenção direta através das empresas estatais, pois este se mostrou, em discutível suposição, caro, ineficiente e impróprio para a realização dos direitos fundamentais do homem. Queriam os donos do dinheiro-poder, um Estado mínimo, pois, com o uso crescente de tecnologias, o capital privado tornou-se apto a investir em setores básicos, como a telefonia, a energia elétrica, a aviação civil, a saúde e a educação. Ou seja, foram alargadas as fronteiras dos ganhos via juros e lucros.

Propunha-se, então, pelo ideal neoliberal um novo aporte ao Estado, dando a este um caráter gerencial e enxuto, através da criação de agências encarregadas de contratar e controlar os serviços privados, garantindo a concorrência e o bem-estar do mercado.

Uma das chaves para a realização desta liberalização e desregulamentação dos Estados Nacionais foi a orientação para a realização de uma reforma do Estado. Alegava-se que este precisava se adaptar às novas demandas capitalistas e se desprender das amarras burocráticas da função fomentadora da economia, passando para uma função mais moderna, enxuta, flexível e reguladora. Foi através da reforma nos Estados nacionais que se instituíram as reformas regulatórias nos países centrais que compõem a OCDE e que, posteriormente, foram difundidas, por estes últimos, para os países que lhe despertavam algum interesse econômico. Segundo a OCDE (2008 p. 28), a regulação é entendida como o

Conjunto diverso de instrumentos por meio dos quais os governos estabelecem exigências às empresas e cidadãos. As regulações incluem as leis, pedidos formais e informais e normas subordinadas emitidas por todos

⁵ Denomina o encontro realizado na cidade de Washington nos Estados Unidos, em 1989, no qual foram elaboradas por agências Multilaterais, como FMI e Banco Mundial um conjunto de medidas, para as economias dos Países da América Latina no sentido ajustá-las aos interesses do capital internacional de cunho financeirizado, e aos preceitos neoliberais.

os níveis de governo, e as normas emitidas por organismos não governamentais ou auto-reguladores a quem os governos delegaram poderes normativos.

As reformas regulatórias, para a OCDE, abrangeriam: a legislação econômica que atua diretamente no mercado, visando aumentar “a eficácia econômica pela redução de obstáculos à concorrência e à inovação, frequentemente por meio da desregulação e pelo aperfeiçoamento da estrutura regulatória de funcionamento do mercado e de sua atenta supervisão” (OCDE, 2008, p. 28); as regulações sociais, que protegem os interesses públicos e os mecanismos de coesão social. Nessa área, segundo a OCDE, “As reformas visam verificar se a regulação é necessária, e projetar novos instrumentos, tais como a adoção de incentivos para o mercado que sejam simples, mais flexíveis, eficazes e com preços mais baixos”; e, por fim, a reforma abarcaria as regulações administrativas exercidas pelo Estado e que acarretam no desempenho do setor privado, sendo necessária, então, uma reforma que eliminasse as questões burocráticas não necessárias para simplificar a sua aplicação.

Neste contexto, foi se instituindo uma reforma regulatória em que os mercados foram liberalizados, indústrias reestruturadas, foram criados novos métodos e instituições reguladoras. Estas iniciativas reduziram o controle burocrático e a intervenção estatal e foram voltadas para o desenvolvimento do potencial auto-regulador do mercado.

Aos poucos, as reformas empreendidas pelo Estado de cunho neoliberal conseguiram redirecionar as funções de Estado rumo à maior especialização na sua atuação, o que, para Ribeiro e Costa (2000, p. 64), significa que um “conjunto de leis e normas dispersas pelo conjunto das instituições públicas foi progressivamente realocado para agências regulatórias”. A ideia consistia em tirar a responsabilidade e o controle do executivo governamental e repassar para as agências que, embora ligadas aos governos, dispunham de uma larga autonomia em relação a estes.

No desenvolvimento deste novo modelo de Estado, foram sendo enfatizados os papéis das agências reguladoras. Estas instituições, segundo Misse (2006, p. 278), “surgiram nos EUA na década de 1930, durante a grande depressão, como instrumento do *New Deal* de Roosevelt para a defesa da sociedade contra o modelo liberal clássico, então em crise”.

As agências reguladoras, que foram criadas para servir como um instrumento de controle social da sociedade civil, tomaram formas amplas dentro da estrutura governamental dos Estados Unidos da América (EUA), pois, segundo Misse (2006, p. 278), “nos EUA, excluídos os três poderes do Estado, todas as demais autoridades públicas assumem a forma institucional de agência”. Misse (2006, p. 279) observa ainda que,

Para evitar abuso de poder e a interferência indiscriminada no mercado econômico por parte das agências, o governo americano edita, em 1946, a lei do procedimento administrativo, como um mecanismo de formalização procedimental e homogeneização do funcionamento dos órgãos administrativos, que possibilitou o controle judicial das decisões finais das agências pelo judiciário.

Dessa forma, as agências passaram a adquirir o poder de emitir regulamentos com força de lei. O mesmo autor destaca que, no governo Reagan, a função das agências foi invertida, havendo um afastamento dessas agências da sociedade civil e direcionando suas ações para o mercado e para o Estado, com o objetivo de garantir a ampliação dos investimentos privados, mantendo da ideia inicial das agências, os dispositivos de defesa da concorrência.

A crise do modelo de Estado de Bem-Estar Social e o surgimento do neoliberalismo tornaram-se o imperativo para que houvesse uma redefinição no papel do Estado, de provedor e interventor para um modelo estatal de cunho regulador.

Este modelo também foi utilizado na Inglaterra, pelo governo de Thatcher, onde se buscou os investimentos nos setores da economia que foram privatizados. Este modelo passa a ser difundido pelo mundo, chegando ao Brasil na década de 90, onde se inicia um processo de desestatização, com a aplicação de várias reformas, que seguiram bem o “receituário” internacional.

A nova fase capitalista, norteadas pelo modelo neoliberal que implantou as reformas dos Estados Nacionais, e, posteriormente, as reformas regulatórias acabam por acentuar a desigualdade econômica e social existente em nível mundial; o objetivo principal é a manutenção de um padrão para os que detêm o poder e

exploração dos mercados, das matérias primas e da mão de obra de quem está fora desse circuito. Segundo Chesnais (1996, p. 313), os donos do poder precisam de

Mercados e, sobretudo, não precisam de concorrentes industriais de primeira linha: já lhes bastam a Coréia e Taiwan! Foi assim que houve estancamento do IED para muitíssimos países, e que o tema da administração da pobreza foi assumindo espaço cada vez maior nos relatórios do Banco Mundial, enquanto o tema do desenvolvimento foi colocado em surdina.

O Estado Regulador neoliberal, sob a nova égide capitalista, na prática, se constitui um Estado liberalizado e desregulamentado. As reformas regulatórias se deram nesse sentido, a introdução das agências reguladoras serve mais para fomentar a concorrência do que para controlar e fiscalizar, sendo um instrumento a favor do mercado, à medida que esse estivesse fortalecido a própria estrutura de agências não se fazia mais necessária, uma vez que já havia cumprido seu papel. Conforme explica Lodge e Wegrich (2009, p. 17),

Na década de 1980, quando surgiu a última onda de reforma regulatória, uma das imagens preferidas de regulação era a de um substituto para o mercado. Depois de cumprir a tarefa de transformar os mercados monopolísticos em indústrias de serviços públicos (telecomunicações, eletricidade, água etc.), a regulação e suas instituições murchariam gradualmente, dando lugar às forças de mercado tidas como eficientes.

O que estes grupos hegemônicos do poder, que produziram estas reformas, não contavam era com a instabilidade inata do sistema capitalista que traz inerente uma predisposição a crises. Chesnais (2002, p. 02-03), utilizando os princípios teóricos da teoria da regulação, assim como da teoria marxista da acumulação e das crises, informa que,

Mesmo sendo possível identificar novos circuitos e processos cumulativos exibindo traços sistêmicos, não se tem certeza de que tal conjunto de elementos poderá constituir um regime de acumulação viável, provido de certa estabilidade e suscetível de criar raízes fora dos países onde se originou, ou mesmo neste.

Segundo Paulani (2009), desde o surgimento do modelo de acumulação, com dominância a valorização financeira, o sistema enfrenta diversas crises⁶ e, mesmo diante das crises que destruíram a riqueza financeira que a causou, esse modelo de acumulação continuou a crescer.

A explicação para a Crise Capitalista, de 2008, começa com a Crise Asiática, de 1997⁷, que parecia que ia provocar um impacto sobre todas as economias, mas isso não aconteceu porque os investidores se voltaram para a economia americana, que apresentava um amplo crescimento do consumo, tornando esta economia um refúgio seguro para o mercado financeiro. Segundo Paulani (2009, p. 32),

Começava aí mais uma fenomenal bolha de ativos, agora no mercado acionário, que culminaria na crise das bolsas americanas de 2000/2001. A forma encontrada pelo governo americano para evitar que o estouro da bolha tivesse conseqüências muito graves no que concerne ao crescimento da economia foi, mais uma vez, apelar para o aumento da liquidez. O Federal Reserve, sob o comando de Alan Greenspan, reduziu os juros americanos, em apenas 12 meses (ao longo do ano de 2001), de 6% para 1,75% ao ano.

Conforme Chesnais (1996), com esta nova estratégia, a forte crise foi mais uma vez adiada e jogada para frente, pois houve um acentuado crescimento da economia americana. Contudo, a partir dessa estratégia foi dado início à formação de uma bolha em outro tipo de ativo – o mercado imobiliário. Segundo Paulani (2009, p. 33),

O impacto dessa formação foi muito mais profundo, dada a importância crescente dos fundos de hedge, dos derivativos financeiros e da invenção que ficou conhecida como “securitização”. Esta última consistia na emissão de títulos lastreados em dívidas hipotecárias, o que não só deu enorme liquidez a esse mercado, como também impediu que o crescente nível de risco das operações ficasse visível, pois os CDO (collateralized debt obligations) contavam com “cotas privilegiadas”, que teriam preferência no recebimento, caso houvesse qualquer problema, sendo por isso muitíssimo bem avaliados pelas agências de risco.

⁶ A quebra do México em 1982 – causada pela mudança da política monetária americana com elevação dos juros; crash de Wall Street de 1987, seguido de uma crise imobiliária em 1990 – causada pela fragilidade dos países devedores da América Latina.

⁷ Causada pela desconfiança da valorização da moeda Tailandesa.

Diante da “segurança” que este negócio representava, os investidores mais precavidos, como os ligados aos fundos de pensões, que, segundo Paulani (2009, p. 33), “só investem nos papéis mais bem avaliados (classificados como AAA), mostraram-se dispostos a carregar esses ativos”. Neste período, o governo americano resolve aumentar os juros, mostrando inquietação com a inflação e com a “febre” especulativa, mas não consegue frear o ritmo de crescimento americano. “A crise só matura em 2007 quando os primeiros sinais de inadimplência mostram-se irreversíveis e põem a nu a fragilidade do sistema, particularmente do chamado sistema bancário paralelo [...] que agia produzindo crédito e moeda ao desabrigo de qualquer tipo de regulação” (PAULANI, 2009, p. 33).

Embora tenha conseguido se desenvolver ao longo dos últimos trintas anos, com a adaptação das instituições de modo a criar uma estrutura regulatória que permitisse seu protagonismo, “o sistema encontra-se no auge de sua fragilidade. Esta é, por isso, uma crise diferenciada, pois tem de ser enfrentada em condições muito mais adversas que as anteriores (ambiente de operações completamente desregulado, com alto nível de contágio e amplitude verdadeiramente global)” (PAULANI, 2009, p. 33).

A regulação, antes mesmo do contexto da crise de 2008, começou a ganhar novos enfoques. O modelo de desregulação – sob a dominância da liberalização e desregulamentação – vai ser questionado, o que gerou a necessidade de adotar a regulação com os padrões de controle, regras e fiscalização, numa espécie de regulação qualitativa, que envolve as formas de desenvolvimento das práticas regulatórias. Para Lodge e Wegrich (2009, p. 18),

A experiência das últimas três décadas sugere que essa visão da regulação como um fenômeno provisório está equivocada. Ao contrário, a regulação é um elemento inerente, e por que não dizer, constituinte do mercado. Consequentemente é importante considerar não a existência ou a quantidade, mas a qualidade da regulação.

A proposta da estrutura regulatória dos Estados nacionais, no contexto da crise do regime de acumulação financeirizado, se volta à adoção de um padrão de regulação de alta qualidade, com ênfase no estabelecimento de padrões, da coleta

de informações e da modificação dos comportamentos. Segundo Lodge e Wegrich (2009, p. 26),

Um dos temas-chave contemporâneos nos debates regulatórios é a chamada por regulação de alta qualidade. As organizações internacionais, particularmente a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), estão conclamando os governos nacionais para que avaliem e revisem seus regimes regulatórios nacionais à luz de sua experiência e inspirados por exercícios de revisão por pares e de benchmarking.

A tendência regulatória atualmente é a da alta qualidade, já em processo de divulgação aos Estados Nacionais inseridos na “ciranda” financeira, pois, ao que parece, o modelo de liberalização e desregulação extremada não surtiu os efeitos esperados e os donos do poder perceberam que políticas regulatórias se fazem necessárias. Lodge e Wegrich (2009, p. 26) relatam que “o debate da desregulação está mal orientado, e o tema chave deve ser a natureza do caráter mutante e a qualidade da regulação”.

É de acordo com essas tendências que foram sendo organizadas novas reformas regulatórias nos Estados Nacionais, como a que o governo de Barack Obama está tentando implementar no setor financeiro americano, onde existe uma defesa muito forte para um sistema regulatório mais rígido das instituições financeiras.

A proposta de reforma consiste na atribuição de mais poderes ao Banco Central Americano (*Federal Reserve*), com o objetivo de regular as atividades das maiores empresas financeiras dos Estados Unidos, e na criação de um escritório de proteção aos consumidores. Segundo reportagem publicada no site oficial da emissora Globo (2010), que transcreve trechos do discurso do Presidente dos Estados Unidos, “qualquer entidade financeira, desde pequenas empresas e pessoas que fazem empréstimos até as megacorporações bancárias, estará submissa aos novos regulamentos estabelecidos por esse escritório”. Segundo o presidente dos Estados Unidos Barack Obama, “nosso sistema só funciona e os mercados só são livres quando existem garantias básicas que previnam o abuso e o excesso e que assegurem que é mais rentável jogar de acordo com as regras, que enganar o sistema. Esse é o objetivo da reforma”

A agenda contemporânea de reforma regulatória não descarta, segundo Lodge e Wegrich (2009, p. 27), as agências reguladoras, ao contrário, existe uma defesa bem estabelecida, pois, segundo os autores, ela garante um controle focalizado, já que “os investidores querem ter garantia da estabilidade das atividades regulatórias (‘sem surpresas’) e procuram mecanismos para se prevenir das mudanças nas preferências políticas e regulatórias”. Entretanto, estas agências precisam ser enquadradas no exercício da independência, coordenação e politização.

Atualmente, vivencia-se um processo de transformação, cujas tendências ainda estão por se manifestar: não se sabe se haverá o surgimento de um novo regime de acumulação capitalista ou se foi apenas mais uma crise do modelo financeirizado. A reforma regulatória contemporânea também deve ser vista pelo ângulo incompleto, pois ela depende da forma de organização produtiva do sistema capitalista, servindo para sua proteção. Ainda é muito recente para entender os impactos dessas mudanças no campo de ação dos Estados nacionais e para a esfera econômica, política e social, campo das políticas sociais.

O fato é que as reformas se iniciam no seio dos países hegemônicos e são difundidas aos países que lhe despertam algum interesse econômico, situação em que se enquadra o Brasil, pois este país seguiu de forma incontestável as recomendações internacionais, instituindo a reforma regulatória sob a égide da desregulação e, ao que tudo indica, está buscando se adequar à reforma regulatória contemporânea, questões que serão trabalhadas no tópico a seguir.

2.3 A REGULAÇÃO A PARTIR DO ESTADO BRASILEIRO

Para a realização de tal análise é preciso compreender, ainda que de maneira breve, os traços de formação do Estado, buscando demarcar que no caso brasileiro as manifestações destes modelos de Estado, já citados, se apresentam de forma bem diferenciada do contexto internacional. No Brasil, a formação de um modelo de Estado traz os traços de uma colonização exploradora, permeada por traços patrimonialistas e paternalistas, seja na regulação econômica, seja na regulação social.

No período em que prevalecia a ideologia liberal no ideal de modernidade, principalmente nos países europeus, a classe política era adepta de um modelo ideológico liberal um tanto quanto particular, marcado por um traço autoritário desde o Império. Segundo Freire (2002, p. 152), “a tradição autoritária [...] encontra raízes na própria constituição do ‘espírito’ da burguesia brasileira”. A mesma autora, utilizando-se das reflexões de Florestan Fernandes (1975), explica que houve, no Brasil, uma associação do liberalismo com a autocracia e não do liberalismo com a democracia. Boschetti e Behring (2007, p. 75) destacam que

[...] o Estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambigüidade entre liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido de garantia dos privilégios das classes dominantes. O desenvolvimento da política social entre nós, como se verá, acompanha aquelas fricções e dissonâncias e a dinâmica própria da conformação do Estado.

São estes os traços de formação do Estado brasileiro e, com base nessas premissas, que se dão as formas de regulação social, que propiciaram o fortalecimento da sociedade política, como os aparelhos democráticos, e geraram o enfraquecimento da sociedade civil. Para Freire (2002, p. 162) “o reconhecimento dessa questão ajuda entender o padrão de extraordinária autonomia e acumulação de poder conquistado pelo Estado brasileiro frente à sociedade civil e, em maior ou menor grau, frente a cada uma das forças que a compõem”.

A regulação social oferecida pelo Estado brasileiro, da década de 30 até a ditadura militar, é traduzida como ação paternalista e apresenta-se bem distante das políticas sociais implementadas pelo Estado de Bem-Estar Social que se estabelecia em países como Inglaterra, França e outros países europeus no mesmo período histórico, logo não propunha para o Estado brasileiro o direito social, mas o cunho de favor. Freire (2002, p. 165) explica que

Em perspectiva ampla, é possível perceber que o aperfeiçoamento da ‘questão social’ foi utilizado pelas elites dirigentes como um elemento de fundamental importância para fazer a modernização capitalista seguir seu caminho ‘passivo’ [...] de posse dessas análises, podemos constatar que o

exercício autoritário do poder político não foi uma exceção mais uma regra na história do Estado brasileiro.

Tomando como ponto de análise os governos a partir de Getulio Vargas, em que se inaugura o desenvolvimento industrial brasileiro, são criados efetivos sistemas reguladores estatais, que também atuaram no fomento do desenvolvimento industrial brasileiro. Segundo Mattos (2006, p. 141),

Surge nesse quadro uma série de órgãos federais de coordenação e planejamento econômico, autarquias especializadas para a regulação de setores específicos da economia e empresas estatais que, articuladas aos órgãos reguladores, canalizam os investimentos produtivos necessários à industrialização.

Para este mesmo autor, a formação do Estado regulador neste determinado período esteve imbuída de um caráter centralizador, fortemente marcado por traços oligárquicos e patrimonialistas. Predominava um modelo de regulação intervencionista. O Estado brasileiro, neste contexto, tornou-se uma grande “máquina de crescimento privado⁸” no processo de industrialização e desenvolvimento do capitalismo.

O Brasil, desde o período colonial, sempre teve um perfil administrativo centralizador. Segundo Arretche (1997, p. 137), foi certamente a partir de 1930, “com a emergência do Estado desenvolvimentista e a ampliação progressiva das funções de governo, que a União assumiu uma parcela altamente expressiva das capacidades financeiras e administrativas vis-à-vis os demais níveis de governo”.

Este modelo envolveu duas questões fundamentais: uma diz respeito ao controle financeiro – tributos e recursos fiscais – na competência do governo federal, a outra se trata de uma estratégia de fortalecimento institucional, que foi possível com a criação de órgãos administrativos imbuídos de capacidade de formulação e proposição de políticas de desenvolvimento econômico e social. Marta Arretche (1997, p. 137) aponta que este processo é fruto fundamentalmente do fato de que “foi o nível federal que demonstrou elevada capacidade de inovação institucional e

⁸ RIZZOTTO, 2000, p. 179

de resposta às pressões advindas dos processos de industrialização e urbanização em curso”.

As ações reguladoras do Estado, por meio das políticas sociais predominantes na era Vargas, que envolvem 15 (quinze) anos, indo deste de 1930 a 1945, estão imbuídas de um caráter paternalista e diretamente ligadas à questão trabalhista, em que as políticas sociais serão direcionadas a população que estivesse inserida formalmente ao mercado de trabalho. Para Boschetti e Behring (2007, p. 106) pretendeu-se alinhar neste governo “a regulamentação das relações de trabalho no país, buscando transformar a luta de classes, e o impulso à construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais, mas com nossas mediações internas particulares [...]”.

Apesar do modelo de Estado de Bem-Estar Social estar em vigência em âmbito mundial, nas décadas de 30 e 40, é correto afirmar que o Estado brasileiro não manifestou as características de um Estado social nos preceitos internacionais. O que se vivenciou neste país foi o protagonismo de um Estado social, marcado pelo corporativismo e por uma forte fragmentação no lugar do direito e da universalidade.

As décadas de 40 e 50 vivem sob a égide de modelo de Estado desenvolvimentista, em que a figura do Estado perpassa por todas as instâncias da sociedade, com forte ação reguladora voltada para o mercado como o de investidor em serviços básicos da economia. Em relação às políticas sociais, tem-se, nesse período, uma expansão lenta e seletiva, mantendo os traços corporativistas e fragmentados característicos da Era Vargas.

As bases de sustentação deste modelo desenvolvimentista incluem alianças com o capital financeiro internacional, como o ocorrido na dívida externa realizada em 1970, com um padrão de desenvolvimento excludente e concentrador de renda, baseado na produção de bens duráveis e sem ampliação da massa salarial. Para Rizzotto (2000, p. 182):

O Estado Desenvolvimentista brasileiro carregaria em seu bojo a contradição de articular o poder público e a acumulação capitalista num mesmo processo histórico, que continuamente compelia e limitaria a sua intervenção econômica, política e social, contribuindo para a instabilidade política e econômica e, conseqüentemente, para a emergência das várias crises que caracterizaram a nossa história em boa parte deste século.

O período que abarca a ditadura militar alcançou os maiores níveis de centralização, assim como, também, o aumento significativo do quantitativo de empresas estatais e de órgãos públicos, o que vai permitir a aplicação de uma maior regulação da atividade econômica e a expansão de agências encarregadas de prestação de serviços sociais, mas carregadas de forte teor tecnocrático e conservador. Este período completa o modelo de Estado interventor, com a centralidade do Estado na execução de políticas públicas e na direção das questões econômicas, utilizadas como forte instrumento de regulação social.

A ditadura militar protagoniza também a forte tendência de privatização das políticas sociais, por meio das associações entre o público e o privado. A esse respeito, tem-se o caso da saúde, em que se estabelece um forte processo de mercantilização, instituindo um modelo privatista, individual e curativo em detrimento da saúde pública a favor dos grandes conglomerados médicos e farmacêuticos. Para Nogueira (2004, p. 19), “[...] a ditadura de 1964 [...] Usou e abusou do Estado como agente de desenvolvimento e regulação, mas não conseguiu organizá-lo de forma mais eficiente e muito menos ‘socializá-lo’ ou democratizá-lo. Deu passagem, assim, a uma sociedade que acabará por se voltar contra ela”.

A partir da década de 80, o Estado brasileiro já começa a sentir o peso das influências da tendência mundial de diminuição do papel do Estado, da mesma forma que a pressão social na busca pela redemocratização, o que vai culminar com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que elenca os principais direitos sociais que, em nível mundial, se estabeleceram na década de 40.

Neste processo de redemocratização, as forças sociais foram levadas a confiar em um poder transformador da política que, durante a ditadura, havia se deixado levar por certo sentimento de apatia. Buscava-se com a redemocratização uma válvula de escape para a consumação de mudanças que levariam a construção de uma sociedade mais justa.

Neste processo de redemocratização, buscou-se legitimar o Estado de direito democrático, onde se coloca esta tarefa na elaboração da Constituição e em meio a muitas disputas políticas e ideológicas. Este normativo maior conseguiu trazer em seu texto a afirmação de diversos direitos sociais. Segundo Boschetti e Behring (2007, p. 141), “o texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais [...] mas manteve

fortemente traços conservadores, como a ausência de enfrentamento da militarização e do poder no Brasil”.

Rizzotto (2000, p. 188) declara que a Constituição Federal de 1988, construída na contramão do neoliberalismo, já colocado em prática nos países centrais, reflete os anseios de movimentos sociais que “reivindicavam o resgate de uma dívida social de 20 anos de autoritarismo traduzindo a crença na força das leis e na autonomia do Estado em realizar as reformas estruturais, que conduzissem a uma realidade nacional mais eqüitativa e mais justa”.

A Constituição representou uma verdadeira reforma democrática do Estado brasileiro, em que foi engendrado um formato social-democrata característico do Estado Social, ainda que de forma atrasada.

Apesar das conquistas sociais instituídas no campo do direito, a situação econômica brasileira encontrava-se bastante deteriorada, tendo como consequências a “desaceleração da taxa de investimentos, inflação acelerada, esgotamento do padrão de desenvolvimento com base no endividamento externo, deterioração dos salários e crise fiscal, que reduzia as possibilidades do Estado de investir em gastos públicos” (RIZZOTTO, 2000, p. 189).

A Constituição Federal que elenca direitos sociais promulgados pelo Estado Social, com padrão redistributivo e igualitário, não chegou a ser efetivada no Brasil, pois, segundo Soares (1999, p.213 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 190),

Ainda no governo Sarney, no que se refere as políticas sociais, ‘as reformas foram abandonadas, dirigentes importantes em estratégicos setores sociais foram afastados, e teve lugar uma série de medidas de ‘desmonte’ e de redução de gastos em diversas áreas sociais. Estava aberto o caminho para um enorme retrocesso, consubstanciado adiante no governo Collor, não apenas nas políticas sociais, mas nas políticas governamentais de um modo geral’.

A luta estabelecida na Constituinte entre uma lógica capitalista de obtenção de lucro e uma lógica a favor de um Estado atuante frente às desigualdades sociais, vai ser levada para o campo hegemônico de representação estatal, na busca de direcionamento do Estado brasileiro. Nesta disputa, o lado do grande capital é quem sai na frente com a eleição de Collor, que aperfeiçoa o projeto de privatização do

Estado implementado pelo governo anterior, em giro do conservadorismo para o neoliberalismo.

O neoliberalismo, presente fortemente no Brasil, a partir de 1990, vem trazer um contexto de contrarreforma do Estado, instituído pela Constituição, na busca de redirecionar e, até mesmo, extinguir as conquistas feitas a partir dela, principalmente, as que dizem respeito às políticas sociais. A contrarreforma neoliberal se deu no decorrer dos governos que assumiram o país já no período democrático e corresponde à implementação de “reformas” voltadas para o fortalecimento do mercado, “num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980” (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 148).

Mourão (2002, p. 01) informa que, a partir da segunda metade da década de 80, do século XX, ocorreu uma radical transformação na trajetória histórica do Brasil:

Manifestou-se um abrangente processo de mudanças com seus devidos desdobramentos nas esferas econômicas, sociais e políticas e que atingiram sobremaneira a dinâmica social e suas correspondentes contradições. [...] instalou-se a nova retórica de cariz neoliberal que preconizava o fortalecimento das funções do mercado e das crenças neoliberais que generalizavam uma posição anti-estado, que rompia com a idéia do nacionalismo, vista como retrógrada, portanto, fruto de uma época que se esgotara e que estava fora dos padrões de um tempo novo.

Diante das crises em que o país estava imerso, Fernando Collor de Melo, fruto da engenharia política da época, liderou o país propondo medidas econômicas com o intuito de diminuir os efeitos da crise que atingia o país desde 80; tais medidas compreenderam ações de contenção da inflação, redução do papel do Estado na economia e abertura do mercado brasileiro ao capital internacional, o que representou o início do “reinado” do neoliberalismo no Brasil.

O governo Collor inicia o processo de liberalização da economia brasileira, mantendo uma relação de subordinação com Estados Unidos e com o Fundo Monetário Internacional, na idéia de promover uma modernização do Estado com a inserção das tendências internacionais, principalmente, as preconizadas pelo consenso de Washington, visando ao ajuste econômico-político do novo capitalismo

global. Para isso, traçou as bases para a realização das privatizações, do controle das contas públicas, da desregulamentação e da abertura econômica aos mercados internacionais.

Fernando Henrique Cardoso, enquanto Ministro da Fazenda do governo Itamar Franco, elaborou uma reforma tributária e um plano para controlar as despesas governamentais e implantou o Plano Real, o que permitiu o controle da inflação e a estabilização monetária ao País. Esta estabilização econômica permitiu a eleição do então ex-ministro à Presidência da República brasileira, por durante 08 (oito) anos, marcando uma nova etapa de adaptação às regras do livre mercado mundial.

O governo de FHC retoma o projeto neoliberal iniciado por Collor. Segundo Vizentini (2008, p. 92), o novo presidente representava o tipo de político dos anos 90:

[...] jovial, contra a política tradicional, poliglota e intelectualizado. Nesse sentido, contemplava certa agenda política oculta do consenso de Washington: sob o impacto da crise do socialismo, era necessário garantir a eleição de presidente de centro-direita; este comprometido com a nova agenda mundial introduziriam reformas macroeconômicas liberalizantes; como elas não seriam implementadas facilmente, deveria ser garantida uma reeleição; em dois mandatos a oposição seria domesticada e, como condição para assumir o poder [...] manteria o modelo; finalmente, uma integração hemisférica multilateral (a ALCA) garantiria a irreversibilidade das reformas neoliberais [...]

Os governos de Collor e FHC trataram de trabalhar as questões referentes a uma contrarreforma que visava à sintonia do Estado brasileiro com as tendências mundiais. Buscaram implementar diversas medidas reformistas orientadas para o mercado, onde o Estado brasileiro era visto como uns dos principais entraves para tal sintonia, já que era apontado como elemento fundamental da crise que se estabelecia no Brasil, desde a década de 80. Portanto, o Estado precisava ser reformado.

As conquistas estabelecidas em 1988 foram desprezadas, não sendo consideradas com os ganhos advindos de uma verdadeira reforma democrática do Estado. Para estes governos, era necessário estabelecer uma reforma que adequasse o país às exigências do capitalismo internacional. As privatizações e

ataques à seguridade social abriram caminho para esta contrarreforma no Estado, tendo como principal “documento orientador dessa projeção o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE,1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, então à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE)” (BOSCHETTI e BEHRING, 2007, p. 148).

As “reformas” traziam o ideal de redução do tamanho do Estado por meio das privatizações, das terceirizações, das parcerias público-privado, modernizando o Estado, retirando seu estigma burocrático, lhe dando um porte gerencial, ágil, menor e mais barato.

Acusado de ser provocador de grandes custos, o Estado entrou em processo de privatização, buscando retirar-se do processo produtivo, repassando para o mercado essa função estatal, ficando este inserido numa função reguladora de tal processo. Para Nogueira (2004, p. 54),

Despojadas de aparatos estatais ativos e legitimados, à altura dos tempos e das circunstâncias, as sociedades latino-americanas não avançaram significativamente em termos de redução da pobreza e de coesão social. Mesmo nos países que levaram mais longe a agenda reformista, ganhou-se pouco em termos de racionalidade e de eficiência estatal. A opção por menos Estado não se converteu em melhor distribuição de renda ou maior integração social, mas apenas em mais mercado.

Em meio a estas transformações, o Estado repassa para a iniciativa privada a implementação de ações, que antes eram de sua responsabilidade e intervenção, perdendo seu caráter de interventor direto nestas ações, adquirindo uma postura de fiscalizador e regulador em cima destes serviços concedidos.

Com a decadência do modelo desenvolvimentista, surge uma nova forma de atuação do Estado. Ele não mais atuaria de forma provedora e interventora. Neste novo modelo, a principal tarefa caberia à iniciativa privada, que é o da execução. Ao Estado, caberia a fiscalização e a regulação, em vista da garantia da concorrência entre as empresas privadas. Surge, assim, no cerne do governo FHC, de acordo com a ideologia neoliberal da época, o denominado Estado Regulador brasileiro, que nada mais é do que o modelo deformado e contrarreformado do modelo de Estado que, com muita luta, foi implementado na Constituição Federal de 1988. Para Peci (2007, p. 14),

Nesse contexto [...], é redefinido o papel do Estado, qualificando-o mais como regulador do que como indutor do processo de desenvolvimento do país. Paralelamente, mas não articuladamente, enfatiza-se a flexibilização da ação pública, propondo-se um conjunto de medidas uniformizadoras que visam dar ao administrador público mais autonomia gerencial, numa tentativa de tornar a administração pública mais parecida com a administração de empresas: o chamado movimento de 'agenciificação'.

A partir do ano de 2003, a sociedade brasileira experimenta uma nova efervescência social. Na busca de vencer os sérios problemas sociais, que foram agravados pela inserção do neoliberalismo, a sociedade coloca nas mãos de um candidato de esquerda a esperança de alcance da justiça social. Para Bravo (2008, p. 17),

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentariam as políticas de ajuste. Não se esperavam transformações profundas, face aos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

Para Nogueira (2004, p. 26-27),

Aos poucos, porém, com a reiteração da cautela e da prudência iniciais, todos iriam perceber que o país não estava mergulhando numa onda impetuosa de transformações. A orientação governamental em termos de política econômica, reforma tributária e reforma da previdência confirmaria a percepção. Em vez de um 'perigoso' governo de esquerda, existiria no país um governo de centro-esquerda dirigido por um partido de esquerda e com um presidente sempre disposto a declarar que não tem nem tivera qualquer vínculo ou identidade de esquerda. A euforia e a confiança iniciais foram sendo substituídas por indícios de perplexidade e de inquietação quanto à potência reformadora do novo governo.

O governo Lula inicia com o misto de rupturas e continuidades. Aos que esperavam a implementação de um governo de esquerda, com reformas socialistas, foram frustrados, uma vez que o governo deu seguimento aos ajustes propostos

pelas instituições internacionais, como o FMI e o Banco Mundial, mantendo a lógica neoliberal. Para Borges Neto (2004, p. 210),

O governo federal do PT está, portanto, começando onde muitos partidos social-democratas terminaram: no social-liberalismo. Ou seja, na descaracterização completa do caráter socialista do partido, na acomodação à idéia de que o neoliberalismo tornou-se o horizonte não ultrapassável do nosso tempo. E isso apesar de o PT, na sua origem, ter sido um crítico de esquerda da social-democracia.

Longe das especulações catastróficas feitas sobre o governo e, mesmo diante da visível quebra com a tradição socialista, o governo Lula representou um ganho social, pois foi a primeira vez na história política do Brasil que um presidente oriundo da classe baixa, de movimentos sociais de esquerda, conseguiu se implementar como representante máximo do Estado. Entretanto, para tal conquista, o Partido dos Trabalhadores teve que lançar mão dos seus princípios esquerdistas, passando a sintonizá-los com os do grande capital.

A contrarreforma neoliberal, iniciada por Collor e implementada por FHC, segue aprofundada no governo Lula, através da manutenção do plano econômico e objetivando o “superávit primário, a Desvinculação de Receitas da União (DRU), taxas de juros paramentadas pela selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; o aumento da arrecadação da união” (BRAVO, 2008, p. 17), dando seguimento à lógica de valorização do espaço privado em detrimento do espaço público democrático dos direitos sociais.

No que tange às políticas sociais, também é dado seguimento à lógica de focalização das ações, em detrimento da expansão do gasto social para o fortalecimento da seguridade social, como política de direito. (MARQUES & MENDES 2005 apud BRAVO 2008, p.17), declaram que as políticas sociais no governo Lula estão embasadas em três eixos principais: “o primeiro é o projeto Fome Zero que ficou basicamente concentrado no programa bolsa-família; o segundo a contrarreforma da Previdência Social e o terceiro refere-se ao trato da equipe econômica aos recursos da seguridade social”.

Em relação às políticas regulatórias construídas pelo governo FHC, que marcaram o surgimento do Estado regulador brasileiro, o governo Lula, assim como em outros setores, deu prosseguimento ao que fora instituído por seu antecessor. Segundo Gaetani (2003, p. 01),

O Governo Lula defrontou-se ao tomar posse com três alternativas em relação ao regime regulatório herdado do governo anterior: reverter ao modelo anterior, manter as coisas como estavam ou buscar o aperfeiçoamento dos arranjos regulatórios existentes. A formulação de políticas públicas destinadas ao fortalecimento do Estado Regulador não fazia parte do discurso programático tradicional do PT porque entrar neste debate de alguma forma sancionava os processos de privatização. Uma vez no poder o governo não tinha mais esta possibilidade. Transcorridos seis meses do Governo Lula ensaia-se um primeiro posicionamento frente ao tema: o modelo será mantido, porém aperfeiçoado sob a liderança da Casa Civil.

A maneira indireta de participação do Estado na economia feita no governo FHC, por meio das agências reguladoras, que são características do Estado regulador, foi mantida a partir de 2003, assim como se aprofundou a retirada do Estado na execução direta de bens e serviços e, principalmente, nas políticas sociais, como saúde e educação, sendo transferida tal responsabilidade de execução para o setor privado, mas com financiamento público. Este processo será mais bem explicitado no item a seguir, no qual se busca demonstrar como foi construída essa contrarreforma regulatória brasileira.

2.4 A CONTRARREFORMA DO ESTADO

Antes de adentrar nos aspectos da reforma regulatória brasileira, é preciso demonstrar a distorção do termo reforma, feito a partir dos governos neoliberais brasileiros. Ao longo desses governos, mas principalmente no governo FHC, disseminou-se no país inteiro um discurso em prol do modelo de Estado “antenado” com a modernidade do capitalismo avançado internacional. Para Boschetti e Behring (2007, p. 149), a apropriação do termo reforma se deu de forma deformada, uma vez que o termo reforma é “destituído de seu conteúdo redistributivo de viés social-

democrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança representasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio-histórica”.

Utilizando o sentido correto do termo reforma, é possível demonstrar que a verdadeira reforma se deu no Estado brasileiro no processo de redemocratização da sociedade brasileira, expressa pela Constituição Federal de 1988, que traz os princípios da social-democracia e não a declarada pelos governos neoliberais, podendo caracterizá-la como uma contrarreforma imposta como uma maneira de conter a realização de uma reforma profunda, conforme preconizada na Constituição Federal de 1988. Situado nesse contexto de enfraquecimento das lutas em prol de uma verdadeira reforma social e a favor do fortalecimento do mercado mundial, foi instituída a contrarreforma regulatória no Brasil.

A onda de reformas dos Estados Nacionais é resultante do regime capitalista, baseado na valorização financeira, pela necessidade de criar um ambiente liberalizado e desregulamentado, no amplo processo de internacionalização, principalmente no setor econômico e administrativo, sintonizando-os as novas tendências capitalistas e sob a égide do modelo neoliberal. Segundo Nogueira (2004, p. 41),

O reformismo vitorioso nos anos 1990 teve um tom predominante: sintonizar as economias nacionais, as sociedades e o aparato estatal com uma globalização econômica vista como já estabelecida e impossível de ser criticamente assimilada ou enfrentada. Nesse sentido, tratou-se de um reformismo de tipo passivo, mais adaptativo que criativo”.

No Brasil, as aspirações em torno de uma “reforma” são, em parte, explicadas como estratégia de enfrentamento à crise econômica em que se encontrava o país no período pós-ditadura militar, uma posição de consenso das elites políticas brasileiras. Contudo, ainda não se havia definido que caminho deveria ser seguido. A direção a ser dada neste ideal de reforma veio pelas orientações do Consenso de Washington, que trazia uma receita completa das novas tendências capitalista e propôs uma reforma que atendesse o ideal neoliberal de desregulamentação do mercado, de abertura comercial e financeira e de privatização do setor público, conseguindo, assim, a redução do tamanho do Estado.

Os processos de contrarreforma do Estado foram efetivados no governo de Fernando Henrique Cardoso, sob a ótica de adaptação às novas tendências capitalistas. Foi necessária a reorganização do aparato administrativo e legal para que os processos de liberalização e desregulamentação fossem inseridos na realidade brasileira, mas é claro que esta verdadeira intencionalidade foi escamoteada pelo governo, cuja retórica dava-se pela superação de

Um Estado assistencialista e paternalista, de um Estado que por força das circunstâncias, concentrava-se em larga medida na ação direta para a produção de bens e serviços. Hoje, todos sabemos que a produção de bens e serviços pode e deve ser transferida à sociedade, à iniciativa privada, com grande eficiência e com menor custo ao consumidor (CARDOSO, 2005, p. 15).

O discurso em prol da “reforma” partiu também de uma dura crítica à Constituição Federal de 1988, caracterizando esta como populista, atrasada, enrijecida, com alto custo e baixa qualidade, pois tentava implementar o Estado de Bem-Estar Social nos moldes europeus e se baseava no modelo de administração burocrática. Para Pereira (2005, p. 28), a Constituição, em vez de modernizar, acabou por retroceder a administração pública, pois “sacramentaria os princípios de uma administração pública arcaica, burocrática ao extremo. Uma administração pública altamente centralizadora, hierárquica e rígida, em que toda prioridade seria dada a administração direta, e não a indireta”.

Um dos elementos utilizados pelos reformistas para a realização da “reforma” foi a proteção do patrimônio público contra as ameaças privadas, sendo necessária a adoção do modelo administrativo gerencial. Segundo Pereira (2005, p. 25),

À medida que a proteção aos direitos públicos passava a ser dominante em todo o mundo, foi-se tornando cada vez mais claro que era preciso refundar a república, que a reforma do Estado ganhava nova prioridade, que a democracia e a administração pública burocrática – as duas instituições criadas para proteger o patrimônio público – precisavam mudar: a democracia devia ser aprimorada para se tornar mais participativa ou mais direta, e a administração pública burocrática devia ser substituída por uma administração pública gerencial.

A contrarreforma do Estado brasileiro se concentrou, portanto, na Administração Pública, buscando transformá-la de burocrática à gerencial. Segundo Pereira (2005, p. 237), “a atual reforma apóia-se na administração pública gerencial, como uma resposta à grande crise dos anos 80 e à globalização da economia – dois fenômenos que estão impondo, em todo mundo, a redefinição das funções do Estado e de sua burocracia”.

Era necessário adaptar-se às novas tendências capitalistas com um modelo de administração pública gerencial, cuja característica não é a busca de lucro, mas a satisfação do interesse público. Pereira (2005, p. 28) elenca algumas características do modelo de administração gerencial:

É orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados; pressupõe que os políticos e os funcionários públicos são merecedores de grau limitado de confiança; como estratégia serve-se da descentralização e do incentivo a criatividade e à inovação; e utiliza o contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos.

A fim de alcançar o modelo de administração gerencial, foi colocada em prática a reforma administrativa do Estado brasileiro, através da descentralização e delegação de autoridade; para propiciar essas ações, partia-se do entendimento de que deveriam ser definidos os setores em que o Estado opera, as competências e as modalidades de administração mais adequada a cada setor. Segundo Pereira (2005, p. 33), “Os Estados modernos contam com quatro setores: o núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não exclusivos e a produção de bens e serviços para o mercado”.

Baseada nessas premissas, a reforma foi efetivamente implementada no governo de Fernando Henrique Cardoso, através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, feito pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), que traçou um desenho para a implantação do modelo administrativo gerencial, buscando construir um novo Estado composto pelos quatro setores articulado entre si, onde o núcleo estratégico compreenderia as ações exclusivas do Estado, por meio dos poderes executivo, legislativo e judiciário, que são as de definir e fazer cumprir as leis, as relações diplomáticas e de defesa, questões que exigem

do Estado uma ação centralizada sob controle absoluto, por meio de uma gestão propriamente estatal.

O segundo setor compreende também ações exclusivas do Estado, onde se encontram serviços que permitem a reprodução das ações do Estado, tais como arrecadações, devendo então ser constituído como propriedade estatal, embora segundo Rezende (2008, p. 26) “para esses serviços defende-se o que chamou de modelo de gestão gerencial, como as agências autônomas, com o objetivo de assegurar-lhe a flexibilização das relações de trabalho e dos controles da sociedade sobre as políticas públicas”.

O setor dos serviços não exclusivos, entendidos também como serviços sociais competitivos, que incluem a área de educação, saúde, cultura, ciência e tecnologia, deveria ser colocado à disposição da livre concorrência, entre as instituições privadas, que permitiriam o alcance de maior eficiência e contenção de despesas, que deveriam ser executadas por meio das OS, que seriam, conforme Rezende (2008, p. 26),

Entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que deveriam manter contratos de gestão com o governo federal, que entraria com o patrimônio (instalação\equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade. Neste caso, a propriedade seria a pública não estatal.

O quarto setor corresponde ao setor de produção de bens e serviços para o mercado, que englobava os bens e serviços de infraestrutura oferecidos por empresas públicas à população, tais como serviço de fornecimento de energia, água, telefone, banco, que deveriam ser transferidos para o setor privado, e seriam regulados pelo governo por meio das agências reguladoras.

A partir desta definição, era necessária a adequação desses eixos a três questões: o tipo de administração, o tipo de propriedade e o tipo de instituição que caracterizariam cada setor após a reforma. Em relação ao tipo de administração, o modelo adotado seria o gerencial, “nas atividades exclusivas, a administração deve ser descentralizada; nos serviços não-exclusivos, a administração deve ser mais que

descentralizada – deve ser autônoma; a sociedade civil dividirá, com o governo, as tarefas do controle” (PEREIRA, 2005, p. 34).

Em relação à propriedade, o título de propriedade estatal caberá ao núcleo estratégico e nas atividades exclusivas do Estado; em relação ao setor de produção de bens e serviços a propriedade deve ser privada, segundo Pereira (2005, p. 34), “quando há monopólio natural, a situação ainda não é clara, mas, mesmo nesse caso, com uma agência reguladora eficaz e independente, a propriedade privada parece ser mais adequada”.

No que tange aos serviços não exclusivos, o conceito de propriedade traz certa complexidade. Segundo Pereira (2005, p. 34-35),

Se entendermos que devam ser financiados ou fomentados pelo Estado, seja por que envolvem direitos humanos básicos [...] seja por que implicam externalidades aferíveis [...] não há razão para serem privados. Por outro lado, na medida em que não implicam o exercício do poder de Estado, não há razão para que sejam controlados por ele. Se não tem, necessariamente, de ser propriedade do Estado ou propriedade privada, a alternativa é adotar-se o regime de propriedade pública não-estatal [...] ‘pública’, no sentido de que se deve dedicar ao interesse público, de que não visa lucro. ‘Não estatal’ porque não faz parte do aparelho do Estado.

Para a efetivação desta propriedade pública não-estatal, utilizaram-se da premissa de que a reforma permitiria a fomentação daquilo que chamaram de publicização, que é “a produção não-lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não-exclusivos de Estado” (BRASIL, 1997, p. 07). Trata-se de dividir as responsabilidades sociais do setor público com a sociedade, mais precisamente pelo terceiro setor – serviços não lucrativos, embebido pelo discurso de que esta parceria é parte de um:

Movimento que é portador de um novo modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de alianças estratégicas entre Estado e sociedade, quer para atenuar disfunções operacionais daquele, quer para maximizar os resultados da ação social em geral. Assim, o propósito central do Projeto Organizações Sociais é proporcionar um marco institucional de transição de atividades estatais para o terceiro setor e, com isso, contribuir para o aprimoramento da gestão pública estatal e não-estatal (BRASIL, 1997, p. 07).

Quanto às instituições, a proposta consistia na adoção de somente dois modelos: as agências autônomas no âmbito das atividades exclusivas e o modelo de organizações sociais para as atividades não exclusivas. A primeira será diretamente integrada ao Estado e a segunda ao setor público não estatal.

A “reforma” insere também no contexto da administração pública um novo instrumento de gestão – o contrato de gestão que se estabelecerá entre o Estado e as instituições que compõem o núcleo estratégico do Estado, as atividades exclusivas do Estado e os serviços não exclusivos.

Ao setor de bens e serviços, para o mercado, a ideia consiste em um plano de privatização, pois se adaptaria à “concepção de que o Estado moderno – que prevalecerá no século XXI – deverá ser um Estado Regulador e transferidor de recursos, e não um Estado executor” (PEREIRA, 2005, p. 260).

A “reforma” do Estado também faz parte das orientações do Banco Mundial que prescreve que o Estado deve direcionar suas funções a tarefas fundamentais, como leis e ordem, à infraestrutura e a serviços básicos, devendo revigorar as instituições públicas através da elaboração de normas e controles eficazes, imprimindo-lhes maior concorrência, melhorando, assim, seu desempenho e dando ao Estado uma roupagem mais sensível às necessidades da população num processo que engloba a participação comunitária e descentralização. Rizzotto (2000, p. 193) expõe as verdadeiras intenções do Banco Mundial:

Segundo o Banco, a idéia de que o Estado deveria arcar sozinho com o ônus da seguridade social estaria mudando, e exemplifica dizendo que “economias emergentes como o Brasil não poderiam arcar, mesmo com uma versão reduzida do sistema europeu, especialmente em face do rápido envelhecimento da população. Para obter maior segurança a um custo menor, é preciso encontrar soluções inovadoras, que envolvam as empresas, os sindicatos, as famílias e os grupos comunitários”.

A mesma autora informa que o Banco Mundial, neste processo de reforma, disponibilizou, como contribuição para a sustentação das reformas, assistência técnica, através da assessoria de seus especialistas e mecanismos em que os governos assumiam compromissos internacionais, o que dificultaria uma volta do processo reformista. Para Rizzotto (2000, p. 193), uma das consequências deste apoio foi “o empréstimo no valor de US\$ 414 milhões do BID – Banco

Interamericano de Desenvolvimento, para que o Brasil executasse o “Programa de Modernização do Poder Executivo Federal”. Para Rezende (2008, p. 25),

O governo FHC partia do princípio de que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que ‘nem tudo que é público é estatal’ e afirmava que devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado. Avaliava ainda, que se o Estado não deixar de ser produtor dos serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ela não irá recuperar a poupança pública.

À reforma do Estado caberia resolver quatro grandes eixos propostos pelo novo contexto acumulativo capitalista. O primeiro seria a delimitação do tamanho do Estado; o segundo, a redefinição do seu papel; o terceiro envolve a recuperação da governança⁹; e o quarto visava ao aumento da governabilidade¹⁰. Rizzotto (2000, p. 195) explica que, para dar seguimento a estes objetivos, seria imprescindível realizar o “ajustamento fiscal duradouro; as reformas econômicas orientadas para o mercado; a reforma da previdência social; a inovação dos instrumentos de política social; e a reforma do aparelho do Estado”.

Ainda para Rizzotto (2000), além de todos os eixos já trabalhados no processo de reforma do Estado, para a execução desta, oito princípios lhes deram suporte: desburocratização – seria a implementação de uma gestão mais flexível e responsável; transparência – fundamento para exercício de controles burocráticos e sociais; *accountability* – avaliação dos objetivos propostos e resultados esperados; ética – enfoque no comportamento ético dos servidores e dirigentes a fim de reduzir privilégios; profissionalismo – elemento necessário a compor uma gestão flexível baseada em resultados; competitividade – fomentar a competitividade entre as instituições a fim de melhores resultados; enfoque no cidadão – como cidadão consumidor dos serviços públicos, baseado nos padrões de mercado e não nos de cidadania; e o princípio da descentralização.

O princípio de descentralização, segundo Rizzotto (2000), desdobra-se em três formas: a descentralização interna – voltada para o processo decisório dentro

⁹ A capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo.

¹⁰ Capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar (RIZZOTTO, 2000, p.194)

da estrutura administrativa do setor público, onde se delega competências e responsabilidades; a descentralização externa – processo de descentralização da estrutura do Estado para a sociedade organizada por meio de empresas privadas ou entidades sem fins lucrativos, através da terceirização, publicização, extinções, fusões e privatizações; e a descentralização entre níveis de governo.

O ideal de descentralização, adotado pela reforma administrativa do Estado, que, junto com a nova política regulatória, atua na perspectiva de diminuição da ação do Estado, na busca de maior agilidade e performance gerencial efetiva as bases legais para o desmonte das políticas públicas pela transferência do Estado para o terceiro setor e para o mercado, e coloca um novo papel regulador para o Estado no que tange à regulação por meio das políticas públicas.

A contrarreforma do Estado foi efetivada em parte, visto que muito do que se propunha não foi adotado na administração pública brasileira, devido à mobilização de atores que acreditam que a verdadeira reforma foi a implementada pela Constituição Federal de 1988. Segundo Di Pietro (2010, p. 27), a proposta, por parte dessa doutrina contrarreformista, “se empolga com as inovações impostas pela comunidade europeia aos países-membros, sem grandes preocupações em avaliar se essas inovações se amoldam ao direito brasileiro. São mais propostas de inovações do que inovações efetivamente concretizadas”.

A crítica realizada em torno da contrarreforma parte do entendimento de que se trata de um movimento a favor do mercado e contra a justiça social, que busca conter as conquistas trazidas pela Constituição Federal de 1988. Para Di Pietro (2010, p. 28),

A doutrina pretensamente inovadora é, em verdade, retrógada, por que prega a volta de princípios próprios do liberalismo, quando se protegia apenas uma classe social – a burguesia -, inexistindo a preocupação com o bem-comum, com o interesse público. Ela está voltando à ideologia de fins do século XVIII, sem atentar para os malefícios que dela resultaram.

As principais medidas efetivadas no âmbito da contrarreforma, de acordo com Di Pietro (2010), foram as transformações de vários setores do serviço público exclusivos do Estado, principalmente na área econômica, em atividades privadas, através do processo de privatização, e a aplicação do princípio da subsidiariedade,

que consiste na ideia de que os direitos individuais têm primazia sobre a iniciativa estatal, devendo o Estado se retirar da execução de serviços que o particular pode fazer, implicando uma limitação da ação estatal, podendo esta apenas “fomentar, coordenar, fiscalizar a iniciativa privada, de tal modo a permitir aos particulares, sempre que possível, o sucesso na condução de seus empreendimentos” (DI PIETRO, 2010, p. 35).

As consequências da aplicação deste princípio foram:

A privatização de empresas estatais, para que as atividades assumidas pelo Estado sejam devolvidas à iniciativa privada; a ampliação da atividade de fomento, seja na área econômica, seja na área social, [...] o surgimento de novas formas de parceria com a iniciativa privada, os contratos de gestão com as organizações sociais, os termos de parceria com as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP); como consequência, há um crescimento considerável do chamado terceiro setor, [...] diminuição do aparelhamento administrativo do Estado, para ser assumida também pelo particular; diminuição do aparelhamento administrativo do Estado, como consequência da diminuição de suas atividades (DI PIETRO, 2010, p. 35).

Um dos grandes impactos da contrarreforma para as políticas públicas foi a transferência legal da ação do Estado para a sociedade, por meio do terceiro setor, através do Programa de Publicização. Disto decorre uma forte tendência de desresponsabilização com as políticas públicas, formatando um quadro de privatização, focalização/seletividade e descentralização com a prevalência da “restrição e redução de direitos, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias” (BOSCHETTI e BEHRING, 2007, p. 154).

O discurso a favor de “reforma do Estado” começa a se manifestar no Brasil com a tônica de modernização e aperfeiçoamento do Estado, alegando ser uma proposta contrária aos ideais neoliberais vivenciados internacionalmente. Buscava-se com isso a reconstrução do Estado, ao invés de reduzi-lo. Na prática, aconteceu diferente: foi estruturado todo um arcabouço administrativo e legal para que o setor privado fosse inserido no campo de atuação do Estado, com financiamento deste, o que é pior.

É impossível negar que o processo de contrarreforma foi consequência do novo regime de acumulação capitalista que é baseado na valorização financeira, cuja adoção pelo Brasil se deu a partir da década de 90 e foi associada ao modelo

ideológico neoliberal. A reforma no Brasil, mesmo seguindo a tendência internacional, trouxe algumas especificidades justificadas pelo perfil conservador e elitista dos governos que se instauraram no país na referida década.

Embebido do discurso da modernização administrativa, de novas tendências de gestão e da responsabilidade social foi implementada uma reforma com uma espécie de neoliberalismo um pouco mais contido, mascarado não com um repasse direto para o mercado, mas indireto, ligando o setor privado ao próprio Estado e financiando o mercado pela via do Estado.

Neste processo, surgiu uma forte tendência de privatização dos serviços básicos de proteção social, promovendo uma nítida divisão entre os que podem e os que não podem pagar por tais serviços. Os serviços que deveriam ser de proteção básica pelo Estado tornam-se espaço de mercado. Correia (2005a, p. 102), utilizando a citação de Coutinho (2000), declara que o sentido final destas reformas no aparelho do Estado

Não aponta para a transformação do Estado num espaço público democraticamente controlado, na instância decisiva da universalização dos direitos de cidadania, mas visa submetê-lo ainda mais profundamente à lógica do mercado. Trata-se na verdade de uma 'contra-reforma', que tem dois objetivos prioritários: por um lado, em nome da 'modernização', anular as poucas conquistas do povo brasileiro no terreno dos direitos sociais; e, por outro lado, em nome da 'privatização', desmontar os instrumentos de que ainda dispunhâmos para poder nos afirmar como nação soberana em face da nova fase do imperialismo, a da 'mundialização do capital'.

O discurso adotado pelo governo de que a reforma fortaleceria o setor público, impedindo a apropriação privada dos bens e recursos públicos, se contradiz a adoção do termo público não estatal, que implica a necessária divisão de responsabilidades dos serviços públicos com a sociedade civil.

Em vez de fortalecer o Estado demarcando o espaço efetivamente público, na verdade, efetiva-se a inserção do privado no público e descaracteriza a própria função pública. A impressão que passa é, ou de uma visão muito romântica da sociedade civil, vendo-a como beneficente sem interesses lucrativos, ou o extremo de uma lógica perversa que tenta, a qualquer custo, o lucro, utilizando-se do Estado e das suas políticas sociais.

Outra medida efetivada pela contrarreforma do Estado brasileiro foi o movimento de agencificação, principal caminho para a institucionalização de status regulador brasileiro no campo econômico, com a outorga de função regulatória às agências reguladoras. No campo das políticas sociais, o Estado regulador se formou pela transferência da execução das políticas ao setor privado, via terceiro setor, como veremos no tópico a seguir.

2.4.1 A Reforma Regulatória

A contrarreforma do Estado, feita a partir dos governos de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, traçou as bases para o surgimento do denominado Estado Regulador brasileiro e para a abertura do capital internacional nos moldes modernos do capitalismo financeiro. Com a falência declarada do modelo desenvolvimentista, os governos brasileiros, a partir da década de 90, seguindo de maneira bem ordenada as orientações internacionais, preconizadas principalmente pelo Consenso de Washington, começaram um processo de desestatização do Estado brasileiro. Di Pietro (2010, p. 33) informa que,

Paralelamente à privatização de empresas estatais, surgiu o movimento já chamado de agencificação, com a criação de agências reguladoras com a natureza de autarquias de regime especial, a que a lei atribui função de regulação [...] trata-se de mais uma função administrativa, ao lado das quatro tradicionais: serviço público, polícia administrativa, fomento e intervenção.

A reforma regulatória brasileira acompanha o movimento internacional de liberalização de bens, serviços, investimento e tecnologias que movimenta a economia e amplia o mercado. Como contrapartida, ela protege o consumidor, formatando o chamado cidadão consumidor. Esta reforma tem como um dos principais parâmetros os modelos que foram implementados nos países que compõe a OCDE, cujo foco, na década de 90, era a redução da função estatal, mediante iniciativas isoladas. Segundo Albuquerque (2009, p. 88),

As iniciativas de melhora regulatória começaram, em muitos países, com a revisão da regulação econômica. Programas de eliminação de monopólios públicos, de privatização de ativos e de empresas estatais e de introdução de concorrência em setores regulados, seguidos da criação de agências reguladoras setoriais, figuraram como o modelo mais comum.

As mudanças aconteceram principalmente no governo FHC que, por meio das privatizações, transferiu para a iniciativa privada a exploração de alguns serviços e atividades econômicas. Segundo Cruz (2004, p. 105), essas mudanças expressavam “o esgotamento do padrão de desenvolvimento adotado nas décadas anteriores, baseado no modelo de industrialização por substituição de importações. Este modelo exigia grandes investimentos do Estado não só nas empresas estatais, mas principalmente em infra-estrutura produtiva e na área social”. Para Misse (2006, p. 287), “Há nesse termo um pensamento oculto da lógica pró-globalizante, em que se utiliza o direito comparado para que o Banco Mundial, a Organização Mundial do Comércio (OMC) – em diversos acordos internacionais – e o Fundo Monetário Internacional (FMI) possam abrir linhas de crédito para os países que adotarem suas políticas”.

O ideal de Estado regulador, já presente no contexto internacional, ganha ênfase no Brasil a partir de 1990. Segundo Misse (2006, p. 280), as medidas regulatórias começam a ser colocadas em prática no governo Collor, por meio da Lei nº 8.030/1990, que institui o Programa Nacional de Desestatização. Esta Lei foi substituída pela nº 9.941/1997 no governo de FHC, que já vinha promovendo muitas mudanças como “extinção de restrições ao capital estrangeiro, fim dos monopólios estatais e desestatização da economia” desde 1995, com as Emendas Constitucionais nºs 5, 6, 7, 8 e 9.

Até o governo de FHC, o Estado brasileiro atuava com bastante importância na produção de bens e serviços. A partir deste, inaugurou-se efetivamente o modelo de Estado regulador. A reforma do Estado definiu, por meio do núcleo estratégico, as atividades exclusivas de Estado, como a segurança e as arrecadações, repassando a produção de bens e serviços para o mercado. Nesse contexto, ocorreu um processo de desestatização, onde a prestação de serviços públicos

passou a ser feita de maneira indireta pelo setor privado, por meio de concessão, permissão e autorização.

Neste cenário, o Estado se constitui como regulador/fiscalizador da prestação desses serviços. Para tanto, foram criadas as agências reguladoras, seguindo o modelo internacional baseado nos governos de Reagan e Thatcher, já explicitados acima, “com o objetivo de normatizar e fiscalizar os setores dos serviços públicos delegados e de buscar o equilíbrio e harmonia entre Estado, usuários e delegatários” (CRUZ, 2004, p. 105), formatando um panorama seguro para o investimento estrangeiro. Para Misse (2006, p. 287),

O Estado incorporaria o termo agência como um sinal, um símbolo de garantia contra os governos, pois a alienação da regulação econômica de sua administração direta o tornaria mais estável, ou seja, mais propenso a receber investimentos e a ter crédito e menos tendente a riscos, por não deixar ocorrer mudanças na política que pudessem gerar insegurança para esse capital.

Com a reforma regulatória, vai haver uma delegação expressiva de poder decisório a instituições independentes, mas que não deixam de ser ligadas ao Estado. Estas instituições normatizam regras e condutas para alguns setores do mercado, de acordo com seu foco de atuação. Segundo Rebello (2001, p. 153), “As atividades regulatórias incluem leis, portarias, regulamentos formais e informais [...] monitoram e autorizam o funcionamento das atividades consideradas de relevância pública, e têm o arbítrio para estruturar preços e intervir na qualidade dos serviços”.

Às agências reguladoras coube a função de normatizar e regular as relações de mercado entre consumidores e prestadores de serviços. Para Rebello (2001, p. 153), as agências englobam funções de executivo, “tais como a concessão e fiscalização de atividades e direitos econômicos, e funções do legislativo, tais como criação de normas, regras, procedimentos, com força legal somente na área de sua jurisdição”.

Como no Brasil o processo de criação das agências atende às exigências do capitalismo internacional, no sentido de dar segurança aos investimentos estrangeiros por meio das privatizações, Misse (2006, p. 287) chama a atenção para explicar que existe um teor não jurisdicional destas instituições, uma vez que

Não existe uma definição de agência reguladora, - os dispositivos constitucionais utilizam a expressão órgão regulador. As leis que vem instituindo esses entes lhes conferem a forma de autarquias em regime especial, o que significa, na verdade, tratar-se de entidade, há tempos, disciplinada em nosso ordenamento jurídico, integrando a administração indireta, de acordo com o decreto lei n. 200/1967 e a constituição federal de 1988. O regime especial em que se encontram essas autarquias que deveriam estar vinculadas a um ministério e subordinadas ao planalto, foi criado para dar mais autonomia à administração direta.

Diante da inconstitucionalidade em torno das agências, fica clara a verdadeira intenção da propalada reforma do Estado, que é a de repassar para a iniciativa privada a implementação de ações que antes eram de sua responsabilidade e intervenção, perdendo seu caráter de interventor direto e adquirindo uma postura de fiscalizador e regulador em cima destes serviços concedidos.

É de acordo com as premissas legais reformistas que foram instituídas 10 agências reguladoras no Estado brasileiro, são elas: Agência Nacional de Energia Elétrica (1996), Agência Nacional de Telecomunicações (1997), Agência Nacional do Petróleo (1997), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999), Agência Nacional de Saúde Suplementar (2000), Agência Nacional de Águas (2000), Agência Nacional de Transportes Aquaviários (2001), Agência Nacional de Transportes Terrestres (2001), Agência Nacional do Cinema (2001) e Agência Nacional de Aviação Civil (2005).

O governo Lula deu prosseguimento às políticas regulatórias implementadas pelo governo FHC, mas imprime algumas mudanças, como uma maior supervisão e controle por meio da Casa Civil, freando a autonomia prevista para estas instituições. Não houve no governo a intenção de ruptura com este modelo; ao contrário, buscou-se um fortalecimento, baseado na superação de alguns entraves levantados pelos governistas, conforme demonstrado por Albuquerque (2009, p. 91):

A formulação de políticas deveria ficar a cargo dos ministérios e a regulamentação e a fiscalização das atividades reguladas a cargo das agências; b) aperfeiçoar mecanismos de controle social, inclusive no governo; c) melhorar a articulação das agências com outros órgãos, especialmente os de defesa da concorrência, e com outras agências reguladoras até mesmo estaduais e municipais.

Outra medida de grande impacto na estrutura regulatória do governo Lula foi a criação do Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação (PRO-REG), fruto de uma parceria do governo brasileiro com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que financiou mais da metade de seu custo total. Esse Programa atua como instância reguladora federal voltada para as seguintes ações:

a) o fortalecimento do sistema regulatório, de modo a facilitar o pleno exercício de funções por parte de todos os atores; b) o reforço da capacidade de formulação e análise de políticas públicas em setores regulados; c) a melhoria da coordenação e do alinhamento estratégico entre políticas setoriais e processo regulatório; d) o fortalecimento da autonomia, transparência e desempenho das agências reguladoras; e e) o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de mecanismos para o exercício do controle social e da transparência no processo regulatório (ALBUQUERQUE 2009, p. 91).

No governo Lula, assim como no governo FHC, buscou-se a sintonização com as influências internacionais, mas houve uma adequação às novas tendências.

Buscava-se, no atual contexto, a inserção de um novo padrão regulatório, denominado de melhora regulatória, que inclui mudanças que aumentam a qualidade da regulação. Segundo Albuquerque (2009, p. 87), esse novo padrão regulatório

Impõe à administração um conjunto de disciplinas que buscam, de maneira sistemática, melhorar a qualidade e a eficiência da regulação estabelecendo mecanismos de supervisão e de transparência contínua sobre o processo de elaboração regulatória e sobre a regulação, de maneira geral, com o propósito de, sistematicamente, controlar sua elaboração, avaliar seus resultados, tornar explícitos os seus custos e também seus efeitos para os diferentes grupos.

A tendência de aprimoramento das práticas regulatórias difundidas pelo PRO-REG, segue o consenso internacional de que se deveria aprimorar a prática regulatória, que chegou ao Brasil pelas orientações da OCDE, a qual realizou um relatório sobre a estrutura regulatória brasileira, realizando um balanço geral sobre a

reforma regulatória implantada na década de 90, apontando-a como positiva, mas que precisa se adequar à nova tendência, que é a busca da regulação de qualidade.

Se as agências reguladoras surgem no governo FHC sob forte influência do capitalismo internacional, no governo Lula não é diferente. A política regulatória segue os ditames internacionais que estão buscando fortalecer a estrutura regulatória dos Estados Nacionais, não para fortalecimento do Estado e sim do mercado, dentro de um âmbito mais regulado e seguro, intenção bem mais fortalecida após a crise de 2008.

O relatório consiste em propor recomendações em que o Estado brasileiro deve se apoiar para a efetivação da reforma regulatória que fortaleça uma economia com base no mercado que, segundo a OCDE, ainda está incompleta no Brasil. A reforma que foi iniciada com os processos de privatização e equilíbrio do orçamento público ainda precisa ser aprimorada para que seja alcançado o mesmo nível dos países que compõem a organização, cujas tendências são às “referentes ao desenho institucional [...] junto com a necessidade de estabelecer uma política regulatória ampla de governo. Isso muda o foco em direção a um contexto mais amplo da qualidade da regulação em uma moderna economia com base no mercado” (OCDE, 2008, p. 08).

Segundo Albuquerque (2009, p. 96), o relatório traz ao Brasil “O consenso internacional sobre boas políticas regulatórias, as experiências concretas de países da OCDE e o Guia da OCDE de Princípios para Qualidade Regulatória e Desempenho, de 2005, o relatório aponta como opções políticas a serem consideradas”.

As principais recomendações presentes no relatório consistem na adoção de

Opções políticas relacionadas à capacidade governamental de assegurar regulação de alta qualidade: 1) Ampliar esforços para integrar uma aproximação ‘do governo como um todo’ para o apoio de uma qualidade regulatória no mais alto nível político; 4) Implantar a Análise de Impacto Regulatório como uma ferramenta eficaz da qualidade regulatória; 6) Melhorar a transparência e ampliar a participação social nos processos regulatórios. Opções políticas acerca das autoridades reguladoras: 1) Consolidação da autonomia e do estatuto das autoridades reguladoras brasileiras; 2) Fortalecer a estrutura estratégica para o planejamento e tomada de decisão nos setores regulados; 3) Fortalecer os mecanismos de prestação de contas sociais sem prejudicar a autonomia das autoridades; 4) Sistematizar a cooperação com autoridades de defesa da concorrência; 7) Fortalecer alguns dos poderes das agências reguladoras brasileiras (ALBUQUERQUE, 2009, p. 96-97).

As reformas regulatórias que surgiram no decorrer da década de 90, que buscavam imprimir um quadro econômico baseado na desregulação e no fomento da competitividade, assumiram novas vertentes. As tendências mais recentes caminham para um fortalecimento da estrutura regulatória, já não baseado somente na desregulação, mas no aprimoramento e no fortalecimento de práticas regulatórias, como função estatal. Este é o caminho que o Estado brasileiro vem seguindo atualmente, fortalecendo o denominado Estado regulador, um pouco mais submetido à esfera política, mas com a mesma compreensão de que o mercado deve assumir os bens e serviços lucrativos, usando da política regulatória um mecanismo para seu fortalecimento. Essa é uma postura que, além da esfera econômica, abrange também a esfera social, em que se formata um Estado Regulador.

A mesma lógica que “embalou” as reformas no campo econômico serviu de base para a institucionalização do Estado Regulador no campo social – a diminuição do Estado também englobava a redução de sua ação no social. Nesse processo de esvaziamento de funções consideradas arcaicas, já que caracterizava o Estado social, o Estado começou a delegar esta função ao terceiro setor e ao setor privado, tornando-se apenas financiador e regulador, gerando um grande retrocesso no que tange aos direitos sociais.

No contexto de reformas de cunho neoliberal, os traços regulatórios que caracterizam o Estado regulador se inserem mais como formas de fiscalização e controle do que intervenção direta. No Brasil, este processo tem início com a reforma do Estado, que traz para a realidade do país o modelo de regulação que é realizado pelas agências reguladoras, onde o Estado regula o setor privado e também adquire uma ação reguladora frente às políticas públicas, cuja execução não se dá pelo âmbito do Estado, mas por entidades públicas não estatais (Organizações Sociais), situadas no terceiro setor.

Ambos os modelos fazem parte de um processo em que o Estado se afasta da execução direta de serviços, tornando-se mais enxuto e com um perfil regulador, uma vez que ainda participa do processo por meio do financiamento, com a intenção final de ampliar e fortalecer o espaço de ação do mercado.

A contrarreforma do Estado organiza legalmente a formação do Estado regulador no âmbito social ao considerar o campo das políticas públicas e sociais como serviços não exclusivos do Estado, o que não exige sua intervenção e

execução direta e que pode representar o repasse de tal execução para a sociedade. Entretanto, isso não significaria uma desresponsabilização, porque competiria ao Estado seu financiamento. No campo social, no período da contrarreforma, o Estado regulador foi posto em prática por meio das OS, das OSCIP e das parcerias do Estado com diversas Organizações Não-Governamentais (ONG).

Essas medidas, criadas a partir do governo FHC, tiveram prosseguimento na agenda do governo Lula, com o argumento de modernização da gestão das políticas sociais e com a adoção de outras modalidades de gestão não-estatais, como, por exemplo, os contratos de gestão, que permitem a transferência de recursos públicos para entidades privadas, o que deixa clara a intenção de privatização/terceirização dos serviços públicos.

A continuação da contrarreforma do Estado no Governo Lula, no que tange às políticas sociais, se manifesta de maneira bem acentuada pelo projeto de criação das Fundações Estatais, que utiliza da mesma argumentação feita pelos gestores da época de FHC, falavam que o setor público necessita de “novos paradigmas, novos desafios, agilidade e efetividade para induzir mudanças em algo que funciona de modo ruim ou insatisfatório” (GRANEMANN, 2008, p. 36), a exemplo de programas como o PROUNI, na área da educação.

O projeto das Fundações Estatais de Direito Privado vem dar prosseguimento à lógica de esvaziamento do espaço público para dar espaço ao capital. Para Granemann (2008, p. 37),

é um projeto de contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas sociais; isto é, no âmbito das ações estatais que respondem aos direitos e demandas da força de trabalho ocupada e excedente e incidem sobre as condições de vida gerais da população, especialmente aquelas das camadas sociais mais empobrecidas.

Mesmo com a ascensão de um governo em que se esperava uma atenção maior com o social e um maior fortalecimento do Estado, o que vivenciamos na sociedade brasileira é a continuação das ações privatizantes tão enraizadas na história do nosso país que priorizam a abertura ao capital internacional para uma maior acumulação e acirramento da pobreza e da desigualdade social.

Infelizmente, o Estado brasileiro, ao permitir a predominância deste regime de acumulação na sua realidade econômica, política e social, fez com que o compromisso social do Estado se tornasse um negócio bem lucrativo para o mercado, o que fez da realidade sofrida de um povo, que necessita de serviços sociais básicos para sua sobrevivência, uma estratégia de lucro.

A realidade do Brasil é a de um país que prioriza o capital, em detrimento do social; que nega seu compromisso de ofertar políticas sociais de direito social, ofertando ações focalizadas sem o teor de direito e, mesmo diante dessa fraca oferta, ainda permite que ela seja feita a partir desta lógica do lucro, mercantilizando essas tão frágeis políticas e repassando para o setor privado, para o mercado, a execução.

É com base nessa realidade que será analisada, no capítulo seguinte, a política de saúde no Brasil. Buscar-se-á a compreensão da estrutura do Estado Regulador manifestado pelo repasse da execução das políticas públicas para o mercado, conforme difundido pelo Banco Mundial, evidenciando como isto descaracteriza o direito às políticas públicas e enfraquece as suas ações.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A SUA REGULAÇÃO NA DÉCADA DE 90

A conjuntura de implantação do SUS na década de 90 é totalmente desfavorável aos ideais da reforma sanitária. Este período marcou a entrada do modelo neoliberal no Brasil, cujas características marcantes são o esvaziamento e o descomprometimento do Estado com as políticas públicas e sociais e o fortalecimento e fomentação do mercado. Os princípios neoliberais se inserem no setor da saúde, por meio das orientações e condicionalidades impostas pelos organismos multilaterais, como o Banco Mundial, que mapeia toda uma estratégia de focalização do setor público de saúde e de fortalecimento do setor privado que, no Brasil, já se encontrava estruturado devido à política adotada no período da ditadura, sendo um solo fértil para a efetivação das orientações.

A política de regulação do Estado brasileiro no setor saúde é reformulada, neste contexto, pela via de orientações do Banco Mundial, através de documentos específicos para a área da saúde brasileira, e seguindo as recomendações que foram estabelecendo os modelos regulatórios, tanto no setor público, em relação aos serviços exercidos pelo SUS, quanto na regulação pública, via agências reguladoras, ao setor privado.

Assim, institui-se uma dimensão reguladora do Estado frente à execução dos serviços de saúde, que foi repassada para entidades do terceiro setor, mas com financiamento e regulação pública. Desta forma, a política regulatória de saúde no Brasil legitima o projeto de saúde privado existente no campo da saúde brasileira.

3.1 BREVES CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM NÍVEL MUNDIAL

Para a compreensão da política de saúde no Brasil é preciso realizar uma análise mais ampla dos períodos históricos que delimitaram o conceito de política social, tornando possível entender os conceitos de seguridade social, onde está inserida a política de saúde no Estado brasileiro.

Pode-se afirmar que o surgimento das políticas sociais está relacionado com o sistema capitalista. Sua organização traz novos conceitos para a sociedade, como a concentração de pessoas nos centros urbanos, tendo agora o salário como fonte de sobrevivência, em detrimento das fontes naturais de subsistência, além do desaparecimento das formas tradicionais de proteção social. Estas questões contribuem para o aparecimento da questão social que, diante do acirramento, transforma-se em questão política e decorre do seu enfrentamento às políticas sociais que, na definição de Laurell (2002, p. 153), “são o conjunto de medidas e instituições que têm por objeto o bem-estar e os serviços sociais”. As políticas sociais derivam, portanto, “do reconhecimento da questão social inerente às relações sociais nesse modo de produção, vis a vis ao momento em que os trabalhadores assumem um papel político e até revolucionário” (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 02).

As políticas sociais, portanto, têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, com o surgimento do sistema capitalista, mais precisamente pelo desenvolvimento industrial. Essas políticas se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, direcionadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais, visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico e mais enfaticamente como elemento de controle dos sujeitos sociais que estavam tomando consciência da sua condição de exploração.

O contexto de surgimento desta proteção social se deve à mudança de paradigma do Estado liberal ao Estado Social, não como um triunfo de ideias e princípios deste último, mas como resultado das lutas sociais e políticas do século XIX – XX, culminando com a crise dos padrões de ordem social e com o crescimento econômico do modelo de Estado Liberal, que não foram capazes de garantir o crescimento do sistema capitalista.

É por meio do Estado Social que vai haver a legitimidade da ordem social e, posteriormente, o compromisso do Estado pela proteção social na lógica do direito. Asa Cristina Laurell (2002, p. 153) afirma que é o “Estado de conotação social que vai desempenhar um papel central na formulação e efetivação das políticas sociais, mas não significa que estas envolvam exclusiva ou menos, principalmente, o âmbito público”. Além disso, a partir da articulação específica entre Estado e mercado e

entre direitos sociais e benefícios condicionados à contribuição ou mérito é que se torna possível distinguir, dentro daquilo que genericamente é denominado o Estado de Bem-Estar Capitalista, várias formas assumidas pelo Estado e que correspondem às políticas sociais com diferentes conteúdos e efeitos sociais.

A mesma autora, a partir das ideias de Esping-Andersen (1991), expõe que no modelo amplo de Estado de bem-estar social podem ser agrupados três regimes básicos de Bem-Estar Social: o social democrata, caracterizado por políticas universalistas e importante redução do mercado no âmbito do bem-estar social; o conservador-corporativo, que envolve direitos sociais, mas estratificados com efeitos redistributivos mínimos; e o liberal, dominado pela lógica do mercado, sem a adoção do conceito de direitos sociais, devendo o gozo dos benefícios sociais corresponder à contrapartida do seu trabalho.

No plano de implementação destas políticas caracterizadas acima, dois modelos ou correntes deram sustentação às políticas de seguridade social nos países europeus, são eles: o modelo Bismarckiano, originado na Alemanha por meio do Chanceler Oton Bismarck, cujo objetivo central era de assegurar renda aos trabalhadores em momentos de riscos decorrentes da ausência de trabalho, mediante a contribuição prévia dos trabalhadores.

Outro modelo que influenciou bastante os sistemas de seguridade social é o modelo Beveridgiano, em referência ao plano Beveridge, implementado na Inglaterra na década de 40, cujo objetivo central é o combate à pobreza por meio da universalização dos direitos sociais, com a garantia de mínimos sociais, a quem necessitar, e financiamento de base estatal com gestão pública.

É nesse contexto que os serviços universais de saúde se desenvolvem. Este setor sempre esteve vinculado a uma grande polêmica, seu campo de atuação: público ou privado. Até o advento do Estado Social, com as políticas sociais, havia a divisão entre essas duas esferas; cabia ao Estado a saúde pública, abarcando os problemas de ordem coletiva, tais como epidemias e assuntos de saúde relacionados ao coletivo; ao campo de atuação privado cabia a assistência individual, sob a responsabilidade individual e da família; aos pobres restavam os atendimentos de cunho filantrópico.

Como já exposto, foi no contexto do reconhecimento da questão social que se buscou implementar um modelo de Estado que pudesse proporcionar o mínimo de Bem-Estar Social através das políticas sociais, e a saúde passa a ser um dos

elementos de interesse público. Para Campos (2006, p. 134), com este processo “ampliou-se o escopo e a abrangência das políticas públicas de saúde, o Estado se encarregaria não somente de problemas coletivos, mas também da saúde de cada pessoa em particular”.

Neste período, na Inglaterra, foram construídos grandes sistemas públicos de saúde, cujo financiamento era de base estatal, com um novo modelo de gestão, planejamento e atenção à saúde, seguindo alguns princípios norteadores de organização e funcionamento, tais quais:

Direito universal à saúde e financiamento público pelo Estado; Organização de uma rede de serviços [...]; Hierarquização e Regionalização do atendimento: o sistema se organizaria por regiões sanitárias em um sistema de acesso por níveis de complexidade, o primeiro nível se denominava de atenção primária à saúde, era composto por uma rede de centros de saúde, localizados em bairros que deveriam resolver a 80% dos problemas de saúde sem ajuda dos hospitais. Depois estariam a atenção secundária, compostas por hospitais gerais, serviços de urgência e centros de especialidade, cada unidade dessas se ligaria a um conjunto de centros de saúde localizados em um dado território, formando um distrito sanitário. Finalmente, estariam alguns hospitais alta complexidade que seriam referência para populações maiores, originárias de vários distritos ou municípios (CAMPOS, 2006, p. 135).

Esse modelo de atenção foi parte das estratégias dos Estados de Bem-Estar Social e seguiu a lógica e as vertentes deste modelo de Estado, onde foram implementados na lógica da social democracia, baseados no modelo Beveridgiano – com os princípios de direitos universais, sendo implementado também na Suécia, Austrália e países escandinavos. Outros países seguiram os modelos de bem-estar de cunho conservador-corporativo, ofertando serviços de saúde somente aos que estavam vinculados formalmente ao mercado de trabalho, como o Brasil, até 1988, e em outros países como os EUA as políticas de bem-estar se enquadram no perfil Liberal. Situado na lógica do mercado, mantiveram a separação entre saúde pública e mercado médico. Para Freeman e Moran (2002, p. 47),

Os gastos em saúde na Europa têm acompanhado o trajeto financeiro dos Estados de bem-estar social. O longo ímpeto das economias capitalistas avançadas financiou os anos dourados desses Estados em trinta gloriosos anos até o meado da década de 1970, e no processo consolidou em grande

extensão os direitos de assistência a saúde e aumento nos gastos com a assistência a saúde.

Com o advento das ideias neoliberais, que geraram a crise no modelo de Estado de Bem-Estar Social, no final da década de 70, iniciou-se uma série de críticas aos sistemas de proteção social e um posterior desmonte desses serviços em vários países.

Neste sentido, foram implementadas reformas no setor saúde em nível mundial com a pretensão de controlar e cortar os gastos públicos com a saúde, situadas no contexto dos anos 70 e 80, na lógica de ajuste macroeconômico na retórica de que havia altos gastos com o setor saúde. Segundo Costa, Silva e Ribeiro (2003, p. 303),

O primeiro processo de reformas do setor saúde na Europa se desenvolveu pela implementação de uma série de diretivas macroeconômicas objetivando essencialmente a redução dos gastos setoriais. Algumas medidas em curto prazo foram implementados pelos governos, tais como controles de preços no setor saúde, introdução do co-pagamento no consumo de medicamentos, a redução do objetivo do seguro social, a limitação do emprego no setor.

As reformas na política de saúde, em nível mundial, se traduzem, portanto, como uma agenda pós *Welfare State*, sintonizada com as reformas que acompanharam a implementação da doutrina neoliberal no Estado. Assim, a organização dos sistemas de saúde foram sendo questionados e, a partir das novas orientações, outros arranjos foram implementados, tendo por base dois grandes eixos de reformulação apresentados por Almeida (1999, p. 268):

[...] a contenção dos custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do mix público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis subnacionais de governo quanto para o setor privado, e do aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados).

Baseado na retórica de que as políticas de saúde implementadas no modelo de Estado de Bem-Estar Social promoveram um excesso financeiro ao Estado, uma vez que os custos com o trabalho e os altos impostos para financiar os sistemas de saúde não propiciou o interesse de investimentos econômicos, os custos com a saúde tornaram-se imperativo fiscal para a aplicação de uma reforma a partir da década de 80. Algumas medidas adotadas foram demonstradas por Freeman e Moran (2002, p. 47): “os governos passaram a controlar o volume de recursos consumidos pelo setor saúde. As estratégias para realizar isto incluíram impor limites à totalidade do orçamento ou de algumas das partes componentes, a redução da oferta de emprego e de investimentos de capitais”.

Célia Almeida expõe que foi de acordo com essas premissas que foram implementadas as reformas em vários países no âmbito da saúde, entendidos como novos paradigmas de ação no setor saúde que, com a intenção de cortes nos gastos públicos, adotaram várias medidas, entre elas se encontram:

1) introdução de várias medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de diminuir a ênfase no gasto hospitalar [...] privilegiamento da atenção primária [...]; 2) separação entre provisão e financiamento de serviços [...] com fortalecimento da capacidade regulatória do Estado; 3) construção de “mercados regulados ou gerenciados”, com a introdução de mecanismos competitivos [...]; 4) utilização de subsídios e incentivos [...] visando a reestruturação do mix público e privado, com a quebra do “monopólio” estatal (ALMEIDA, 1999, p. 268).

Este referencial internacional tem influenciado os países periféricos, como os da América Latina, onde se busca utilizar os diagnósticos das crises setoriais dos países centrais para enfrentar os problemas referentes à questão da saúde presente nos países periféricos, que trazem as consequências de um longo processo histórico de exploração e desigualdade, na retórica de que essas orientações poderão amenizar os referidos quadros de desigualdade presentes nessas regiões. Para Almeida (1999, p. 269),

Os mesmos modelos de reforma têm sido difundidos e preconizados para a América Latina pelos organismos internacionais, sobretudo o Banco Mundial, e estão atrelados aos planos macroeconômicos de estabilização e ajuste, principalmente no que diz respeito à retirada do compromisso do Estado com a prestação da assistência médica à população, com a

reestruturação do mix público e privado e a focalização da ação pública nos pobres e mais necessitados.

A saúde no Brasil, até 1988, se constitui numa política social de cunho conservador – corporativista, tendo aderido ao modelo de atenção à saúde de direito universal e de dever do Estado com a Constituição Federal de 1988, inspirado nas grandes reformas feitas nos países europeus, no período de vigência do Estado Social, de forma bem tardia, já no período em que se implementava a contrarreforma no setor saúde em nível mundial, o que vai influenciar diretamente na forma como essa política será tratada na realidade deste país. Esta questão será tratada no tópico a seguir, iniciando de maneira breve com a história peculiar desta política no Brasil.

3.2 SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA E PECULIARIDADES

A política de saúde no Brasil acompanha a tendência internacional de dualidade entre público e privado, mas traz questões peculiares da formação política, econômica e social brasileira, o que determina uma grande vantagem ao setor privado, que, em toda a história da saúde brasileira, foi mais bem atuante e beneficiado em relação ao setor público. Mesmo diante do direito à saúde e da obrigação pública na execução desta, estabelecida na Constituição Federal de 1988, o setor privado foi elaborando novas formas de manter sua prevalência.

A assistência à saúde no Brasil, até a década de 30, do século XX, era pautada na filantropia e na prática liberal, com algumas ações de saúde pública, como a realização de campanhas coletivas e de vigilância do exercício profissional. Segundo Braga e Paula (1985, p. 41-42 *apud* BRAVO, 2006, p. 02), “a saúde emerge como questão social no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado”.

A década de 30 situa grandes mudanças ocorridas no Brasil. É neste período que se inicia o processo de industrialização, que desencadeia sérias transformações sociais e econômicas no país, colocando para a realidade brasileira o domínio do

capital industrial, que trouxe a aceleração da urbanização, a ampliação da mão de obra, precárias condições de higiene e saúde, exigindo uma ação estatal bem forte, como estratégia de regulação social, diante das reivindicações que começam a surgir neste período. A questão social, que já fazia parte da realidade brasileira, exigia uma ação mais sofisticada, que contemplasse a classe trabalhadora salarial que surgia a partir da industrialização.

Portanto, é na década de 30 que inicia, no Brasil, um processo de modernização por meio de políticas de industrialização induzidas pelo Estado, caracterizada como substituição de importação, que traz consigo um padrão de regulação social da relação capital/trabalho que associa política sindical e política previdenciária. Para Menicucci (2007, p. 61), o que evidencia e materializa esse processo é a “estruturação do sistema previdenciário” que, mesmo de forma frágil, demarca a instituição do sistema de proteção social montado no Brasil entre a década de 20 e 30.

Este novo contexto impõe ao Estado a necessidade de surgimento de políticas sociais que respondesse às expressões da questão social e, de acordo com essas premissas, foi sendo organizada a política de saúde nacional por meio de dois subsistemas: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

Firmou-se no Brasil, após a década de 30, o acesso à assistência a saúde como um direito reconhecido das classes assalariadas, vinculado à previdência social. Acesso equivalente a um seguro de caráter compulsório, com financiamento advindo fundamentalmente da massa salarial. Aos que estavam fora do mercado de saúde, à assistência a saúde caberia somente a filantropia e as ações de caráter coletivo efetuadas pela saúde pública.

O que se vivencia no Brasil, no período de 1930 a 1960, é a associação entre um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais, cujo eixo central reside na previdência social, que traz duas características fundamentais, que Cohn (2002, p. 229) elege como: “a extensão dos direitos de proteção social, marcada pela cidadania regulada, e a lógica da articulação da política de seguro social, comandada pela necessidade de investimentos do Estado em setores básicos da economia, que dessem sustentação ao processo de industrialização”.

Em relação à acumulação do capital por meio do seguro social, o que se percebe é que o sistema de capitalização atuava na forma de poupança dos

assalariados e se destinava a servir aos investimentos estatais no setor de infraestrutura econômica, desconsiderando as necessidades dos trabalhadores.

Neste período, acentua-se a dualidade entre saúde pública e assistência médica individual previdenciária. A primeira é de competência do Ministério da Saúde, que atua com ações de caráter coletivo, e a assistência médica individual fica sob a égide do sistema de proteção social, cobrindo a parte da população a que a ele tem acesso, sendo que os serviços ofertados são produzidos fundamentalmente pelo setor privado de saúde e comprado pelo Estado com recursos provenientes da previdência social, que Cohn (2002, p. 230) conceitua como um “setor privado da saúde que passa a ter seu mercado garantido pelo Estado por meio da política de seguro social”.

Segundo Telma Menicucci (2007, p. 67), a análise a respeito da dualidade entre público e privado na saúde deve ser entendida como condicionada às necessidades de reprodução do capital no setor saúde, assim como uma ação política estatal, que criaram as bases do protagonismo privado, numa inter-relação destes dois elementos, em que o Estado, por meio da “política assistencial, acolheu os interesses dos prestadores privados de serviços e das empresas médicas, ao privilegiar a prestação privada de serviços, [...] em vez de expandir a rede pública”.

Para Bravo (2006b), a estrutura do atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses dos capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento da produção privada, através do Estado, defendendo claramente a privatização.

É precisamente a partir da década de 60, com a instauração da ditadura militar na realidade brasileira, que o quadro da saúde tomou outras configurações. O governo militar buscou o desenvolvimento econômico e social, sem resolver os grandes problemas estruturais do país que se acirraram, exigindo do Estado uma ação que combinou repressão e assistência, ampliando, modernizando e burocratizando esta pela “máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 2006b, p. 06).

Menicucci (2007, p. 68) aponta que a principal ênfase da política de saúde, a partir da década de 60, foi na medicina previdenciária de cunho

Individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar. A contrapartida da expansão da assistência médica previdenciária foi a perda de importância relativa das medidas de saúde pública voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo, situação que se expressa pelo orçamento precário e declinante do ministério da saúde, órgão responsável por essas ações, e pelo inexpressivo crescimento dos recursos financeiros nos primeiros anos da década de 70.

A saúde no contexto da ditadura militar começou a incorporar características capitalistas de um mercado rentável, havendo um declínio da saúde pública e ascensão da saúde previdenciária, sendo implantado um modelo de saúde de cunho privatista, cujas características são expostas por Bravo (2006b, p. 07):

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais [...] ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; interferência estatal a previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde [...] organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização médica.

A ditadura militar, na medida em que amplia a cobertura da assistência à saúde, não dispunha de uma infraestrutura ambulatorial e hospitalar de atendimento, já que a previdência social, ao assumir a assistência médica, não tinha como obrigação a instalação desta infraestrutura e podia realizar convênios e contratos com o setor privado na oferta dos serviços de saúde. Segundo Menicucci (2007, p. 71), devido a esta ausência, ocorreu “a expansão da assistência médica pública, por meio da compra de serviços [...] da rede de atendimento de natureza privada, que se desenvolvia independente do setor público”. Para Menicucci (2007, p. 73), foi

A partir da criação do INPS, em 1966, na vigência do regime autoritário, que a política previdenciária de assistência à saúde passou a dar prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento da ampliação dos serviços próprios [...] além disso, com a unificação da assistência médica no INPS, tornam-se dominantes as forças institucionais liberais e privatistas da corporação médica, portadoras de um discurso medicalizante como solução para os problemas de saúde, cuja materialização será a implantação da prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante, sob a forma de convênios entre iniciativa privada e o Estado.

No período da ditadura militar, portanto, é que se consolida no país a privatização da assistência médica promovida pela atuação do Estado pelo sistema de proteção social. Segundo Cohn (2002 p. 232), o auge desse processo privatista acontece na década de 70, momento em que se assiste ao “fenômeno do crescimento acelerado dos gastos com assistência médica no interior do orçamento da previdência social”, observando, ainda, que, ao final da década, o sistema de proteção social subsidiado pelo Estado ocupa “o segundo orçamento do País, sendo que um terço de sua receita é gasto com a assistência médica”.

A política de saúde no contexto da ditadura militar, embora se amplie para uma grande parte da sociedade, fortalece de forma nunca vista no setor privado de saúde, tornando o Estado seu melhor cliente, “ao não se optar pela rede própria, a política governamental irá favorecer a expansão da rede privada, [...] o resultado foi a vinculação crescente da atividade privada às instituições estatais, quando o Estado assumiu o papel regulador” (MENICUCCI, 2007, p. 74-75).

Este histórico permite entender que o crescimento do setor privado foi devido principalmente ao mercado lucrativo da saúde, mas, também, foi fortalecido pela própria ação estatal. Tal fortalecimento se deu exatamente na expansão da ação do Estado na saúde e na ausência de uma rede própria de serviços, o que fez com que o Estado optasse por favorecer o setor privado, em vez de criar e fortalecer uma rede de serviços públicos.

No momento em que o Estado se propôs a ser apenas um organizador/regulador/financiador através do financiamento dos serviços, ele mesmo deu início a um processo de privatização da saúde, que era de responsabilidade pública. Ao se tornar o grande comprador desses serviços, o Estado fortaleceu o setor privado, pois, segundo Menicucci (2007, p. 75), “dificilmente a expansão e a manutenção da rede privada seriam viáveis de forma independente do Estado, tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da

assistência médica, fatores que inviabilizariam à maioria da população brasileira a compra direta de serviços médicos”.

Dessa forma, é possível entender que foi a própria ação estatal que incentivou o crescimento e fortalecimento do setor privado e estagnou a rede pública; é claro que, dentro da saúde, o que mais interessava à expansão privada era o setor que mais gera lucro na saúde – o hospitalar. Assim, “a rede hospitalar privada encontrou nessa política uma oportunidade de expansão, mesmo que a custa de certo esvaziamento da sua autonomia. Na condição de comprador, o Estado assumiu o papel de regulador de preços, de forma que o setor privado não operava livremente no mercado” (MENICUCCI, 2007, p. 77).

Neste período de legitimidade do setor privado, os seus defensores também se fortaleceram com maior poder de organização da “corporação médica ligada aos interesses capitalistas no setor saúde [...] no sentido de ampliar a esfera de atuação privada por meio do financiamento público da produção privada de serviços” (MENICUCCI, 2007, p. 77). Esta autora também informa que

A participação dos representantes dos interesses privados na saúde se fazia sentir de forma acentuada na esfera pública, sendo que a pressão desses grupos se exercia diretamente perante os ministros (via formal) e, ainda, pela localização de seus representantes em postos-chave da administração previdenciária a outros cargos responsáveis pela política de saúde no país. [...] mediante esse mecanismo, inseriam-se os interesses privados no aparelho estatal, fundindo-se os interesses privados e públicos.

No início da década de 80, esse sistema vai entrar em crise, que se reflete no final do “milagre econômico”, através da pressão das dívidas externas e públicas. As exigências do fundo Monetário Internacional, a recessão econômica e a pressão inflacionária, associadas aos altos custos da assistência médica previdenciária, provocam o colapso do sistema de proteção social. Segundo Oliveira e Teixeira (1986 *apud* MENICUCCI, 2007, p. 89),

A expansão indiscriminada da contratação de serviços privados foi se mostrando economicamente inviável, em razão dos altos custos do regime de pagamento por serviços prestados e da ausência de controle da previdência sobre as unidades contratadas [...] em meados da década de

70, a corrupção atingiu níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro, criando-se uma situação de crise, seguida de reforma.

A crise que abate o sistema previdenciário na década de 80, na qual a política de saúde estava inserida, é decorrente principalmente do modelo de privilegiamento do setor privado, que demandaria muitos recursos financeiros, levando ao colapso do sistema, o que permitiu a entrada de propostas alternativas àquele modelo, como o fortalecimento do sistema público. Para Menicucci (2007, p. 94),

Mais ou tão importante que a crise financeira da previdência e a incapacidade de sustentação desse modelo é a coincidência da crise com o processo de democratização do país, que coloca em cena novos atores políticos, quebrando o monopólio dos anéis burocráticos previdenciários na definição e implementação das políticas de saúde.

É neste contexto de crise e democratização que novos paradigmas, conceitos e possibilidades de construção de uma política de saúde vão emergir na sociedade brasileira, buscando promover, na perspectiva do direito e da justiça social, uma alteração no modelo de atenção à saúde, mostrando que outro caminho é possível e viável, conforme veremos no tópico a seguir.

3.3 A REFORMA SANITÁRIA E A SAÚDE COMO DIREITO

O movimento de reforma sanitária surge no Brasil no contexto da ditadura militar e se constitui como um movimento de contestação ao regime da época, atuando por meio da política de saúde e buscando a ampliação do conceito e da assistência à saúde, compreendendo-a não apenas no seu aspecto assistencial, mas como determinante para a melhoria das condições de vida, do bem estar da população. É este movimento que vai exercer a mais considerável força a favor de uma política de saúde pública se contrapondo ao setor privado, tão fortemente articulado na realidade brasileira, numa disputa que permanece contemporânea.

O movimento em prol de uma reforma na política de saúde levou em consideração dois fatores levantados por Menicucci (2007): o processo de redemocratização do país e a crise que se instalava no setor saúde naquela conjuntura. Segundo a autora (2007, p. 163),

Considera-se que o movimento político-ideológico pela reforma sanitária soube construir uma proposta elaborada para a saúde, tirando proveito de uma conjuntura favorável a mudanças democráticas que incluíam a ampliação das políticas sociais, apresentado-a como a alternativa para a crise. Desta forma, no processo de mudança constitucional, o impacto das políticas prévias foi mediado pelo contexto político mais amplo de redemocratização do país e de ampliação dos direitos.

O movimento de reforma sanitária, além de uma política de saúde como direito social, visava à construção de uma nova concepção de Estado, de sociedade, baseado nos princípios democráticos de igualdade e justiça social. Segundo Fleury (2008, p. 71), as seguintes diretrizes orientaram este processo:

Um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; Um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde-doença; Um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania e uma sociedade democrática; Um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

A ampliação deste conceito de saúde se deve à inserção de teorias de base marxista nos cursos da área da saúde, compreendendo a saúde como socialmente determinada, permitindo a formação de uma nova concepção que foi incorporada por estudantes que, aliados a outros atores, como os Conselhos Regionais de Medicina e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) - instituição que surge com o propósito de divulgar os ideais da reforma sanitária -, começam a articular as diretrizes e propostas de uma reforma na saúde no Brasil e, diante da forte articulação e do enfraquecimento da ditadura militar, conseguiram elaborar o documento “saúde e democracia” e enviar para o Legislativo. Esta articulação

conseguiu adentrar na Oitava Conferência de Saúde, que propôs um novo modelo de política de saúde para o Brasil que se insere na Constituição Federal de 1988 como política de direito de todos e dever do Estado. Sérgio Arouca (1998), um dos principais militantes da Reforma Sanitária, a define da seguinte forma:

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

O movimento de reforma sanitária, por se estruturar como movimento que buscava um novo modelo de Estado, incorporou a luta de movimentos sociais pela saúde, tendo como principais espaços de articulação e militância o CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO) e como grande instrumento a revista “Saúde em debate” que, segundo Paim (2008, p. 95),

exerceram uma contra-hegemonia política e cultural ancorada na questão democrática da saúde. Atuaram na defesa do direito à saúde, enfatizaram os determinantes sociais do processo saúde-doença e desenvolveram a ‘idéia’, e a ‘proposta’ da reforma sanitária desde o terceiro número de *Saúde em debate*, em 1977.

A saúde contou também com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, permeado pelo processo de transição democrática; teve forte atuação da sociedade civil, como um movimento de mobilização pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado.

Segundo Bravo (2006b, p. 08), a “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia”. Paim (2008, p. 96) complementa as ideias de Bravo ao afirmar que

A reforma sanitária brasileira – RSB e o SUS nasceram dos movimentos sociais, na sociedade civil [...] não foram criados pelo Estado brasileiro por governos nem partidos. Portanto, o SUS é uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes legislativo, executivo e, progressivamente judiciário.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília/DF. Nesta Conferência, as propostas se encaminhavam para a conquista da saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, buscando ultrapassar a questão da saúde pelo âmbito setorial, “referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não só o sistema único, mas a reforma sanitária”, conforme afirma Bravo (2006b, p. 09).

As reivindicações da reforma sanitária contemplam as principais ações: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; saúde como direito de todos e dever do Estado; relevância pública das ações e serviços de saúde; criação de um Sistema Único de Saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

De acordo com o contexto redemocrático e com a correlação de forças favoráveis, baseadas num amplo movimento social, foi assegurado na Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988 – título VIII, da ordem social; capítulo II, da seguridade social; seção II, da saúde, artigos 196 a 200, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS – leis 8.080/90 e 8.142/90), que contempla um modelo assistencial de integralidade, que abarca, além da assistência individual, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica.

Bravo (2006b, p. 10) elegeu, como principais avanços aprovados na Constituição de 1988,

O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com as discriminações existentes entre segurado/ não-segurado, rural/urbano; As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e

controle; Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade.

O movimento de reforma sanitária, sem dúvida, trata-se de um marco na história da saúde no Brasil e é parte de um movimento maior em prol de outro modelo de sociedade, mas, embora todo o caráter progressista do movimento, não foi possível romper os laços desta política com o setor privado, fortemente estabelecido a partir da década de 60. Esse não rompimento provocou certas continuidades da política de assistência à saúde, que se fizeram marcantes em todo o processo da reforma e ficaram explícitas no próprio texto Constitucional, como a participação do setor privado de forma complementar na política de saúde. Para Menicucci (2007, p. 196),

Mais do que uma mera tradução prática de decisões, a implantação da reforma se mostrou, de fato, como um processo ainda de formulação da política de saúde, cujo resultado será a consolidação de um sistema híbrido – público e privado – no caso da assistência à saúde, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito. [...] expressando essa trajetória, sugere-se que a implantação do SUS vai ser um processo cheio de contradições, no qual, ao mesmo tempo que o sistema único de saúde de fato se institucionaliza e se torna uma realidade, contando inclusive com o apoio de outros atores constituídos a partir deles, sua implantação se faz em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando sua concepção.

O texto Constitucional de 1988, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, veio ao encontro das principais reivindicações do movimento sanitário e, devido a essa conquista, teve nesse período seu momento mais hegemônico, pois conseguiu instituir legalmente a saúde como direito social. Segundo Masson (2007, p. 41), “diante da brutal desigualdade social brasileira, o Estado teve na forma da lei [...] atender às demandas de saúde de modo universal e democrático, [...] e, assim, definir políticas sociais e econômicas que contribuam para diminuir os riscos de doenças”.

A dualidade entre o público e privado não se extinguiu; ao contrário, tomou novas proporções que não promoveram um ambiente favorável às propostas

sanitaristas, surgindo um “impasse da legislação! Entendemos que este impasse resulta do sentido político que as lutas de classe imprimem, [...] o antagonismo entre as posições de defesa de uma saúde pública estatal e uma saúde privada ou misto público-privado” (MASSON, 2007, p. 41).

A reforma sanitária, que não se limitava à conquista do SUS, mas buscava uma reforma social, continua passado por diversos entraves que limitaram, em muito, sua ação, como “as reformas neoliberais; clientelismo político; políticas de ajuste macroeconômico; desrespeito à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde; decisões da área econômica dos governos desde 1988” (PAIM, 2008, p. 97).

Esses entraves ocasionaram um enfraquecimento das lutas sociais, havendo um retraimento dos movimentos sociais e um maior protagonismo dos gestores no campo da política de saúde. Paim (2008, p. 102) conclui que

Se o movimento sanitário foi capaz de neutralizar certas iniciativas contrárias ao SUS, não teve força para impedir a implosão da seguridade social e o uso abusivo da saúde nas barganhas político-partidárias. Assim, entre os impasses verificados no desenvolvimento do SUS muitos foram gerados pelos governos que se sucederam à promulgação da Constituição de 1988.

Um dos fatores que enfraqueceram a luta a favor do SUS, como política pública igualitária, foi o legado da segmentação de classes no acesso à saúde. Os valores solidaristas presentes na reforma sanitária não se faziam presentes nas elites governantes e nem na sociedade como um todo, prevalecendo valores ligados ao individualismo tão fortemente arraigados nos segmentos mais organizados dos trabalhadores. Conforme explica Fleury, (1997, p.34 *apud* MENICUCCI, 2007, p. 203),

O projeto de ruptura no padrão de intervenção estatal na área da saúde se confrontou com o desenho histórico da cidadania regulada, além do que a reforma foi feita com a constituição de alianças políticas restritas e sem a participação decisiva de atores fundamentais, como os trabalhadores organizados, caracterizando um modelo de construção de reformas pelo ‘alto’, típico da transição brasileira, ao mesmo tempo que não existia ‘projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e da exclusão como o cerne da questão democrática.

Situada nos conflitos de interesses das esferas pública e privada, a política de saúde, conforme seu marco legal, foi sendo implantada no Brasil diante de muitos entraves, que dificultaram a inserção da igualdade e da universalidade, tão buscadas pelos seus idealizadores. A ausência de rupturas com o setor privado e o contexto neoliberal associado à classe política conservadora e elitista brasileira configura um quadro de retraimento dos princípios da reforma sanitária. Implantação desta se deu por um viés de focalização no decorrer da década de 90. Mesmo diante da desvantagem, a luta pela efetivação de uma política de saúde efetivamente pública continua, ainda que tenha que enfrentar estes e outros desafios no contexto pós-constituição, conforme mostrado a seguir.

3.4 A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS-CONSTITUIÇÃO

A Constituição Federal de 1988 assegurou a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde. Esse direito é garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A “União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde” (Brasil, 2003, p. 09). Trata-se de um sistema com propostas consistentes para a efetivação dos princípios democráticos buscados pelo Estado brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988.

O Sistema Único de Saúde foi conquistado na contramão neoliberal, o que o fez “refém” dos ajustes estruturais implementados na sociedade brasileira, que geraram uma situação conflitante ao recém-criado sistema, pois se alcançou o direito à universalização do acesso, mas não foram criadas as condições para a efetivação do mesmo. Mesmo diante de todos os ataques realizados, o SUS tem méritos a celebrar. Conforme Carvalho (2007 apud MASSON, 2007, p. 45),

Mesmo com os poucos recursos, o SUS consegue ter uma abrangência e qualidade que só fortalece o seu modelo. Para termos uma idéia, em 2006 os gastos públicos com saúde totalizaram R\$ 78,1 bilhões, os gastos privados R\$ 87,54 bilhões e dos 186 milhões de brasileiros apenas 44,7 milhões tinham seguro privado. Uma coisa é aperfeiçoá-lo, qualificá-lo preservando e avançando na sua perspectiva socializante, outra coisa é tomar a crise como justificativa para uma mudança na sua natureza.

O ideal da reforma sanitária foi consagrado com a Constituição Federal de 1988. Contudo, a crise na saúde agravou-se em consequência da crise econômica que atingiu a América Latina, por meio da diminuição dos recursos da seguridade, ao mesmo tempo em que cresceu a demanda por benefícios e serviços de saúde. Segundo Cohn (2002, p. 234), “o setor privado da saúde, por sua vez, que durante as décadas de 60 e 70 se estruturou e capitalizou às custas da política de previdência social, passa agora a pressionar por melhores condições de remuneração dos serviços prestados à seguridade social”. Menicucci (2007, p. 168) afirma que

A partir das mudanças constitucionais, passam a conviver as duas estruturas institucionais – um sistema público formalmente universal e incluso e um sistema privado em crescimento – aparentemente de forma paralela ou independente, mas que possuem poderosos vasos comunicantes, com interferências recíprocas que se expressam na arena política da saúde.

Para a efetivação do SUS, um requisito essencial é o financiamento, que neste conflito de interesses e no contexto de redução dos gastos públicos, sobretudo na área social, foi sumariamente negligenciado, impedindo logo as bases necessárias para a efetivação de uma política de atendimento universal, como a ampliação da rede pública de serviços. Mesmo com o discurso governamental da importância do SUS, na prática, não houve mecanismos efetivos e estáveis de financiamento desta política.

Em consonância com estes processos, o setor privado da saúde torna-se relativamente independente do Estado, uma vez que já estruturado e consolidado com o próprio patrocínio deste, passa a se reorganizar na busca de novos mercados, independentemente da intermediação estatal. Por outro lado, a queda

dos recursos fiscais destinados à saúde não possibilita a recuperação dos serviços públicos do setor, sendo que a pressão do aumento da demanda contribui para a piora das já precárias condições de saúde, de maneira a garantir a universalidade e a equidade da atenção à saúde num processo de crescente exclusão social.

Mendes (2001 p.96, *apud* MENICUCCI, 2007, p. 194) expõe que a dualidade entre público e privado na saúde não é superada pela Constituição Federal de 1988. Apesar de todo o avanço que ela significou, as heranças conservadoras e privatistas encontraram novas formas de se manifestar. Assim, a Constituição veio carregada de ambiguidades com uma

Dualização jurídica, ao criar-se um sistema público de inspiração socialista no artigo 196, em razão de um ideário do movimento sanitário de estatização progressiva do sistema de saúde, e ao mesmo tempo, no artigo 199 – que afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada -, abrir-se espaço para a expansão do sistema supletivo e da medicina liberal. A flexibilidade e a liberdade de atuação no mercado como consequência da não-decisão de regulamentação durante todo o processo constituinte permitiram ao setor privado o desenvolvimento de diferentes alternativas e estratégias para captação de clientela.

Bravo (2006b, p. 12) descreve que, além dos limites estruturais,

as forças progressistas comprometidas com a reforma sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na colisão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político [...] considera-se que a construção democrática é a única via para se conseguir a reforma sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde que deveria ser viabilizado na década de 90.

Junqueira (2007, p. 70) informa que os ajustes estruturais sob os quais o Brasil passou na década de 90, associados às heranças do patrimonialismo e paternalismo da cultura brasileira, dificultaram a implantação do SUS, conforme os preceitos legais. Assim, a

Constituição do SUS, com base nos sistemas municipais de saúde, prosseguiu com intensidade bastante heterogênea no país. As secretárias estaduais de saúde, que, na década de 80, haviam conformado o sistema unificado e descentralizado de saúde (SUDS), transferiram a rede básica de saúde para a esfera municipal, retendo em muitos casos a rede hospitalar, por questões de disputa de poder [...] (JUNQUEIRA, 2007, p. 70).

O SUS, pela Constituição de 1988, esbarra na afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, que vem trazer uma desconstrução da política de saúde, vinculando esta ao mercado. Segundo Bravo (2006b, p. 14), “apesar das declarações oficiais de não adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”. Para Correia (2005a, p. 132),

Na década de 90, configurou-se legalmente a saúde universal, pública e de qualidade e a participação social como controle social, ao tempo em que se vem tentando implantar, na realidade, um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial pelo Banco Mundial que vem tendo proeminência nesta área desde a segunda metade da década de 80 [...].

Para Bravo (2002), dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90. Em relação ao primeiro projeto, Correia (2007, p. 33) declara que

Tem sido defendido por segmentos dos movimentos populares e sindicais, e instituições acadêmicas como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, articulados no Movimento de Reforma Sanitária nos anos 80 e 90 conseguiram incorporar formalmente parte de suas propostas na legislação do SUS. Ressaltamos, porém, que tanto os segmentos da sociedade civil como as representações acadêmicas não constituem blocos homogêneos. Apesar de todos terem um discurso em defesa do SUS, existem grandes diferenças na sua concepção, principalmente, quanto à universalidade, à relação público/privado, à forma de descentralização e de participação da sociedade e ao modelo de assistência à saúde. Um exemplo dessas diferenças, mesmo entre aqueles que dizem defender o SUS, tem sido os posicionamentos a favor das fundações de direito privado

por parte de vários nomes da academia e da militância na saúde, considerados históricos do movimento da reforma sanitária.

O segundo projeto, já imbuído na história da saúde no Brasil, se faz presente de forma bem atuante no contexto pós-SUS, bem articulado com os princípios neoliberais, seguindo agora uma política de ajuste, que visa à contenção de gastos com a racionalização da oferta e a ampliação do mercado saúde. Segundo Bravo (2006b, p. 15),

a tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento [...] este projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

A saúde entra na década de 90 como dever do Estado e direito de todos, mas esbarra em um processo de sucateamento das políticas públicas de saúde e de minimização do Estado. Segundo Simões (2007, p. 116),

Sob o influxo das idéias neoliberais, o Estado passou a assumir, apenas, o papel de promotor e regulador dessas políticas, incentivando o desenvolvimento de uma esfera pública não estatal, situada na sociedade civil e, por isso, fortemente incentivada pela lógica da administração privada e da contabilidade empresarial.

A política de saúde na década de 90, no contexto do governo FHC, embora já com outras fontes de financiamento, como por exemplo a CPMF¹¹ e a defesa da Emenda Constitucional nº 29, que buscava vincular recursos para a área da saúde, não tem a intencionalidade de ampliar os recursos nesta área, mas sim visa dividir ou, até mesmo, repassar estes custos para as instâncias subnacionais do governo.

¹¹ A Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Crédito e Direitos de Natureza Financeira, foi extinta no final do ano de 2007.

O discurso deste governo perpassa, também, não só pela ausência de recursos, mas agrega a questão da ineficiência da gestão, configurando-se, neste quadro, novas formas de inserção do setor privado na política pública de saúde, por meio de uma

Postura de fortalecimento do setor público, como a regulamentação dos planos e seguros de saúde, concomitantemente à discussão da vinculação de recursos para o financiamento do SUS, que mostrou interesse de alavancar o crescimento do mercado privado de assistência à saúde; [...] e a proposta de transformar os hospitais públicos em organizações sociais juridicamente privadas, com vistas a torná-las eficientes e auto-sustentáveis (MENICUCCI, 2007, p. 218).

A política de saúde, garantida como política pública de direito, tem enfrentado em todo seu desenvolvimento sérios entraves que impendem sua efetivação, mesmo no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, considerado como a favor da justiça social, pois este governo manteve as disputas entre saúde pública e privada, privilegiando até certo ponto esta última. Para Bravo (2007, p. 135),

O Ministério da Saúde, no início do governo, vai sinalizar como um dos desafios à incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária. A análise da política adotada, entretanto, aponta para a manutenção da disputa entre os dois projetos: reforma sanitária e privatista. Em alguns aspectos o governo procura fortalecer o primeiro projeto, em outros, o segundo. Evidencia-se que, em decorrência da falta de vontade política e do financiamento, o projeto privatista tem sido priorizado. [...] O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da seguridade social e a articulação com o mercado.

A institucionalização do SUS representou, sem dúvida, uma vitória à sociedade brasileira no que tange ao reconhecimento dos direitos sociais, sendo este um dos seus maiores avanços, pois o SUS real está longe do modelo que se buscou adotar na Carta Constitucional. Situação devida aos ataques neoliberais à jovem política de saúde brasileira, que tiveram como principais difusores os organismos internacionais, especificamente no caso da saúde, o Banco Mundial, que, diante de sua função de defesa dos interesses do capital, adotou o setor saúde como um mercado que deve ser explorado pelo setor privado, traçando diversos

ataques à universalidade e à obrigação pública desta política, como veremos no próximo tópico.

3.5 AS ORIENTAÇÕES DO BANCO MUNDIAL PARA A SAÚDE NO BRASIL

Para falar a respeito das orientações do Banco Mundial às políticas de saúde no Brasil é preciso entender a funcionalidade deste organismo multilateral, que foi criado na década de 40 no âmbito do pós-guerra, nos acordos de Bretton Woods¹², como instituição controladora da política econômica internacional, no contexto marcado pelo imperialismo norte-americano que, junto com o Fundo Monetário Internacional, passou a difundir o chamariz ideológico desenvolvimentista, por meio do qual pretendia trazer todas as sociedades ao projeto capitalista, atuando através de empréstimos e de condicionalidades de ação; passou a influenciar de forma marcante os rumos políticos, econômicos e sociais dos países a ele submetido.

Os Organismos Internacionais são, portanto, instrumentos do grande capital e têm ampla abrangência nos setores políticos, econômicos e sociais dos países a quem concedem financiamentos, efetuando diversas orientações e condicionalidades, principalmente, as que tangem ao fortalecimento do mercado e do setor privado e ao enfraquecimento dos gastos sociais. Para Mattos (2001, p. 379), “as agências internacionais integram os dispositivos de reprodução da ordem mundial, incluindo, aí, a sempre mais restrita possibilidade de sua transformação”. Para Costa (1998, p. 126),

O debate sobre as políticas governamentais na área social tem sido condicionado pela difusão da pauta do ‘ajuste estrutural orientado pelo mercado, que expressa as orientações normativas para a economia de um conjunto de forças internacionais e domésticas, incluindo o FMI, o Banco Mundial, governo dos países industriais avançados, economistas e setores empresarial e financeiro. No centro do debate está a reforma do Estado, alterando substantivamente a natureza do discurso econômico e a orientação das políticas públicas. A expressão ajuste estrutural compreende um elenco de políticas ortodoxas que incluem estabilização macroeconômica – com normalização da política monetária e fiscal,

¹² Trata-se da conferência realizada em julho de 1944, que definiu as regras para as relações comerciais e financeiras entre os países mais industrializados do mundo.

liberalização dos mercados de bens e capital mediante a desregulamentação e privatização de empresas estatais.

Estas agências, que, de início, foram criadas para fomentar e fortalecer o desenvolvimento econômico dos países subdesenvolvidos, após a Segunda Guerra Mundial, com o advento do neoliberalismo, deixaram de elencar este tema como o principal propósito e começaram a se adaptar às diretrizes neoliberais. Segundo Mattos (2001, p. 381),

O tema do desenvolvimento deixou de ser central, pelo menos para as elites dirigentes dos países desenvolvidos, que ao fim e ao cabo dão a sustentação política e financeira àquela comunidade internacional. O fim da Guerra Fria e a elevação do fluxo de capitais privados rumo aos países em desenvolvimento (ou melhor, rumo aos países em desenvolvimento, cujos governos faziam o 'dever de casa', implantando uma austera disciplina macroeconômica, reduzindo gastos públicos e realizando programas de privatizações) colocaram em xeque a necessidade de uma ajuda internacional ao desenvolvimento. Por outro lado, a política de contenção dos gastos públicos dos governos dos países desenvolvidos passou a impor aos setores menos importantes (como a cooperação internacional) cortes orçamentários significativos. Assim, desde 1993, os recursos mobilizados pelas agências nacionais de cooperação internacional vêm caindo.

Diante destas reformulações, as agências passaram a adotar novas estratégias e propósitos para suas ações, não baseadas apenas na lógica do desenvolvimento. Mattos (2001, p. 381) afirma que

A redução da pobreza surge como novo mote, visto como tendo o potencial de reverter ou atenuar a queda dos recursos mediados pela comunidade internacional. Na defesa dessa causa, surgem tanto argumentos que apelam para o compromisso moral (e humanitário) de atenuar a pobreza no mundo, como que evocam as ameaças que o crescimento da pobreza periférica oferece para o próprio desenvolvimento e ordem nos países desenvolvidos.

No campo dessas agências e destes novos propósitos, destaca-se a ação do Banco Mundial, que liderou os diálogos entre as agências no sentido de produzir um consenso no que deveria ser apoiado pelos outros organismos. Segundo Mattos

(2001, p. 382), “a missão do banco e de toda a comunidade de ajuda ao desenvolvimento consistiria não só em oferecer recursos financeiros, mas também, senão principalmente, oferecer idéias”.

O Banco Mundial, nesse contexto, foi o que mais se destacou nesta oferta de ideias. Isto foi possível, segundo Mattos (2001, p. 382), porque esta agência pareceu “tirar vantagem de sua atuação em diversos setores, de sua experiência mundial e de uma estrutura interna que permite produzir sugestões de políticas e apresentá-las, como se as mesmas tivessem sido extraídas de sua abrangente experiência”.

Diante dos fatos, o Banco passou a ter hegemonia sobre as orientações das políticas, tendo elegido como assunto principal a saúde, onde passa a conquistar posição de destaque nas discussões a respeito dessa política. Para Costa (1998, p. 129), o Banco tornou-se liderança em âmbito mundial a partir dos anos 90, no que diz respeito à construção de uma “agenda internacional para as políticas de saúde”, isto porque ele assumiu a missão de criar instrumentos no processo de ajuste estrutural.

O interesse por tal política não se deve ao teor humanitário por ele explanado, mas aparece mesmo como uma forma de fortalecimento do mercado e racionamento dos gastos sociais nos países dependentes destes organismos. Esse protagonismo do Banco Mundial sobre a política de saúde se explicita, principalmente, por meio de vários documentos produzidos nessa área. Para Rizzotto (2000, p. 115), desde o final da década de 60, a área da saúde entrou na pauta Banco vinculada à “questão do combate à pobreza e à satisfação das necessidades humanas básicas”. Destaca-se, entretanto, que essa agenda restringiu-se ao “controle demográfico”.

Apenas nos anos de 1980, com a crise do Estado do Bem-Estar, é que o setor de saúde ganha maior dimensão nas políticas internas do Banco Mundial, isto porque “ao financiar projetos para a área da saúde, esta instituição tinha clareza de que poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público” (RIZZOTTO, 2000, p. 115), assim como poderia ser uma forma de contribuição para

para o avanço do liberalismo, ao fazer a crítica contundente ao papel do Estado na intervenção das políticas públicas, inclusive na saúde; a necessidade do BM difundir uma face humanitarista diante do agravamento das condições de vida da maioria da população e do aumento da pobreza e da desigualdade social como resultado da implantação do ajuste estrutural

nos países por ele condicionado; por ter passado a área da saúde a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital (CORREIA 2007, p. 19 *apud* RIZZOTTO, 2000)

Nas duas últimas décadas, o Banco Mundial tem priorizado princípios norteadores do neoliberalismo, visto que investe em programas que priorizem os ajustes estruturais, onde se destacam três elementos: “contenção da demanda pela redução dos gastos públicos, realocação de recursos visando gerar um superávit na balança comercial e reformas nas políticas para aumentar a eficiência a longo prazo do sistema econômico” (COSTA, 1998, p. 132).

A ação do Banco Mundial, por meio de documentos orientadores, assim como pelo financiamento, permitiria legitimidade para propor medidas de fortalecimento desse mercado, através do setor privado, e redefiniria a ação dos Estados nacionais, que, “neste campo, se limitam a programas destinados às populações mais pobres, centrados em ações de promoção e prevenção da saúde, que tenham custos reduzidos e efeitos impactantes” (RIZZOTTO, 2000, p. 120). Ao setor privado caberia abarcar a demanda que pode, de alguma forma, subsidiar seu acesso à saúde.

O financiamento de projetos para os Estados devedores ocorre através dos aceites dos mesmos as regras e políticas previamente condicionadas pelo Banco para a área da saúde, “o que proporcionaria a sua legitimação em nível internacional como protagonista no campo da saúde. Ao tempo em que os países devedores ficavam reféns do BM e da agenda de reformas por ele recomendada” (CORREIA, 2005a, p. 115).

As políticas direcionadas ao campo da saúde fazem parte de uma agenda restritiva orientada para a racionalização dos gastos com saúde e estão bem sintonizadas com as reformas vivenciadas internacionalmente no campo da saúde. Segundo Costa (1998, p. 128), a “Contribuição das orientações para o mercado de atenção a saúde tem origem nas repercussões econômicas dos gastos incrementais do setor nas economias capitalistas centrais”. O autor destaca ainda que as experiências das economias centrais foram fundamentais, devido ao fato de que, nesses países, tomaram-se “medidas de *cost containment* que implicaram controle orçamentário, na busca de alternativas ao cuidado hospitalar, no desestímulo a

demanda por serviços médicos, consumo de medicamentos, exames complementares e mesmo a restrição da oferta”.

O Banco Mundial, já com ações voltadas para a área da saúde em 1975, elabora o primeiro documento denominado de “Salud: documento de política setorial”, que contém diversas orientações de reordenamento dos sistemas de saúde e da ação estatal dos países periféricos; esta publicação parte do diagnóstico feito nos países devedores, no que diz respeito à questão econômica e social, mostrando seus problemas e propondo soluções. Segundo Correia (2007, p. 20),

O Banco Mundial, desde o referido documento de 1975, já apresentava as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde aos países por eles subsidiados, reafirmadas nos documentos posteriores, tais como: a quebra da universalidade do atendimento a saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção a saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres.

A mesma autora sustenta que, a partir da década de 80, a hegemonia do Banco Mundial em relação à política de saúde foi legitimada, passando a apoiar projetos que atendessem ao seu objetivo de ajuste estrutural e fortalecimento do mercado saúde, manifestada pelo documento de 1987: “Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma”, em que propõe medidas reformistas nesta área, aos países dependentes financeiramente deste organismo, cujas orientações estavam em consonância com as ideias neoliberais já presentes fortemente no mundo capitalista, pregando a redução da intervenção do Estado na operacionalização dos serviços de saúde. Correia (2007, p. 22) destaca que a consolidação, em nível internacional, do Banco Mundial como mentor intelectual no campo das políticas de saúde ocorreu em 1993, com a publicação do relatório sobre desenvolvimento mundial: “Investindo em Saúde, cujo eixo das propostas está fundamentado na política liberal em consonância com o recomendado pelo Consenso de Washington”.

Vale destacar que, no Brasil, as relações com os organismos internacionais remontam da década de 40 e, desde esse período, até 1982, as exigências se davam mais no sentido de busca do equilíbrio da balança de pagamentos. Segundo Correia (2005a, p. 86), os anos de 1983-1989 inauguram condicionalidades de

maneira mais ampliada, em que se vivenciam as consequências dos endividamentos feitos na década de 70, que se multiplicaram na década de 80, devido ao aumento das taxas de juros que configurou a chamada crise da dívida externa, onde os capitais dos países devedores eram repassados para os países credores.

No contexto da crise financeira internacional e do comércio internacional, denominada de crise do petróleo, os países desenvolvidos repassaram o ônus desta crise para os países periféricos, por meio da dívida externa. Nesse contexto, vai emergir uma nova configuração a estes organismos, que passam a monitorar e supervisionar a reprogramação e refinanciamento das dívidas externas.

A dívida abre a porta para a entrada do neoliberalismo preconizado no Consenso de Washington, que passa a ser difundido pelos organismos internacionais, principalmente o FMI, que propõe novas imposições, que implicam um ajuste estrutural e na reforma do Estado, a fim de gerar *superávits* primários para garantir o pagamento da dívida, por meio de cortes nos setores sociais.

De acordo com essas condições é que as políticas sociais e econômicas passam a ser elaboradas e executadas nos países periféricos, estando estes, de certa forma, obrigados a realizarem medidas como as reformas no âmbito do Estado, a fim de racionalizar gastos nas áreas sociais e cumprir o ideal dos organismos internacionais que é o fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos. Para Correia (2005a, p. 89), o Banco Mundial

[...] orienta os governos a dar prioridade máxima aos 'setores sociais fundamentais', os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas para dar eficácia e equidade aos gastos sociais. Esta orientação traz como consequência a quebra do caráter universal de tais políticas, tão caro às lutas sociais [...].

Além da imposição de programas de estabilização econômica dos organismos internacionais, é preciso ressaltar, também, o viés político vivenciado no Brasil na década de 90, que tratou de adotar o receituário neoliberal, adaptando vários setores da sociedade aos objetivos estritamente econômicos, numa espécie de consenso hegemônico por parte das elites nacionais brasileiras, que, atrelada às orientações internacionais, implementaram diversas reformas no sistema de proteção social, principalmente, através da reforma do Estado, que abriu um "leque"

de ações que propiciaram a focalização, onde as políticas deveriam ser direcionadas somente aos setores de mais extrema pobreza.

A ação do Banco Mundial na área da saúde no Brasil, segundo Rizzotto (2000), remete ao primeiro empréstimo realizado em 1981. Contudo, na década de 90 que são realizados os acordos com grande aporte financeiro, pois é a partir deste período que é “retomado no interior do Banco Mundial, de forma mais insistente, a discussão da questão da pobreza e a necessidade das reformas setoriais, momento também que o setor de saúde emerge, em nível mundial, como um mercado promissor para o investimento privado” (RIZZOTTO, 2000, p. 150).

Esta forte ação do Banco Mundial se manifesta através da elaboração pelo próprio Banco de dois dos três documentos com orientações e propostas para a área da saúde no Brasil, documentos que serão trabalhados nos tópicos a seguir.

3.5.1 O Ataque a Universalidade – Documento “Brasil: Novo Desafio à Saúde do Adulto”

O interesse do Banco Mundial pelo campo da saúde, que se expressa efetivamente a partir da década de 70, refere-se a uma função de administrador de pobreza e fomentador do mercado privado da saúde, no contexto no novo modelo de acumulação capitalista que emergia também nesta década. As propostas para o setor saúde concentram uma assistência de cunho coletivo, simples e descentralizada, limitado ao atendimento básico, de baixo custo, executado por profissionais de baixa qualificação e destinado somente aos pobres, o que significa dizer uma saúde pobre para os pobres.

No outro eixo, aos não tão pobres, a saúde deveria ser organizada a partir de um sistema privado, pois este grupo dispõe de condições de financiar sua assistência à saúde. Com estas propostas, existe a explícita intenção da quebra da universalidade pensada a partir de muitas lutas sociais para esta política e, é nisto, que se detém o documento “Brasil: novo desafio a saúde do adulto”.

Este documento foi produzido em 1991, década que o setor saúde se afirma enquanto um mercado promissor para o setor privado e quando se iniciam efetivamente as reformas neoliberais no Brasil, em que buscam a diminuição dos

gastos públicos nas áreas sociais. O documento vem de encontro com as conquistas feitas no campo da saúde com a Constituição Federal de 1988 e com as Leis Orgânicas que a regulamenta. Os principais ataques feitos por esta instituição à recém criada política de saúde no Brasil se deu mais enfaticamente à universalidade conquistada, havendo um nítido questionamento, por parte do Banco, do direito social adquirido nesta lei maior, pois consideram que “[...] A implementação deste direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo dos serviços médicos públicos” (CORREIA, 2007, p. 23).

Esta intencionalidade distorce princípios como o da descentralização, pensados para o Sistema Único de Saúde como forma de efetivação do direito social à saúde, uma vez que a utiliza como parte de suas recomendações no sentido de racionalizar a organização da política, buscando diminuir os gastos e as responsabilidades do Estado com esta e promover uma verdadeira contrarreforma aos setores sociais dos países considerados em desenvolvimento, em vez de um efetivo financiamento que pudesse gerar resultados positivos à sociedade.

A sugestão do Banco Mundial é, portanto, a da seletividade, através do direcionamento dos serviços de saúde gratuitos somente aos pobres. Aos demais, deveria ser cobrado, seja de forma direta, seja através de impostos. Para o Banco Mundial (1993 *apud* MATTOS, 2001, p. 387), “Não há teoria ou experiência que nos indique até que ponto o setor público deve prestar assistência médica diretamente (em vez de financiá-la)”.

A ideia consiste na formação de um sistema de saúde de cunho preventivo, com nítido favorecimento de medidas voltadas “especificamente para os pobres e considerar explicitamente sua situação; portanto, cumpre atribuir maior papel as organizações que incluem os pobres (tais como sindicatos e organizações religiosas e comunitárias)” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 07).

A proposta de organização do sistema de saúde brasileiro pelo Banco Mundial deverá ser realizada por meio da: descentralização, transferência direta de recursos para os municípios; dotação de recursos prioritária para os pobres, em entendimento que “os pobres são os mais expostos os mais suscetíveis aos novos riscos de saúde, e os pobres são os menos servidos” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 10); racionamento da atenção médica; o uso de técnicas de gestão moderna, com o argumento de que a modernização da gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil deveria incluir a definição de formas mais “criativas e produtivas de trabalho

com o setor privado; o desenvolvimento da capacidade de avaliação e gestão da tecnologia de alto custo; e o desenvolvimento de modernos sistemas de recursos humanos e gestão da informação” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 11).

A lógica de favorecimento do setor privado é demonstrada de forma muito clara no documento, conforme o relato, de forma bem tendenciosa, do crescimento deste setor no Brasil na década de 80, já desassociando o financiamento público, bem como escamoteando que o verdadeiro motivo que levou a este crescimento foi na realidade o financiamento público, conforme exposto a seguir:

[...] Importante desenvolvimento na década de 80 foi o crescimento de um setor privado de saúde autônomo e moderno no Brasil. O setor inclui diferentes organizações de conservação da saúde (OCS), organizações preferenciais de prestação de serviços (OPTS) e planos de seguro de saúde. Em grande parte, este setor surgiu em razão do declínio da qualidade dos serviços com o financiamento público durante o período. [...] Este setor é muito diferente do chamado ‘setor privado’ da rede de contratados do INAMPS. A cultura da rede contratada é parasítica porque sua existência depende do INAMPS, está eivada de conflitos de interesses e tem um interesse especial em prevenir a modernização do setor público (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 20).

As ideias preconizadas por este documento demonstram a necessidade do Estado voltar suas ações a medidas preventivas, pois isso diminuiria em muito os custos com a saúde curativa, deixando esta para o setor privado, por meio do custo individual com tais serviços, sob o argumento de que a maioria das doenças que atingiram as populações brasileiras, principalmente as de idade adulta, são as do tipo crônico-degenerativas, adquiridas por falta de prevenção.

Segundo os analistas deste documento, quando o Estado passa a manter altos custos com serviços curativos e modernos de assistência hospitalar, e não com a prevenção, acaba por formar um círculo vicioso para aquela população que tende a não mais se prevenir, pois “[...] os investimentos no tratamento para prolongar a vida dão início a um círculo vicioso em que os custos iniciais são altos e o efeito traduzido por uma população doente maior, que procura tratamento mais intensivo, e assim por diante” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 82).

Outra estratégia apresentada por este documento para realizar a quebra da universalidade é o da ampliação da participação da comunidade, não pela via da democratização e do fortalecimento do controle público, mas sim através da

responsabilização da comunidade com a assistência à saúde, deixando ao Estado a responsabilidade de financiamento público para os pobres com ações preventivas, formatando um quadro em que “os pobres sejam beneficiados com serviços públicos de saúde gratuitos e de razoável qualidade; e as classes média e rica paguem diretamente uma substancial parcela das suas necessidades de saúde [...]” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 102).

Como já foi argumentado, o interesse do Banco Mundial com o setor saúde não se deve a sua face humanitária frente aos problemas sociais, mas sim à defesa na fomentação deste mercado tão lucrativo para o setor privado. Portanto, este primeiro documento representa toda uma estratégia desta agência para alcançar seus objetivos em um país que acabara de conquistar em seu maior dispositivo legal a introdução de um dos principais direitos sociais, que é o direito à saúde.

A tarefa desta agência consiste em priorizar e repassar para o setor privado e para o terceiro setor a responsabilidade com os serviços de saúde, eximindo o Estado desta tarefa – cabendo a este a função reguladora –, indo totalmente contrário ao ideal de universalização, um fundamento presente não só neste documento, mas nos demais produzidos para o Brasil.

2.5.2 As Bases para a Política de Regulação na Saúde no Brasil – Documento “A Organização, Prestação, e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”

Neste documento retorna-se a intenção de regredir as conquistas sociais no campo da saúde que foram garantidas pela Constituição Federal de 1988. Além de considerar que o Estado brasileiro não dispõe de condições fiscais de executar os dispositivos legais da política de saúde traz, também, só que de forma bem mais explícita, a recomendação de estruturação de um quadro regulador do Estado que permita um melhor controle sobre os serviços privados, no sentido de exercer a cidadania pela via do consumo, que se traduz pela quebra da universalidade e ampliação do setor privado, pois consideram que esta dualidade permite a execução mais eficiente desta política aos que não podem ter acesso a ela pela via do mercado, já que,

O acesso irrestrito aos serviços, sem considerar os recursos limitados, resulta em uma forma de combinação de baixa qualidade, de um volume desigual ou reduzido, até mesmo de um comportamento fraudulento. Políticas de contenção de custos não traduzem orçamentos mais baixos, mas sim a manutenção dos serviços a um custo mais baixo. Assim, mesmo sem uma restrição orçamentária, as iniciativas de redução dos custos incentivam a eficácia e a eficiência da utilização dos fundos (BANCO MUNDIAL, 1995, p. XII, **tradução nossa**)

Este segundo documento, embebido fortemente pela ideologia neoliberal, segue a lógica mercantil da saúde e continua questionando os avanços legais dessa política. Correia (2007, p. 23-24), citando Rizzotto e o documento do Banco Mundial de 1991, declara a verdadeira intencionalidade destes documentos, informando que

O núcleo temático dos dois referidos documentos constitui-se em uma avaliação genérica do Sistema Único de Saúde brasileiro, com ênfase nos aspectos da relação custo – benefício dos serviços, e na defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais vinculadas a esse setor. Eles defendem a ampliação do setor privado na prestação dos serviços de saúde ao enfatizarem o papel regulador e financiador do Estado, incentivando-o a repassar recursos para qualquer entidade prestar serviços de saúde [...].

Diferente do documento anterior, este não fica apenas nas observações críticas a respeito da política de saúde deste país. Produzido em 1995, ele vem com uma proposta de contrarreforma efetiva no setor, no sentido de conter os avanços sociais da política, já que consideram que um país em desenvolvimento, como o Brasil, não pode arcar com os custos de uma política considerada tão cara, que pode muito bem ser também executada pelo setor privado, atendendo, assim, a duas principais intencionalidades desta agência - redução dos gastos públicos na área social e ampliação do mercado neste setor.

As orientações no sentido de promover uma contrarreforma no sistema público de saúde, a partir deste documento, partem dos seguintes aspectos elencados pelo Banco Mundial (1995 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 154):

Fortalecimento do papel e da responsabilização dos Estados em relação ao financiamento e à prestação de assistência médica; estabelecimento de um sistema transparente e consistente, com força legal, de transferências da esfera federal para as estaduais e municipais; mudar o papel do governo federal para a regulamentação, assistência técnica, pesquisa, elaboração de padrões e de incentivos para melhoria da qualidade, regulamentação e contenção de custos, liberando-o da responsabilidade pela prestação e controle dos serviços; promover a pesquisa e o debate sobre políticas de saúde através de financiamento público e vigorosa associação com outros órgãos responsáveis pela definição de políticas nos níveis municipal, estadual e federal.

Estas reformas promoveriam a definição dos papéis de cada ente federado com a política de saúde, a contenção de custos públicos através da restrição do acesso, a descentralização dos serviços de saúde para Estados e municípios e a definição responsabilidade e de novas parcerias entre o setor público e o setor privado.

Em relação ao setor privado, a pretensão deste documento é a de que as relações público-privadas têm necessariamente que ser melhoradas, evitando desconfiança e frustrações, bem como substituídas por arranjos mais “construtivos e transparentes, criando, nos limites e possibilidades de ambos, uma aliança do setor público-privado que possa melhorar o financiamento da saúde”. Ressalta ainda que uma das questões cruciais para solucionar os problemas detectados é a criação de “uma estrutura regulamentar, que seja justa e reforçada, tanto para a pública quanto para a privada” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. XIII, **tradução nossa**).

No que tange à divisão de responsabilidades entre setor público e privado, as propostas tendem ao favorecimento da ampliação do setor privado e limitação da ação pública, considerando que este deve se pautar exclusivamente nas:

Tarefas essenciais de regulamentação, promoção e educação, e tem importante papel a cumprir em matéria de financiamento. A prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de prestá-los mais eficientemente dentro da política geral estabelecida pelo setor público (BANCO MUNDIAL, 1995 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 155).

É este segundo documento que traz enfaticamente os preceitos para a instalação de uma estrutura regulatória no campo da saúde no Brasil. O documento

traz um capítulo específico sobre a necessidade de aperfeiçoamento de uma regulação do Estado em todos os aspectos da política de saúde, tanto os sanitários, como nos profissionais da saúde e no setor privado.

As propostas se concentram na formação efetiva de uma estrutura reguladora do Estado, devendo este se especializar somente neste aspecto de controle e não no de execução de serviços, garantindo a partir desta regulamentação padrões mínimos de qualidade, contenção dos custos, evitando abusos financeiros e a facilidade de acesso, sendo aplicáveis tanto no setor público, a fim de racionalizar a oferta, como no privado, no sentido de promover uma segurança ao consumidor dos serviços privados de saúde, pois o Banco Mundial afirma que, embora tenha se buscado melhorias por meio de reformas no campo da saúde, ainda existe “uma falta de política de supervisão e regulação e o surgimento de novos dilemas têm frustrado ou ultrapassado as reformas” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 09, **tradução nossa**).

Está presente neste documento, assim como nos outros, a forte tendência de favorecimento do setor privado. Não se enfatiza o fortalecimento do setor público, ao contrário, o documento deixa a entender que o setor público deve utilizar dos serviços privados para cumprir seu compromisso legal de oferta de serviços, por meio de parcerias público-privadas em tais ofertas, visto que

Financiadores privados aliviam o governo da responsabilidade de financiamento dos serviços de saúde para os mais ricos segmentos da população. Assim, é fundamental o governo reconhecer a existente e potencial contribuição do setor privado e determinar a melhor forma de aproveitar os pontos fortes dos empresários, e ao mesmo tempo, regulá-los para atender com eficácia os objetivos públicos. O setor privado é grande demais para ser ignorado e a construção de uma infra-estrutura pública paralela não é financeiramente viável (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 14, **tradução nossa**).

A inserção de uma estrutura regulatória no campo da saúde acaba por demonstrar que a intenção do Banco Mundial é o pleno favorecimento do setor privado, já que a “Regulação é uma questão fundamental para a expansão do setor privado. Principalmente porque ela afeta a confiança do consumidor em alternativas privadas de prestação dos cuidados com a saúde” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 23, **tradução nossa**).

Este documento, em vez de oferecer mecanismos de aprimoramento dos serviços públicos de saúde, de fomentação do espaço público para o exercício da cidadania na política de saúde, enfatiza somente o papel do Estado como fiscalizador dos direitos de consumidor e não os de cidadão.

As orientações presentes neste documento fazem lembrar as ações a que se destinam as agências reguladoras no âmbito da saúde no Brasil – ANS e ANVISA. Aquela para regular o setor privado e esta para regular bens e serviços que envolvem a saúde e levam ao entendimento de que o Estado brasileiro cumpriu corretamente o “receituário” do Banco Mundial que preconiza que “Empresas privadas de seguros e financiadores alternativos do sistema de saúde precisam ser regulados para proteger o público, garantir a equidade do mercado e assegurar o acesso do cidadão” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 144, **tradução nossa**).

Diante de toda análise feita em cima do sistema de saúde brasileiro, as orientações do Banco Mundial, para este setor, são as de seletividade, focalização e desresponsabilização da ação estatal com a política de saúde. Com o intuito de cumprir tais premissas, aponta ser necessário adotar um processo de fomentação do setor privado para que este venha desenvolver melhores serviços de saúde.

Estas orientações buscam, então, ampliar a esfera de atuação do mercado na saúde, mas sob o controle do setor público, que deve exercer mecanismos de regulação no setor privado, no sentido de aperfeiçoar seus resultados, seja na atuação complementar a este setor, seja na oferta de serviços de saúde aos que podem pagar um plano ou seguro de saúde, já que compreendem que este setor cumpre papel importante no campo da saúde no Brasil, pois funcionam como alternativa ao serviço público na oferta de serviços de saúde e principalmente porque,

Estimula a competição no setor da saúde, permitindo múltiplos serviços e opções, gerando eficiência no setor, e tem servido para desviar de renda média e alta domicílios em seguros privados e de assistência médica privada, aliviando o governo de algumas despesas no cuidado da saúde (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 150, **tradução nossa**).

As orientações levam ao entendimento de que é necessária uma relação harmoniosa entre os setores público e privado na oferta de serviços de saúde,

considerando que existem funções das quais o Estado não pode se eximir, como as de “garantir um nível básico de qualidade, defesa do consumidor, assistência médica e financeira normas de boas práticas, e contenção de custos e volume” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 156, **tradução nossa**). Nos demais serviços de saúde, o Estado pode se associar aos grupos privados, principalmente no que tange à execução dos serviços; isto explicita que o mercado sozinho não pode dar conta de todos os serviços. Assim, faz-se necessária a co-responsabilidade público-privada.

As orientações convergem para que os gestores da política de saúde no Brasil adotem como questão fundamental em todos os níveis de governo a execução de serviços de saúde através de setor público e do setor privado, já que uma política clara e bem informada sobre a prestação pública e privada ajudaria a divisão de responsabilidades e a priorização dos serviços.

O documento orienta também que seja realizada uma reforma institucional que levem os entes federados a uma nova organização do SUS, com a adoção de um desenho do sistema para ajudar os Estados na experiência com estruturas alternativas para a entrega, financiamento e regulação de serviços de saúde dentro das suas fronteiras no âmbito do SUS, incluindo as relações Estado e município. Isto parece bem familiar aos sistemas regulatórios implementados no SUS, logo após esse documento, que formataram um esquema de acesso dos usuários aos serviços de saúde, baseado nos subsistemas de entrada e controle e o subsistema ambulatorial que serão abordados no capítulo a seguir.

Mesmo com a complexidade dos termos deste documento, é possível compreender, a partir das contrarreformas feitas na segunda metade da década de 90, a forte influência deste na estrutura regulatória implementada no Brasil naquele período.

As orientações de organismos como o Banco Mundial não se fazem descarregadas de intencionalidades. Neste contexto, elas já traziam implícitos os princípios de um modelo de Estado Regulador exercidos na era neoliberal e buscaram, através de seus documentos, a formatação deste na política de saúde.

Como reflexo desta intencionalidade, tem-se no Brasil a implantação das agências reguladoras no campo da saúde, que promovem não só um mercado seguro para o cidadão consumidor, como também se apresentam como fomentadoras da competitividade no campo da saúde, assim como a regulação do fluxo de acesso aos serviços de saúde, a partir do Sistema Único de Saúde, e a

formação de caráter regulador ao setor público com a recomendação de transferência da execução de serviços para a iniciativa privada, sendo esta dimensão mais trabalhada na análise do próximo documento.

3.5.3 A efetivação do Estado Regulador na saúde – Documento “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”

O terceiro documento elaborado pelo Banco Mundial, exclusivamente para a política de saúde brasileira, é o “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade do investimento público e da gestão de recursos”, feito a partir de avaliações e propostas, no sentido de modernização da gestão para racionalizar os gastos públicos na área.

O documento aponta um avanço do Estado brasileiro em relação à política de saúde, principalmente pela atuação na atenção básica, mas apresentam alguns desafios que impedem o alcance de eficiência e qualidade do sistema e questiona a despesa pública com saúde, por considerá-la muito elevada.

Este documento, produzido a partir das análises do Banco Mundial, sintetiza uma avaliação feita pelo âmbito da gestão, mais especificamente os gastos em saúde, na tentativa de promover uma otimização desses gastos. Segundo as análises do Banco Mundial, o SUS está carente dos princípios da governança porque tem altos custos com a prestação dos serviços e, mesmo assim, esses não são de qualidade.

Para o Banco, é preciso reverter essa lógica, através da adoção dos princípios de governança, o que tende a reduzir os custos e aumentar a eficiência. Para tanto, são feitas várias orientações no sentido de alcançar o controle dos gastos e a eficiência dos serviços, através da responsabilidade, avaliação e incentivos que segundo o Banco Mundial devem ser executadas de forma articulada e não separadas, para obter tais resultados.

A primeira recomendação preconiza o desenvolvimento e implementação de arranjos organizacionais, proporcionando maior autonomia e autoridade para gerenciar recursos. Com esta recomendação, busca-se desenvolver uma gestão

com maior autonomia e responsabilidade, baseada em dois modelos: o de gestão autônoma, nas grandes unidades, e o de gestão descentralizada, nas unidades menores. Na primeira, “As unidades com capacidade [...] adequada poderiam receber autonomia total sobre o gerenciamento e aplicação de seus recursos físicos e humanos, tendo apenas que seguir as políticas de saúde do SUS e cumprir um conjunto de objetivos e metas previamente definidos” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 74).

O documento observa, ainda, que vários modelos foram adotados nos últimos anos com “resultados positivos em vários casos, como o das Organizações Sociais e outras. Um modelo semelhante poderia ser adotado para a maioria das unidades de saúde maiores, principalmente os grandes hospitais de referência” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 74).

Em relação à gestão descentralizada direcionada às unidades menores, o que se preconiza é a adoção de medidas mais flexíveis e autônomas de gestão, no que diz respeito, inclusive, à questão orçamentária, considerando que estas unidades deveriam ser “transformadas em Unidades de Despesa ou Unidades de Gestão, com níveis menores de autoridade e autonomia, porém suficientes para gerenciar boa parte de seus recursos materiais e toda a informação financeira sobre sua gestão” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 75).

A segunda recomendação é a de aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização gerencial, tais como, os contratos e compromissos de gestão que estimulem os gestores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis. Aqui se dá ênfase aos contratos de gestão, pois, segundo o Banco Mundial, este instrumento define de forma nítida as “responsabilidades e autoridades da unidade, os objetivos e metas a serem alcançados e as atividades a serem desenvolvidas, a necessidade de recursos, critérios claros de avaliação do desempenho da unidade e penalidades para o não cumprimento dos objetivos” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 75).

O documento alerta, ainda, que o “contrato de gestão” é o mais indicado porque tem sido utilizado para modelos de gestão “autônoma e privatizada”. Assim, sua utilização poderia ser adequada aos “modelos de gestão descentralizada no âmbito da administração direta”. Este último ponto indica, textualmente, o repasse de responsabilidades e atribuições para as unidades, dividindo os deveres com as unidades menores, observando que, para isso, é indispensável que “as unidades

tenham um grau suficiente de autonomia gerencial e financeira para serem responsáveis pelo seu próprio desempenho” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 75).

A terceira recomendação diz respeito a uma sincronização e alinhamento dos processos de planejamento, orçamento e gestão de informação, na busca do desempenho. Esta sincronização se faz necessária para que haja maior autonomia gerencial às unidades de saúde, assim como uma prática mais responsável. Para tanto, é necessário que o planejamento, o orçamento e os resultados sejam reformulados e se tornem em um instrumento efetivo de gestão local. Para alcançar tais objetivos, é necessário, dentro do contexto da descentralização, incluir-se o processo de repasse para as instâncias locais – municipais –, da gestão, do monitoramento e da avaliação destes resultados.

Outro elemento de sincronização entre planejamento, orçamento e gestão da informação é o sistema de informação com capacidade de oferecer dados em tempo hábil, incluindo “quatro módulos essenciais: informação orçamentária e de despesa, informação de custos, informação de produção ou técnica e informação de resultados, em termos de eficiência, efetividade e qualidade” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 77).

A quarta recomendação visa consolidar os mecanismos de financiamento e a melhoria no desempenho, através da simplificação do sistema, por meio da adoção de dois aspectos: O primeiro, quanto às exigências e formalidades para a habilitação de estados e municípios; e segundo, no que diz respeito ao sistema de transferências e pagamentos do Ministério da Saúde.

Segundo o documento, uma das medidas feita a favor desta quarta recomendação foi a adoção do pacto pela saúde, no ano de 2006, pelo governo federal, pois difere das regulamentações anteriores e apresenta-se como um elemento de gerência financeira flexível para os entes nacionais. Segundo o Banco Mundial (2007, p. 78), o pacto ainda precisa ser aperfeiçoado para poder atender às metas de desempenho, sendo necessário “desenvolver instrumentos para permitir o apoio e monitoramento federal ao desempenho de estados e municípios, além de fortalecer a capacidade estadual e municipal no que se refere ao planejamento, orçamento, e monitoramento da prestação de serviços”.

As orientações se dão também no sentido de simplificação dos mecanismos de transferência de recursos, sintetizando as modalidades existentes em grandes categorias, tais quais: Serviços de Saúde Pública [...], Atenção Básica, Atenção

Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade, tendo como mecanismo de controle desses repasses os relatórios de avaliação de desempenho feito por essas categoria. Para o Banco Mundial (2007, p. 78), as simplificações sugeridas possibilitarão a redução do “custo administrativo desse funcionamento, liberando recursos humanos para monitorar e avaliar o desempenho e resultados”.

A quinta recomendação é a de estabelecer sistemas robustos de monitoramento e avaliação. Segundo a avaliação do Banco, estes mecanismos estão enfraquecidos no SUS, sendo preciso fomentar a utilização destes como forma de acompanhar os progressos e medir o desempenho e impactos dos projetos e programas do SUS.

A sexta e última recomendação é a de fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial, adotando técnicas modernas de gestão, entendendo que as unidades de saúde precisam de técnicas que promovam uma gestão efetiva e eficiente voltadas a fortalecer o desempenho técnico e dos recursos. Recomenda-se também o incentivo da capacidade gerencial, nas secretarias e unidades de saúde, seja por meio de treinamentos em técnicas pró-ativas e modernas de gestão e avaliação, seja por meio de contratações de novos gerentes com a mentalidade do Banco, que considera necessários dois níveis de qualificação:

o nível decisório [...] voltado para o tomador de decisão, ou seja, diretores e gerentes; e o nível técnico, voltado para os profissionais responsáveis pela execução das atividades de planejamento, gestão e monitoramento. O primeiro deve ser capaz de analisar e interpretar indicadores de custos, eficiência e qualidade, e deles tirar conclusões e decisões gerenciais. O segundo deve ser capaz de aplicar técnicas de análise e avaliação, organizar dados e calcular indicadores (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 80).

São esses os novos caminhos apontados para o fortalecimento do mercado e para a focalização da política de saúde. Agora, os problemas que não permitem a efetivação do SUS se devem a falhas de governança, “a falta de incentivos e de *accountability* que garantem que os serviços sejam viáveis financeiramente e que sejam de qualidade aceitável” (CORREIA, 2007, p. 25).

Este documento enfatiza a necessidade do Estado nacional brasileiro e dos demais entes federados – Estados e Municípios – transferirem a execução da

política de saúde, principalmente as de média e alta complexidade, para entidades autônomas do terceiro setor ou do setor privado, mas não só estes serviços. Visa também transformar as unidades, os hospitais e os serviços públicos, já existentes em unidades de gestão autônoma, ficando apenas com uma função reguladora e financiadora, o que desqualifica o caráter público desta política. Assim, este documento, junto com os dois acima trabalhados, demonstra que a formatação de uma estrutura regulatória no Brasil foi desenhada por esta agência multilateral e que, portanto, tende a um processo de privatização da política de saúde.

As orientações do Banco Mundial, carregadas pelos princípios neoliberais de fortalecimento do mercado saúde, não tiveram muita dificuldade de se afirmar no Brasil, que já contava com uma forte associação do setor privado competindo de forma desigual com a lógica a favor da política de saúde efetivamente pública. As orientações do Banco Mundial foram moldando a política de saúde, ao longo dos anos 90, gerando novas formas de inserção do segmento privado no tão lucrativo mercado da saúde, seja pelo discurso a favor da focalização, seja pela regulação do setor privado, seja pela necessidade de adoção de novas formas de gestão, que permite a ampliação do mercado via SUS, que, na prática, reforça uma postura financiadora e reguladora do Estado frente à execução da política de saúde, como veremos no capítulo a seguir.

4 OS MODELOS DE REGULAÇÃO NA SAÚDE NO CONTEXTO DAS CONTRARREFORMAS

Este capítulo analisa três dos modelos regulatórios existentes na política pública de saúde no Brasil, estabelecidos no contexto das contrarreformas e preconizados pelo Banco Mundial para a saúde no Brasil, a saber: a regulação no acesso aos serviços de saúde, que é realizado no âmbito do SUS; a regulação via agências reguladoras; e o caráter regulador que o Estado adquire ao repassar a execução dos serviços de saúde a entidades como as OS, as OSCIP e as Fundações de Direito Privado.

Para tanto, faz-se necessário abordar o desenvolvimento da contrarreforma, realizada na segunda metade da década de 90, na política de saúde brasileira, que buscou desvirtuar os princípios do Sistema Único de Saúde, organizando as Estruturas do Ministério da Saúde para atender os preceitos focalistas e privatizantes do Banco Mundial.

Como uma vertente desta contrarreforma, instituíram-se as referidas estruturas regulatórias no campo da saúde. Assim, a regulação do acesso ao atendimento aos serviços de saúde do SUS foi sendo delimitada pelo documento “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, elaborado pelo Ministério da Saúde, que foi influenciado por outro documento intitulado de “Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” produzido pelo MARE.

Neste processo, foram implementadas, também, as agências reguladoras que trataram de legitimar o cidadão consumidor no âmbito da saúde no Brasil, dando sustentação para o desenvolvimento seguro do setor privado e a fomentação do cidadão consumidor.

Com as novas modalidades de gestão do SUS, houve um repasse da execução dos serviços de saúde da esfera pública para a privada e para o terceiro setor. Neste processo, o setor público mantém uma postura reguladora e financiadora dos serviços de saúde, função defendida claramente nos documentos elaborados pelo Banco Mundial.

Os modelos regulatórios, embora aparentemente não articulados entre si, fazem parte de um processo amplo de retirada da ação executora do Estado nas políticas públicas, tornando-se apenas regulador e financiador deste processo, fator

que imprime um caráter de favorecimento ao projeto de saúde defendido pelo mercado.

4.1 AS CONTRARREFORMAS NO CAMPO DA SAÚDE NA DÉCADA DE 90

A década de 90 deveria ser a década de consolidação do Sistema Único de Saúde, já que, em 1988, a saúde tinha sido garantida como direito social universal e a sua regulamentação se deu com as Leis n^{os} 8.080 e 8.142 de 1990. Contudo, as tendências internacionais de um modelo de acumulação de cunho financeirizado, baseado na flexibilização do trabalho e no enfraquecimento da classe trabalhadora, sob a base ideológica do Estado Neoliberal, adentrava no País de forma mais enfática a partir desta década.

A verdadeira reforma social, que foi garantida na Constituição Federal de 1988, por meio da Seguridade Social, vai ser duramente atacada por um processo de contrarreforma da Saúde. Nesse contexto, não passa imune. Assim, em vez da promoção da política de saúde pelo cunho público e universalista vai se buscar a retração com um cunho focalista e privatista.

A contrarreforma na saúde é uma das vias da contrarreforma do Estado no Brasil, na década de 90, analisada no primeiro capítulo deste trabalho, mas foi enfatizada principalmente nos documentos elaborados pelo Banco Mundial, que detalharam as estratégias de execução desta.

É claro que, em se tratando da mesma equipe de governo, as intencionalidades, se não forem as mesmas, serão bem parecidas; é neste sentido que as mudanças buscadas para a saúde têm como diretriz maior a contrarreforma do Estado buscado naquele contexto, cujo foco era “a superação da crise fiscal; a revisão das estratégias de intervenção do Estado nos planos econômico e social; e a mudança da estrutura do aparelho estatal e do funcionalismo público” (RIZZOTTO, 2000, p. 199).

A contrarreforma na saúde parte, portanto, da defesa de redução de investimentos financeiros públicos nessa área, acompanhando a tendência de redução da ação estatal nas políticas sociais. Essas mudanças ultrapassam o limite estrutural e apontam para uma alteração de mentalidade em relação à assistência a

saúde, em que o cidadão deixa de ser paciente para ser cliente, responsabilizando-se pela sua saúde através compra direta do setor privado, sendo tarefa do Estado, somente, a regulamentação deste setor para dar garantias a esse cliente.

A área da saúde assimilou as propostas do Banco Mundial de priorização do setor privado, em vez de adesão aos propósitos da reforma sanitária, e de legitimação do SUS. Apesar desta rejeição não ser de forma explícita, ela se manifesta pela deformação do caráter público da política, que está sendo desconstruído e repassado para o setor privado, seja pelas novas modalidades de gestão, seja pela ampliação da ação privada via planos de saúde, através das agências reguladoras. Este direcionamento governamental, dado a política de saúde, a partir da década de 90, se baseia

Na tentativa de criar, na opinião pública, um consenso sobre a necessidade de restrição dos direitos de universalidade, equidade e integralidade da assistência; na centralidade que os programas PACS e PSF assumiram no conjunto das políticas do Ministério da Saúde, os quais visam a focalização e seletividade dos serviços de atenção à saúde; no estímulo à participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, através da abertura do mercado para empresas estrangeiras e, no estabelecimento de acordos de empréstimos com o Banco Mundial para o desenvolvimento de projetos na área da saúde, que visam a implementação de propostas condizentes com a agenda e os objetivos desta instituição (RIZZOTTO, 2000 *apud* CORREIA, 2005a, p. 135).

As considerações a respeito da reforma no setor saúde foram sintetizadas em um documento elaborado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”, que foi apresentado na reunião realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde, pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento e pelo Banco Mundial – *reforma sectorial em salud*, em 1995. Este documento dá seguimento à contrarreforma na área da saúde, seguindo as orientações do Banco Mundial, e compromete-se em realizar mudanças organizacionais no nosso recém criado Sistema Nacional de Saúde, tais quais:

A organização de um sistema assistencial privado devidamente regulamentado; o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com redução de gastos; [...] o

estabelecimento de um sólido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação (BRASIL, 1995 *apud* CORREIA, 2005a, p. 124).

Seguindo estas orientações neoliberais, a contrarreforma brasileira na saúde foi iniciada a partir do segundo ano do primeiro mandato do Governo FHC, com a produção de um documento elaborado pelo Ministério da Saúde, denominado de “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, cuja proposta é similar à difundida pelo documento “Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”, produzido pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado.

Ambos os documentos absorvem as propostas de reforma na área da saúde, reproduzidas pelo Banco Mundial no documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, que busca formatar um “novo papel regulador atribuído ao Estado, que deverá concentrar esforços apenas no financiamento e no controle desses serviços ao invés do seu oferecimento direto” (CORREIA, 2007, p. 24).

É, sobretudo, no caderno nº. 13 do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), que trata da reforma administrativa do sistema de saúde, elaborado por Bresser Pereira, que se delimita um processo de reforma específico ao setor mais lucrativo do Sistema Único de Saúde – o hospitalar e ambulatorial.

O primeiro artigo do caderno argumenta sobre a importância do Sistema Único de Saúde, mas aponta que o Sistema ainda não tinha sofrido uma reforma completa e precisava ser imbuída de uma reforma administrativa concentrada no âmbito hospitalar e ambulatorial do SUS, no sentido de promover a resolutividade, a integralidade e a qualidade das ações, assim como controle nos gastos públicos com saúde, sintonizando a política de saúde brasileira com as políticas de saúde vivenciadas em nível internacional.

Este documento alega que esta reforma deve se pautar em três estratégias: a primeira seria o aperfeiçoamento do processo de descentralização, buscando definir de forma clara as responsabilidades das esferas de governo.

A segunda estratégia seria a organização do atendimento aos serviços de saúde em cada nível de governo, através da montagem de dois subsistemas: o de Entrada e Controle e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. O primeiro subsistema deveria ser organizado, em âmbito municipal, de forma integrada e regionalizada, composto de unidades e posto de saúde subordinados a

autoridade municipal, buscando responder aos problemas mais comuns de saúde, no âmbito das ações básicas de saúde, cabendo a este “o encaminhamento para atendimentos de níveis maiores de complexidade e de especialização na rede ambulatorial de referência e nos hospitais” (BRASIL, 1998, p. 10). O subsistema ambulatorial é constituído por esta rede ambulatorial e hospitalar, que pode ser integrada “por ambulatórios e hospitais credenciados, que poderão ser estatais, públicos não-estatais (filantrópicos) ou privados, e que poderão estar dentro do município ou muito freqüentemente fora dele” (BRASIL, 1998, p. 15).

A terceira estratégia consiste na formação de um sistema de informações gerenciais em saúde, com informações referentes aos usos de verbas, dados epidemiológicos e de desempenho dos serviços de saúde, com a capacidade de gerar “indicadores de custos, de demanda atendida e de resultados referentes aos dois subsistemas mencionados. O gerenciamento, no âmbito do SUS, caberá à DATASUS” (BRASIL, 1998, p. 15).

Neste processo reformista, o Subsistema de Entrada e Controle ficaria sobre a responsabilidade do setor público, com a oferta de serviços básicos, encaminhando ao subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar (setor privado, Público e filantrópico) os casos mais complexos, conseguindo, assim, uma “melhor qualidade do atendimento como também uma nova racionalidade da ação médica, combatendo-se o desperdício, o abuso de procedimentos de alto custo e o combate às fraudes” (BRASIL, 1998, p. 14).

Ao setor público, especialmente às prefeituras, caberiam os serviços mais simples e menos rentáveis, a cargo dos postos de saúde, e o papel de encaminhar o paciente para o Subsistema Ambulatorial e Hospitalar, onde há hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados e que, neste subsistema, estariam “competindo entre si para proporcionar os melhores serviços” (BRASIL, 1998, p. 18).

A reforma se concentra nos serviços de saúde mais lucrativos – ambulatoriais e hospitalares –, mas o objetivo desta não “se concentra no fomento da oferta de serviços de saúde, por meio da construção e equipamento de novos hospitais e ambulatórios públicos ao nível do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar” (BRASIL, 1998, p. 19), deixando este a cargo do setor privado ou filantrópico e priorizando a atenção pública para o subsistema de entrada e controle centrado na atenção básica, que exige menos despesas.

A ideia consiste em reorganizar os hospitais públicos. Estes, segundo o documento (1998, p. 19-20), deveriam ser transformados em “Organizações Sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal”.

A reforma visava uma separação entre esses dois subsistemas, tendo gestores diferentes em cada nível de governo, reconhecendo também que existe baixa quantidade de prestadores públicos de serviços de saúde. Neste sentido,

O essencial é a clara separação dos hospitais estatais - que fazem parte do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar de cada município - do Subsistema de Entrada e Controle desse mesmo município. Caberá ao Subsistema de Entrada e Controle credenciar e contratar serviços dos hospitais estatais, os quais, embora devendo ter uma preferência em condições de igualdade, competirão, em termos de qualidade e custo dos serviços, com os hospitais públicos não-estatais e mesmo com os hospitais privados (BRASIL, 1998, p. 20) .

Os discursos que justificaram a reforma baseiam-se no fato de ainda não ter sofrido uma implementação completa do Sistema Único de Saúde, manifestado pela ausência de uma descentralização efetiva, assim como os demais serviços de saúde, principalmente os relacionados à média e alta complexidade, pois, segundo os mentores da reforma, embora este setor seja o que mais retém recursos financeiros, eles não apresentam dados satisfatórios de atendimento.

A eleição da média e alta complexidade, segundo os reformadores, se deve à baixa qualidade da oferta dos seus serviços, mas ela acontece principalmente pela contenção dos custos financeiros por parte do Estado em relação às políticas sociais, devido aos ajustes fiscais de cunho neoliberal. Na saúde, este ajuste ainda se faz necessário porque este setor é responsável por “grande elevação de custos, advinda do aumento da complexidade e da sofisticação tecnológica dos tratamentos médicos e hospitalares tem um papel relevante na crise financeira do sistema” (BRASIL, 1998, p. 13).

Não por acaso, instituíram-se, nesse contexto, as entidades denominadas Organizações Sociais, situadas no âmbito do terceiro setor, que assumiram responsabilidades que antes era de competência pública. Na saúde, assumiram a

gestão de vários serviços na esfera hospitalar e ambulatorial, principalmente, dos hospitais que foram criados nesse contexto.

A criação dos subsistemas de atendimento ao SUS confunde-se com o princípio da hierarquização deste sistema, que diz respeito à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas. Este princípio parece ter sido distorcido pelos idealizadores da reforma, assim como o que aconteceu com o princípio da descentralização, que deveria favorecer ao SUS, mas acabou favorecendo a lógica privada.

Para Correia (2005a, p. 123), esta contrarreforma proposta pelo governo neoliberal

Deixa claro o novo papel regulador atribuído ao Estado nos serviços prestados pelo segundo subsistema: 'a nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses serviços ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado' [...] O Estado se ocupará da organização da oferta nos 'hospitais universitários e de maior complexidade'.

Isso gera uma desresponsabilização do setor público com a execução dos serviços de média e alta complexidade, mas não com o financiamento, uma vez que a proposta de transformação dos hospitais de alta e média complexidade em Organização Social não exime a responsabilidade do setor público com financiamento dos serviços ofertados por esta instituição. Somente a atenção básica contará com a execução pública dos serviços, e em relação à média e alta complexidade caberá somente o financiamento público que pode ser empregado no setor privado, já que este setor fará parte do sistema de referência ambulatorial e hospitalar.

A reforma idealizada pelo Governo Federal, via Ministério da Saúde e MARE, embora não assumida, está em perfeita consonância com as condicionalidades impostas pelo Banco Mundial, que financiou, na década de 90, vários programas nacionais de saúde no Brasil, uma vez que este governo, diante do diagnóstico ineficiente de recursos, teve que recorrer aos empréstimos "externos do Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Eximbank" (BRASIL, 2002, p. 23).

No período de vigência dos governos Collor e FHC, na década de 90, cresceram consideravelmente os empréstimos a esta agência, que financiou projetos que “totalizaram US\$ 992 milhões, representando 8% da carteira do Banco. Incluindo três projetos iniciados no final dos anos 80, o Banco manteve oito projetos ativos de saúde durante os anos 90” (CORREIA, 2005a, p. 136).

Correia informa que a recorrência a estes empréstimos não é viável do ponto de vista financeiro, já que estes recursos são repassados ao Estado brasileiro com as mesmas condições impostas por outra instituição financeira, com as mesmas taxas de juros e carências. Além disso, “enquanto os bancos privados dão autonomia ao cliente em relação à utilização dos recursos, o BM impõe condicionalidades”. Diante do pouco volume de recursos emprestados pelo Banco, quando comparado ao gasto público com saúde, fica “sem fundamento a submissão às suas condicionalidades” (CORREIA, 2005a, p. 136).

Com esses dados, é possível perceber que houve uma aceitação pacífica do governo brasileiro em relação às orientações dessa agência, através de uma postura conservadora e privatista da elite governamental, fatores que, junto com o “receituário” do Banco Mundial, produziram várias reformas no campo da saúde, utilizando dos mesmos princípios da reforma sanitária, porém de forma distorcida, como os da hierarquização e da descentralização, que por meio das normas operacionais básicas, foram formatando a política regulatória brasileira na saúde nos moldes neoliberais.

As orientações do Banco Mundial promoveram, por meio de uma contrarreforma, a descentralização da gestão da esfera federal para os estados e municípios, sem contrapartida de recursos e infraestrutura necessários para esse processo, o que permitiu a participação de organizações não governamentais e filantrópicas e de empresas privadas na execução destas políticas a nível local, descaracterizando seu teor de direito.

Estas orientações seguem a linha de desmonte do que foi conquistado legalmente com a Constituição Federal de 1988 e se adéquam bem ao projeto privatista presente na política de saúde brasileira, desde a ditadura militar, o que fez tensionar ainda mais o conflito com aqueles que lutam por uma política de saúde de direito social.

Neste discurso, foram embaladas as contrarreformas na saúde. Entretanto, diante da correlação de forças, as orientações dos documentos elaborados pelo

Ministério da Saúde e pelo MARE (1995) não foram totalmente efetivadas. As propostas de transformação dos Hospitais Públicos em Organizações Sociais não foram cumpridas logo de início, mas o aprofundamento da descentralização e a organização do acesso pela via dos subsistemas sim, conforme representado pela Norma Operacional Básica, de 1996, que traça as bases da regulação do acesso à assistência no âmbito do SUS.

As contrarreformas não se limitaram nesse processo. Elas continuam em curso na realidade da política de saúde no Brasil e estão fortemente articuladas e organizadas pelo projeto de saúde defendido pelo capital, buscando formatar uma política baseada em três grandes eixos, presentes na atualidade da política de saúde, demonstrados por Correia (2007): o primeiro consiste no rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, no qual se destinam à saúde pública aqueles que não podem pagar, baseados na oferta da atenção básica e na racionalização da média e alta complexidade. Com esta proposta, cria-se uma divisão entre setor público e setor privado, devendo o Estado (setor público) se responsabilizar pela atenção básica, na tentativa de universalizar esses serviços que, pela lógica do lucro, não são rentáveis. O setor privado fica encarregado dos serviços de média e alta complexidade, que alocam mais recursos e, conseqüentemente, mais lucro. Para Correia (2007, p. 31),

Em vez do princípio da universalidade, propõe-se a cobertura universal da atenção básica. Ressalta-se ainda que a dicotomia entre as ações médico-hospitalares e as básicas, constitui-se num retrocesso ao princípio da integralidade, indo ao encontro ao modelo assistencial preconizado pelo SUS.

O segundo eixo, idealizado pela contrarreforma na saúde, consiste na flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, repassando para as OS e para as OSCIP a execução de serviços de saúde, com financiamento público, além da adoção de duplo acesso a hospitais públicos e de mecanismos de co-pagamento e flexibilização trabalhista, o que leva a precarização do trabalho na saúde.

É uma lógica mercantil perversa, em que fica nítida a intenção lucrativa do grande capital, pois se transfere para o setor privado apenas a dimensão administrativa, mas se mantém o subsídio público. Assim, o “Estado mantém sua

função de financiador dos serviços ao tempo que perde o controle sobre a qualidade dos serviços prestados” (CORREIA, 2007, p. 32).

O terceiro eixo se refere ao estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Este eixo está estritamente vinculado ao segundo, o que fica clara a verdadeira intencionalidade de destinar ao setor privado às ações em saúde que mais geram lucro e, como este setor deve alocar os setores da sociedade, que podem, de alguma forma, subsidiar os serviços de saúde, através de planos e seguros de saúde, deixando para o setor público os programas não rentáveis destinados aos pobres, focalizando e seletivizando a política de saúde.

Este processo de privatização, que não é novo na história da política de saúde no Brasil, já que a assistência a saúde no Brasil até a CF/88 sempre esteve sob a responsabilidade do setor privado, a partir do governo Vargas em que se criaram as caixas de pensões que subsidiava a assistência a saúde aos vinculados formalmente mercado de trabalho, a assistência era via setor privado, este processo de privatização foi acirrado na ditadura militar, que abriu de vez para a inserção do setor privado na oferta de serviços de saúde com financiamento do Estado. Com a CF/88 esta lógica busca ser vencida, mas ainda se mantém, uma vez que coloca o setor privado como complementar, abrindo brecha para a forte ação deste setor nos serviços de saúde.

O que temos com os governos democráticos neoliberais nada mais é que uma nova roupagem desse processo de privatização, e a busca de extinção dos princípios legais que elencam a saúde como direito social, por meio do discurso da modernização da gestão entre outros com a contrarreforma. Este novo aporte é permeado pela implantação de um modelo de administração, que busca transferir as responsabilidades públicas “para instâncias não governamentais, desresponsabilizando o Estado da execução desses serviços, mas repassando recursos públicos para subsidiá-los, além de reforçar a linha de contratação de serviços de terceiros disponíveis no mercado” (CORREIA, 2008a, p. 09).

Esta autora, reportando-se às orientações do Banco Mundial, afirma que estas propiciam uma mercantilização da saúde, em que “as instituições públicas cumprem o papel de atender à população mais pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que a rede privada se ocupa das áreas mais rentáveis, ou seja, dos serviços de média e alta complexidade” (CORREIA, 2008a, p. 10).

Mesmo diante destes ataques, o SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção e sua gestão é baseada nos princípios de descentralização e participação popular. Os grupos comprometidos com esses princípios vêm buscando implantar uma gestão efetivamente pública do serviço de saúde, no entendimento de que a responsabilidade de gestão, da regulamentação, da fiscalização e do controle das ações de saúde é atributo do serviço público, apesar da desqualificação que vem sendo implantada em relação a isso.

O conflito vivenciado nesta política não permite a sua verdadeira efetivação, já que o projeto de saúde pela via do mercado associa-se às políticas de ajustes estruturais, que restringem a universalidade à focalização e à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde, além de abrir espaço para adoção de novos modelos de gestão mais modernos, flexíveis e bem sintonizados com as políticas internacionais. Foi neste sentido que se organizaram os modelos de regulação na saúde, que serão abordados no tópico seguinte.

4.2 A REGULAÇÃO NA SAÚDE NO CONTEXTO DAS CONTRARREFORMAS

A década de 90 trouxe, à política de saúde, modelos regulatórios bem diversos, que se articula com os já existentes nesta política. Estes modelos englobam as relações com os prestadores privados e públicos de saúde, feita por meio do sistema público de saúde como instrumento de gestão, que existiam antes da saúde se tornar política pública, por meio do SUS, e que foram aperfeiçoadas ao longo do desenvolvimento deste.

Nestes modelos regulatórios se encontra também a regulação dos serviços que envolvem a política de saúde que não são executados pelo Estado, mas que são regulados por este, pelas agências reguladoras – ANS e ANVISA. Existe a regulação das relações entre as esferas de governo, que envolvem, segundo Ribeiro, Costa e Silva (2000, p. 71),

As relações do governo federal com os governos estaduais e municipais e entre o SUS e os prestadores privados são reguladas por diferentes organismos e departamentos, porém três instâncias regulatórias

apresentam-se como as mais relevantes e demonstram modelos diferenciados de controle dos serviços e ação do sistema público: o Sistema Nacional de Auditoria, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde.

Existe também uma função reguladora do Estado, que se apresenta depois da denominada reforma do Estado, em que se firmam contratos com entidades do terceiro setor para a execução de serviços de saúde. O Estado atua apenas como regulador deste serviço, através dos Contratos de Gestão, que “são freqüentemente considerados como meios para regular a concessão de autonomia do executivo para os hospitais” (RIBEIRO, COSTA e SILVA, 2000, p. 78).

Outra via da regulação no âmbito da política de saúde no Brasil é o denominado por Ribeiro, Costa e Silva (2000, p. 82) de auto-regulação contratada, que estabelece a acreditação hospitalar, pelo qual o “Ministério da Saúde efetuou investimentos, através do programa REFORSUS, no sentido de induzir organismos privados a formarem a Organização Nacional de Acreditação – ONA”, cujo objetivo é o de “criação de um padrão de qualidade no mercado, reduzindo os custos da regulação burocrática em nome de maior ordenamento na competição entre os hospitais por recursos públicos e privados”. Esta Organização segue as orientações do Banco Mundial de que o setor público deve “Estabelecer um sistema de acreditação hospitalar para garantir que apenas hospitais que atendem aos requisitos básicos sejam contratados pelo Ministério da Saúde” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 114).

Parte-se da premissa de que estes modelos regulatórios, que se instituíram na política de saúde ao longo dos anos 90, são frutos da ação de um modelo de Estado regulador, já que a política de regulação do Estado brasileiro atende aos ideais neoliberais traduzidos na reforma do Estado. Conseqüentemente, os modelos regulatórios do setor saúde se organizam, seguindo os mesmos princípios. Portanto, qualificam-se como modelos de cunho mais privatista, do que firmado na concepção de direito social universal à saúde.

Embora o perfil destes modelos regulatórios permita afirmar que a sua formação sofreu influência das condicionalidades impostas pelos organismos internacionais, os modelos enfocados neste trabalho serão: o modelo de regulação do acesso aos serviços de saúde, que se encontra dentro das estruturas de

regulação presente na política de saúde; o modelo de regulação via agências reguladoras; e o caráter regulador que o Estado adquire ao repassar a execução dos serviços de saúde para terceiros, situando estes modelos como resultantes das orientações do Banco Mundial para o enfraquecimento da política de saúde.

As orientações do Banco Mundial de mercantilização dos serviços de saúde se apresentam de forma bem consonante com a onda neoliberal e são absorvidas, ainda que não assumidas, nas reformas implementadas na política de saúde brasileira, a partir de 1995, por meio dos documentos trabalhados no capítulo anterior.

O documento “A Organização, Prestação, e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” tratou das recomendações a respeito da implantação de uma política de regulação no setor saúde, principalmente a regulação do setor privado, que foi possível via agências reguladoras e pela regulação dos serviços prestados ao SUS, envolvendo a descentralização e a divisão de responsabilidade da União com os demais entes federados, por meio da criação dos Subsistemas de Entrada/controlado e Ambulatorial e Hospitalar, e apontou que o setor público deve repassar a execução dos serviços de saúde para o terceiro setor com modalidades autônomas de gestão, modelo enfatizado no terceiro documento, intitulado “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade do investimento público e da gestão de recursos”.

Os processos de construção das ações regulatórias do acesso no SUS passam a ser reordenados de acordo com as orientações do Banco Mundial e são legalmente estabelecidos pela Norma Operacional Básica de 1996. Este instrumento legal foi editado pelo Ministério da Saúde, com forte influência do Ministério da Administração e Reforma do Estado. Segundo Junqueira (2007, p. 72), com esta norma, “pela primeira vez, de maneira articulada e muito distante dos atropelos da era Collor, discutiu-se a remodelação do SUS, a maior conquista da sociedade brasileira das últimas décadas”.

A mudança estrutural no SUS, segundo Junqueira (2007, p. 74), aconteceu por meio da criação dos dois subsistemas, o primeiro no âmbito da “[...] atenção básica, baseada na atenção básica e simplificada dirigida aos pobres”, compraria serviços das instituições que compõem o segundo subsistema que é o de “atenção hospitalar, centrado nas internações e procedimento de alta complexidade, no

interior do qual as OS competem entre si para prover serviços de menor ‘custo e melhor qualidade’”, o que segundo a autora anularia o SUS.

Com estes subsistemas, a ideia consiste em “refrear a demanda a partir do subsistema de atenção simplificada, selecionando o acesso aos serviços mais complexos, isto é, reservando-os aos economicamente viáveis, mais aptos” (JUNQUEIRA, 2007, p. 74).

A Norma Operacional Básica, de 1996, agiliza os processos de descentralização e a responsabilização dos Municípios e Estados com os serviços de saúde, incentivando-os a organizar em seu território os subsistemas de atendimento pregados pelos documentos do MARE e do Ministério da Saúde. Segundo Rizzotto (2000, p. 205),

A Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/96, definiu como condições de gestão dos municípios a *Gestão Plena da Atenção Básica* e a *Gestão Plena do Sistema Municipal*, o que contempla a proposta de uma descentralização mais radical e imediata, conforme defendia o Ministro Bresser Pereira, transferindo para os municípios a responsabilidade pela saúde de ‘seus cidadãos’.

A organização dos aspectos referentes ao atendimento e administração do SUS, no contexto das contrarreformas, é instituída por esta norma; ela buscou “aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo” (BRASIL, 1996, p. 06).

Nela constam os direcionamentos para a organização do fluxo de atendimento ao SUS, buscando definir a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde no SUS que

[...] deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município — o SUS - Municipal — voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em sua abrangência estadual e nacional (BRASIL, 1996, p. 08).

Esta norma redefine as responsabilidades com os serviços de saúde de cada esfera de governo; atende a orientação do documento do Banco Mundial, de 1995, de “desenvolver propostas para definir as atribuições federais, estaduais e municipais, enfatizando a flexibilidade do Estado para adaptar as diretrizes federais na organização e prestação dos serviços de saúde” (BANCO MUNDIAL, 1995 *apud* CORREIA, 2005a, p. 138), posição explícita no texto da NOB/96, que considera que a ausência desta organização torna-se

[...] um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada (BRASIL, 1996, p. 15).

A norma traduz, portanto, o contexto político vivenciado no período em que é refletida a busca de organização do sistema, a fim de gerar contenção de gastos e de desresponsabilização da esfera federal com os serviços de saúde, já que, propõe “conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços” e estimula a “ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra” (BRASIL, 1996, p. 15 e 16).

As ações de regulação dos serviços realizados pelo SUS foram sendo aperfeiçoadas ao longo do tempo com as NOAS 01/2001 e 02/2002, que tratam da regionalização e da regulação assistencial, definindo esta como “a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (BRASIL, 1996, p. 08), e abarcam a organização do fluxo de acesso dos usuários aos subsistemas pretendidos pelos documentos de contrarreforma no setor saúde e no controle financeiro preconizado pelo Banco Mundial.

O governo Lula deu prosseguimento a este modelo de atendimento no Sistema Único de Saúde, com algumas reformulações, mas seguindo o mesmo “fio condutor” situado nos subsistemas de entrada e ambulatorial. Estes modelos foram mantidos e até aperfeiçoados. A regulação dentro do SUS tornou-se um imperativo

de organização, não só do acesso a assistência, mas, também, a regulação de sistemas de saúde e a regulação da atenção à saúde.

As reformulações foram dadas pelo Pacto pela Saúde, na diretriz do Pacto pela Gestão, no caderno 06 (seis), que define a reorganização da Regulação, considerando esta um elemento essencial para a gestão do SUS. Segundo esta publicação,

A operacionalização das ações de regulação trazem um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde ao reforçar e qualificar as funções gestoras; otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, conseqüentemente, proporcionando aos usuários do SUS melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde (BRASIL, 2006, p. 08).

Nesse propósito, as ações regulatórias no âmbito do SUS foram se desenvolvendo no Ministério da Saúde, já que este produz um maior controle financeiro em relação aos serviços ofertados, fomentando, para isso, a criação das centrais de regulação e sintetizando estas propostas em uma Política Nacional de Regulação, inserida no Pacto pela Saúde de 2006 e efetivada pela Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008.

Esta Política Nacional de Regulação do SUS trata de três âmbitos de regulação no SUS: a regulação de sistemas de saúde, que “tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos”. Esta executa as ações de “monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas” (BRASIL, 2008, p. 01); a Regulação da Atenção à Saúde, que é exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e tem como “objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. Seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde”, que é “dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos”. Ela define estratégias e macrodiretrizes para a “Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS” (BRASIL, 2008, p. 01);

O terceiro âmbito abordado é a regulação assistencial, que “tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos

assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos” (BRASIL, 2008, p. 02).

A regulação assistencial, cujo eixo de ação é definido pela política como “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”, é efetivada pelas principais ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (BRASIL, 2008, p. 02).

A Política Nacional de Regulação do SUS engloba as mais diversas funções de regulação existentes no âmbito desse sistema, permeado pela regulação assistencial, cujas bases foram dadas pela NOB/96, mas incorpora as demais esferas administrativas do SUS, tornando-se complexa e mais abrangente, porém não deixa de trazer a mesma orientação e modelo que deu vida à organização do atendimento ao SUS pelos documentos do MS e MARE.

As bases da organização do atendimento no âmbito do SUS sofrem as influências, portanto, das sérias orientações do Banco Mundial, camuflada, é claro, pelo discurso da efetividade e do controle. Estas recomendações se expressam, também, só que de forma mais nítida, na regulação do setor privado, por meio da criação das agências reguladoras no âmbito da saúde.

A ANVISA e a ANS foram criadas em consonância com a orientação do Banco Mundial de regulamentação e fomentação do setor privado, mas sob o discurso do Ministério da Saúde de que a criação das agências se deve ao “resultado de exigências sociais e políticas” e que, em função desta situação, houve uma diminuição do papel da administração pública como fornecedor exclusivo ou principal de serviços públicos e, simultaneamente, “um processo, ainda em curso, de

regular atividades produtivas de interesse público mediante o estímulo à competição e à inovação” (RIZZOTTO, 2000, p. 213).

A criação das agências reguladoras no âmbito da saúde obedece às orientações do Banco Mundial de que o Estado deve exercer um papel regulador e “regulamentar os seguros privados para neutralizar problemas gerados por incertezas e por deficiências do mercado regulado” (BANCO MUNDIAL, 1993 *apud* CORREIA, 2005a, p. 161).

No contexto dessas inovações, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Esta agência substituiu a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e possui “a natureza de autarquia especial”. Ela é “caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira” (BRASIL, 1999, p. 02).

Esta agência foi articulada sob o forte discurso de ausência do poder público em relação ao controle dos setores e serviços ligados a vigilância sanitária, já que a secretaria do MS, responsável por tal setor, estava marcada “por várias denúncias de improbidade administrativa, sucessivas trocas de dirigentes e por direta interferência político-partidária na atuação da secretaria” (SILVA, 2009, p. 223).

Na verdade, a ANVISA obedece à lógica de regulamentação do setor privado na oferta de bens e serviços para a saúde, no sentido de fomentar esse mercado e, também, dar segurança ao cidadão consumidor, já que os serviços de vigilância sanitária, além de oferecer proteção à saúde,

[...] são de grande importância para a organização econômica da sociedade, e sua falta pode criar problemas que levam a um descrédito na qualidade de produtos, tecnologias e serviços, afetando a própria credibilidade das instituições públicas que devem zelar por esses interesses que, na verdade, são de todos, cidadãos, consumidores, profissionais de saúde, produtores e comerciantes (COSTA, 2001, p. 04).

A regulação no Brasil se trata de um fenômeno adaptativo aos preceitos internacionais. Neste sentido, o órgão que serviu de base para a implementação da ANVISA, no Brasil, foi a agência norte americana “*Food and Drug Administration* (FDA)”. A Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde foi transformada em uma agência reguladora “nos moldes da FDA americana, dotada de autonomia

financeira e administrativa, de modo a permitir maior agilidade e eficiência ao aparelho do Estado” (SILVA, 2009, p. 225).

Esta agência é vinculada ao Ministério da Saúde por meio de contrato de gestão e exerce sua autonomia administrativa pela

Ausência de subordinação hierárquica ao ministério, responsável pela elaboração da política setorial e pela supervisão da agência, cabendo a ela deliberar como última instância administrativa sobre os assuntos e atos praticados no âmbito de sua competência legalmente estabelecida, sem a interferência do órgão ministerial (SILVA, 2009, p. 226).

Sua finalidade institucional se baseia na promoção da “saúde da população”, mediante o “controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária” assim como da fiscalização dos “dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados” e o “controle de portos, aeroportos e de fronteiras” (MENDONÇA, 2006, p. 22). Por se tratar de uma agência reguladora sua função também é

Compreendida como o modo de intervenção do Estado destinado a impedir que comportamentos no sistema produtivo causem danos ou riscos à saúde da população, buscando garantir o adequado funcionamento do mercado, dando maior previsibilidade, transparência e estabilidade ao processo regulatório, propiciando um ambiente seguro para a população e favorável ao desenvolvimento social e econômico do país (SILVA, 2009, p. 227).

Apesar dos avanços trazidos pela ANVISA, no que tange a fiscalização dos bens e serviços destinados à saúde, é possível identificar claramente que este modelo obedece à lógica de fomentação do mercado no setor saúde e a regulamentação com vista a oferecer segurança ao cidadão consumidor. Ela trabalha a vigilância sanitária como um elemento exterior ao SUS, o que descaracteriza a integralidade do sistema, sendo, portanto, desfavorável ao desenvolvimento deste sistema.

No ano de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, também vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo território brasileiro, “como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que

garantam a assistência suplementar à saúde” (BRASIL, 2000 *apud* MENDONÇA, 2006, p. 23).

A ANS possui natureza de autarquia especial e, assim como a ANVISA, “é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes” (BRASIL, 2000, p. 01).

A política de regulação sobre os planos e seguros de saúde busca padronizar parte dos serviços oferecidos na esfera privada e construir um sistema regulatório eficiente. Na prática, ela abre “o setor a grupos estrangeiros e cria um pacote mínimo de assistência à saúde” (RIBEIRO, COSTA e SILVA, 2000, p. 74).

Para Rizzotto (2000, p. 213), a ANS atua em duas dimensões básicas – a financeira e a saúde, proporcionando condições favoráveis para o crescimento do setor privado e completa:

Com a criação de Agências Reguladoras com esta natureza e este poder, o Estado tem transferido para órgãos não-estatais o controle e a avaliação de processos que são do interesse de todos, deslocando o foco de cobrança e de responsabilidade do governo para a sociedade. Posição e estratégia que o Banco Mundial tem defendido há muito tempo.

Menicucci (2007), assim como Rizzotto (2000), declara a existência de uma atuação dupla da ANS, pois afirma que o debate a respeito da regulamentação do setor privado via agências reguladoras incorporou duas perspectivas distintas, uma em relação à assistência e outra econômica. Em relação a esta última,

Defendia-se a abertura para o capital estrangeiro e a definição de regras para a constituição de reservas e demonstração de solvência para a permanência de empresas no mercado. Essa posição reflete a influência das idéias difundidas internacionalmente, particularmente pelo Banco Mundial, que recomendava para a agenda brasileira dos anos 90 que o governo assumisse o papel regulatório do segmento de planos e seguros privados para promover um ambiente competitivo entre as empresas, e destas com as opções financiadas com recursos públicos, favorecendo o aumento da eficiência (BAHIA, 1999 *apud* MENICUCCI, 2007, p. 247).

Menicucci (2007, p. 283) afirma também que os processos políticos que formataram este modelo de regulação e os objetivos a que se propõe esta - fomentação do setor privado – acabam por explicar a intencionalidade e a direção governamental com a política pública de saúde, representada pelo SUS, que é a de se voltar para os “segmentos sociais que não têm capacidade de adquirir planos de saúde no mercado ou que estão excluídos dos planos coletivos em virtude da maior precariedade de sua inserção no mercado de trabalho”.

A política regulatória no âmbito da saúde suplementar formaliza “o enfraquecimento da proposta de um sistema público de cobertura universal”, que disputa forças com o setor privado desde a década de 60, e por isso não pode ser considerada como “um movimento deliberado de privatização, porém a oficialização do sistema segmentado da assistência à saúde no Brasil” (MENICUCCI, 2007, p. 283).

Mesmo não significando um novo processo de privatização da saúde, este reconhecimento do setor privado, através da “política regulatória tem como consequência a fragilização do projeto do SUS” e aponta a intencionalidade política de favorecimento do setor privado, já que foram reunidas no âmbito do Ministério da Saúde “como objeto das políticas governamentais, as duas modalidades institucionais por meio das quais se desenvolveu a assistência à saúde, embora reguladas de forma separada e com base em instrumentos diversos” (MENICUCCI, 2007, p. 285).

A regulação na saúde via agência retrata mais um âmbito de favorecimento do setor privado na trajetória histórica da política de saúde no Brasil e mais um motivo para a não efetivação de uma política de saúde como um direito social universal; ela representa uma vitória do projeto privatista sobre o projeto de saúde pública pela via do SUS. Segundo Correia (2005a, p. 162)

Coerente com a proposta de reforma do Estado, a partir da criação dessas duas agências reguladoras, as ações do Ministério da Saúde se ampliam da esfera pública para o mercado, passando a haver “uma diluição do papel da administração pública como fornecedor exclusivo ou principal de serviços públicos e, simultaneamente, um processo, ainda em curso, de regular atividades produtivas de interesse público mediante o estímulo à competição e à inovação, atuando preferencialmente no gerenciamento de recursos e na função de controle.

Infelizmente, esta não é a única via de ataque no campo da regulação. Este processo se expressa, também, através das mudanças que se estabeleceram no Estado brasileiro com a reforma do Estado, quando difundiram a contratualização entre os entes públicos e o terceiro setor, originando contratos de gestão com as OS. Desta forma, “o âmbito da regulação se estende da auto-regulação e da regulação estatal sobre mercados, para a implementação de políticas voltadas à ampliação da qualidade e capacidade de instituições públicas” (RIBEIRO e COSTA, 2000, p. 63).

À medida que o SUS contratualiza com as denominadas Organizações Sociais, através de contratos de gestão, existe, também, neste processo, uma ação reguladora. Aqui, foi formalizada uma nova dimensão reguladora do Estado, tão defendida pelo Banco Mundial: a de que o Estado deve se abster da execução direta dos serviços, transferi-los para o terceiro setor e manter uma postura reguladora e financiadora, conforme vem sendo posto em prática pelos novos modelos de gestão do SUS, trabalhados no tópico a seguir.

A adoção da execução de serviços de saúde por entidades não estatais, como as OS, por meio do contrato de gestão celebrado com o setor público, atribui aos entes públicos, que são responsáveis pela política de saúde, o status de regulador frente a política de saúde, o que atende de forma bem definida a orientação do Banco Mundial de que a função do Estado é a de financiador da política de saúde e não a de executor, fazendo do espaço e recurso público mais um mercado para o setor privado. O tópico a seguir se debruçará na análise deste terceiro modelo de regulação, através da abordagem das novas modalidades de gestão do SUS, que expressam bem este processo, pois na prática estabeleceram este modelo.

4.3 OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E O ESTADO REGULADOR NA SAÚDE

As novas modalidades de gestão são bem mais enfatizadas e recomendadas pelo terceiro documento do Banco Mundial - “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade do investimento público e da

gestão de recursos”-, onde se expressa que o Estado deveria deixar de executar de forma direta os serviços de saúde, repassando-os para o terceiro setor, mantendo uma postura de financiador e regulador dos serviços.

Esses modelos de gestão de cunho flexível são estratégias dos ajustes neoliberais, adotados pela etapa de expansão capitalista monopolista financeira, imposta, na maioria das vezes, por organismos internacionais como o Banco Mundial, que com o objetivo de contenção de gastos públicos com políticas sociais e ampliação do mercado, apontam ser necessária uma modernização da gestão, com a retórica de que os modelos adotados estão arraigados de ineficiência e desperdício.

O discurso adotado neste documento serve para justificar a falta de eficiência no SUS que, segundo ele, perpassa pela ausência de modalidades de gestão que produza desempenho, inovação, maior autonomia e *accountability*¹³ (autoridade para gerenciar recursos). Estas propostas, apesar do discurso inovador permeado pelas novas técnicas de gestão, trazem implicitamente a intencionalidade de retirar a responsabilidade do Estado com a execução de políticas públicas, repassando para o mercado tal função, adquirindo um status regulador de tal processo; e é aqui que se encontra a dimensão de regulação, análise deste trabalho.

A ação norteadora do documento é para que o SUS adquira mais autonomia e *accountability*, ou seja, a desresponsabilização com a execução dos serviços. Para Correia (2007, p. 26), estes princípios imprimem um “teor de desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde, contido no documento, através dos contratos de gestão”, já que este passa a ser apenas um “coordenador desses serviços, monitorando e avaliando o desempenho e os resultados do compromisso de gestão firmado com prestadores públicos ou privados de saúde”.

A proposta se resume na tentativa de imprimir ao SUS novas modalidades de gestão não estatais, por meio dos contratos de gestão, com financiamento público, com o discurso de que o sistema é ineficiente e de baixa qualidade, escamoteando o verdadeiro objetivo que é o de realizar uma verdadeira privatização no sistema.

Embora o terceiro documento do Banco Mundial acentue a necessidade de autonomia dos serviços de saúde, por meio de modalidades de gestão mais

¹³ Correia (2007, p.26)

flexíveis, buscando responsabilizar o Estado somente com a regulação destes serviços, este processo não é novo na esfera da saúde no Brasil.

As direções para a adoção de um novo modelo de gestão são decorrentes da reestruturação das funções do Estado, implementada no Brasil a partir da denominada reforma do Estado¹⁴, no governo de FHC, por meio do Ministério da Administração e Reforma do Estado.

Nesta contrarreforma, o princípio da descentralização foi embebido pelo projeto neoliberal, o que permitiu o repasse da execução dos serviços de saúde a entidades do terceiro setor, através da adoção de novos modelos de gestão nesta política.

Estes modelos, advindos das reformas administrativas no campo da Administração Pública, realizadas também no âmbito da contrarreforma do Estado, desqualificam de maneira bem profunda a proposta democrática do SUS. Segundo Rezende (2008, p. 26),

A política de administração pública é um instrumento fundamental para a gestão do SUS. Dependendo de como o governo pretende administrar esta política, os equipamentos e os trabalhadores públicos, haverá sempre repercussões pró ou contra a universalização e a integralidade das políticas públicas de um modo geral, principalmente para a saúde, por que o SUS foi instituído não apenas como um novo modelo de atenção à saúde, mas enquanto um modelo de gestão do Estado [...].

Neste contexto de reformas, foram criadas novas formas de gestão, principalmente na média e alta complexidade, realizadas fora da administração estatal direta. Machado (2001, p. 107) destaca as principais mudanças:

1- A transformação de hospitais estatais em unidades semi-autônomas de direito privado (tipo 'organizações sociais'); 2- a criação de entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio; 3- a terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas, através da transferência da gerência de hospitais estatais para entes

¹⁴ Esta reforma, segundo Masson (2007, p. 50), é a expressão da terceira via na vida institucional brasileira. A terceira via corresponde, segundo seus ideólogos, a uma ordem social sem antagonismo e lutas de classes, que busca transcender as referências tradicionais, através de uma nova etapa da modernidade. Por isto, a centralidade das dinâmicas sociais está a cargo do mercado, das instituições, do conjunto das forças não mais comandadas pelo trabalho ou por classes sociais, mas pela pressão espaço-temporal propiciada pelo declínio do trabalho manual e da ascensão do Estado de corporações empresariais.

privados lucrativos ou não-lucrativos; 4- a terceirização das atividades assistenciais do hospital, através da substituição do profissional de saúde/servidor público por prestadores organizados em modalidades privadas, como as cooperativas de profissionais de saúde.

Essas novas modalidades de gestão se apresentam como novas formas de articulação entre o setor público e o setor privado na área da saúde e se afastam bastante do que foi preconizado pela reforma sanitária brasileira. Para Machado (2001, p. 107),

a proliferação dessas experiências se acentua pelo contexto atual da discussão acerca da reforma do Estado, norteada principalmente pelas propostas de revisão das funções do Estado e reforma da administração pública, através da adoção de formas mais flexíveis de gerencia e de contratações nos equipamentos públicos.

Todos estes processos de articulação com o setor privado foram legitimados legalmente pelas reformas instituídas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que delimita a área da saúde como uma área não exclusiva do Estado, não necessitando de administração estatal direta e podendo ser executada através de entidades públicas não estatais, mas com financiamento público. Neste período, a proposta se concentrava na criação das Organizações Sociais da Saúde, que seriam instituições jurídicas sob a égide do direito privado. Para Machado (2001, p. 110),

Tais instituições estariam habilitadas a administrar recursos humanos, instalações e equipamentos pertencentes ao poder público e ao recebimento de recursos orçamentários da união para o seu funcionamento, através da celebração de contratos de gestão com a união. Além disso teriam maior autonomia financeira e administrativa, podendo obter recursos de outras fontes extra-orçamentárias, dispor de autonomia para compras e contratação de funcionários não-estatutários.

Esta reforma atinge o SUS, através da proposta de reforma administrativa do sistema de saúde, que gerou arranjos de descentralização e organização de demandas, por meio da criação de dois subsistemas – o de entrada e controle e o subsistema de referência ambulatorial e hospitalar. Após essa organização da

demanda, foram realizadas propostas para a reforma dos hospitais estatais. Segundo Masson (2007, p. 53), algumas formas de parceria “público-privada através das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), ainda de caráter segmentado, foram implementadas. A segunda etapa da reforma, de alcance universal, ficou apenas sinalizada”, mas em muitos Estados, como São Paulo e Pará, foi implementado o modelo de OS para gerenciar vários hospitais.

Portanto, as orientações preconizadas pelo documento do Banco Mundial - “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade do investimento público e da gestão de recursos”, apresentadas no ano de 2007, nos lembra das ideias de reforma do Estado implementadas no governo FHC, que instituiu as “Organizações Sociais, os Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização, além da Organização da Sociedade Civil e de Interesse Público (OSCIP)” (CORREIA, 2007, p. 28).

No contexto do governo Lula, as orientações do terceiro documento, embora idênticas às reformas instituídas no governo FHC, vão acarretar essencialmente na proposta de criação das Fundações Estatais, com personalidade jurídica de direito privado, para desenvolverem atividades em diferentes áreas de diversas políticas sociais, perpetuando, mais uma vez, a controversa história de alocação de recurso público no setor privado. Para Correia (2007, p. 29),

O eixo da proposta das fundações estatais é o contrato de gestão. Nesta perspectiva, as instancias centrais de gestão do SUS ‘coordenarão as fundações’. O Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e passa a ser o coordenador desses serviços prestados pelas fundações, mediante repasse de recursos públicos. A privatização acontece exatamente neste repasse de recursos públicos para os setores não exclusivos do Estado.

São estas as novas modalidades de gestão enfatizadas neste trabalho para demonstrar a dimensão reguladora adquirida pelo Estado após as contrarreformas neoliberais. O primeiro modelo destas gestões flexibilizadas foi o das OS que foram criadas pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Após essa lei, esse modelo passou a se disseminar pelo país, principalmente pelos estados governados pelo Partido da Social Democracia Brasileiro. Esta lei, junto com a NOB/96, introduziu

mudanças estruturais e funcionais no financiamento e nas relações de trabalho do SUS.

As instituições denominadas Organizações Sociais foram criadas no Brasil a partir da reforma do Estado, implementada através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, no governo de FHC, para exercerem funções no campo das políticas sociais e outros campos, entendidas como ações não exclusivos do Estado. As OS são compreendidas como entidades públicas não estatais, possuem vínculo público, mas não precisam seguir as regras do direito público e sim do direito privado. Para Di Pietro (2010, p. 496),

Organização Social é a qualificação jurídica dada a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de particulares, e que recebe delegação do poder público, mediante contrato de gestão, para desempenhar serviço público de natureza social. Nenhuma entidade nasce com o nome de organização social; a entidade é criada como associação ou fundação e, habilitando-se perante o poder público, recebe a qualificação; trata-se de título outorgado e cancelado pelo poder público.

Para Di Pietro (2010, p. 496), “a organização social vai exercer atividade de natureza privada, com incentivo do poder público, dentro da atividade de fomento”, mas, na realidade, “o real objetivo parece ser o de privatizar a forma de gestão de serviço público delegado pelo Estado”.

A mesma autora informa que este modelo manifesta a “privatização sob outra modalidade que não a venda de ações”, uma vez que a qualificação de uma entidade implica na “extinção de um órgão público ou de uma pessoa jurídica de direito público (autarquia e fundação) e, em seu lugar, o surgimento de uma pessoa jurídica de direito privado não se enquadrada no conceito de administração pública, seja direta ou indireta” (2006, p. 267).

As entidades conhecidas como organização social estão inseridas num projeto amplo dos mentores da reforma do Estado que é o Programa Nacional de Publicização do Estado, que busca a fomentação do processo de publicização, que diz respeito à “produção não-lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não-exclusivos de Estado” (BRASIL, 1998, p. 07). Na prática, este processo representa a divisão da responsabilidade do Estado com a sociedade em relação às políticas públicas.

As OS são um instrumento desta parceria entre o Estado e a Sociedade e foram criadas com a mesma lei que regulamentou o Programa de Publicização, atuando como forma de efetivação da responsabilização do terceiro setor¹⁵. De acordo com o Caderno nº 02 do MARE (BRASIL, 1998, p. 13), as Organizações Sociais são caracterizadas como

Um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.

Nesta parceria entre o Estado e o terceiro setor, via Organizações Sociais, o Estado atua no financiamento de suas ações e as OS na execução, numa espécie de divisão de responsabilidades, tendo como elemento de regulação o Contrato de Gestão. O Caderno nº 02 afirma (BRASIL, 1998, p. 14),

Qualificada como Organização Social, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público.

Os Contratos de Gestão¹⁶, que representam a parceria destas instituições com o Estado, expressam os princípios da administração pública¹⁷ e todas as cláusulas que incluem tal parceria. As inovações da gestão, utilizadas como respaldo para a criação das OS, são as referentes a certo privilégio dentro da

¹⁵ Para Di Pietro (2006, p. 265), “o terceiro setor se caracteriza por prestar atividade de interesse público, por iniciativa privada, sem fins lucrativos; precisamente pelo interesse público da atividade, elas recebem ajuda por parte do Estado, dentro da atividade de fomento”. Com a reforma do Estado, essas entidades passaram a ser chamadas de entidades públicas não estatais, sem excluir a expressão terceiro setor. Segundo Di Pietro (2001), terceiro setor e entidades públicas não estatais estão inclusas entre as camadas paraestatais, entendidas como pessoas privadas que colaboram com o Estado desempenhando atividade não lucrativa e às quais o poder público dispensa especial proteção.

¹⁶ Segundo Di Pietro (2006), a denominação tem sido utilizada para designar acordos celebrados com entidades da administração indireta, mas também com entidades privadas que atuam paralelamente ao Estado (mais especificamente, chamadas organizações sociais)

¹⁷ Legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

administração pública, sem necessidade de se reger pelo direito público, mas sim pelo privado, o que lhes permite “Contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública” (REZENDE, 2008, p. 27).

A intenção dos formuladores da proposta de reforma do Estado, tendo como instrumento as OS é a isenção do controle da administração pública, desqualificando o setor público como se este não fosse capaz de promover a eficiência.

O que existe claramente é o privilegiamento do setor privado e a precarização do trabalho, escamoteado pelo discurso da inovação, modernização e eficiência, visto que as “Organizações Sociais não estão sujeitas às normas que regulam a gestão de recursos humanos, orçamento e finanças, compras e contratos na Administração Pública” (BRASIL, 1998, p. 15).

A precarização do trabalho acontece pela sua natureza privada. Os contratos de trabalho não se dão pela via dos concursos públicos, mas sim pelo sistema de contratos, através do regime celetista, com a alegação de que, com este regime, existe “ganho de agilidade e qualidade na seleção, contratação, manutenção e desligamento de funcionários, que, enquanto celetistas, estão sujeitos ao plano de cargos e salários e regulamento próprio de cada Organização Social” (BRASIL, 1998, p. 15).

Este fato contradiz a retórica da Reforma do Estado esquematizada por Bresser Pereira, no MARE (1998), que seria a contenção dos gastos públicos, já que imprime uma liberdade administrativa e financeira às OS, pois, segundo Di Pietro (2006, p. 270),

Se a entidade vai administrar dinheiro público, também não tem sentido a total ausência, na lei, de limitações salariais aos empregados dessas entidades; enquanto para o servidor público o regime constitucional vigente é rico em restrições, para as organizações sociais a liberdade é total [...] a medida é contraditória em relação aos objetivos da reforma administrativa, especialmente à contenção de despesas com quadro de pessoal.

As OS foram criadas para diminuir a ação direta do Estado em áreas consideradas não exclusivas do Estado, como as políticas sociais. Foi nesta brecha que o modelo de Organização Social entra na política de saúde, muito bem

defendido pelo então Ministro Bresser Pereira no documento Reforma Administrativa do SUS, em que se buscava transformar todos os hospitais públicos em OS, retirando a execução direta dos serviços de saúde, respeitando, é claro, os princípios do SUS, conforme ressalva a lei. Assim, “a organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar, no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde” (REZENDE, 2008, p. 27).

Junqueira (2007, p. 75) chama atenção para o fato de que essas entidades representam mais do que a função contábil de ter ou não fins lucrativos. Elas representam “uma intervenção de cunho privado nas políticas estatais de Seguridade Social e de Educação expressas na Constituição e legislação ordinária”.

Com todo este aparato legal e ideológico, o fenômeno das organizações foi se espalhando pelo Brasil, em todas as suas esferas de governos e abraçando diversas políticas sociais. Assim, o setor público foi esvaziado, terceirizado e privatizado. Através dos Contratos de Gestão foram entregues às entidades públicas não estatais, geralmente organizadas por grandes representantes do setor privado, diversos bens públicos na área da saúde, tanto da parte de infraestrutura, como móveis, recursos humanos e financiamento público de altíssimo valor, sem a exigência controle público, dando-lhe “autonomia de gerência para contratar, comprar sem licitação, outorgando-lhe verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde, sem se preservar a legislação sobre a administração pública e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (REZENDE, 2008, p. 27).

Diante das contradições, é possível afirmar a principal hipótese deste trabalho, de que as reformas de cunho neoliberal instituídas no Estado brasileiro na década de 90, por meio da reforma do Estado, formaram um Estado de caráter regulador e financiador das políticas, deixando de ser “executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais, como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento” (BRASIL, 1998, p. 09).

A ideia inicial de diminuir a ação direta do Estado foi garantida pela criação destas entidades que, com o caráter público não estatal¹⁸, camuflou um processo de terceirização posto em prática no Brasil pelos governos neoliberais, utilizando-se do discurso da inovação e modernização para encontrar novas formas de repassar recurso público para o setor privado, ampliando o mercado pela via do Estado, posição afirmada por Rezende (2008, p. 27), que demonstra que, com este modelo, “o Governo pretendia garantir um meio para retirar órgãos e competências da administração pública direta [...] e indireta [...] e, além disto, garantir a transferência de seu ativo ao setor privado”.

Com o mesmo propósito das OS, foram criadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, pela Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que propõe “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e institui e disciplina o Termo de Parceria” (REZENDE, 2008, p. 28); este termo equipara-se ao Contrato de Gestão estabelecido para as OS. As OSCIPS seguem a mesma lógica das OS, com pequenas inovações prevendo

Que a execução do objeto do Termo de Parceria deve ser acompanhada e fiscalizada pelo órgão do Poder Público da área de atuação correspondente, por meio de comissão de avaliação, composta de comum acordo entre o órgão parceiro e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público que encaminhará à autoridade competente relatório conclusivo sobre a avaliação procedida, e ainda, pelos respectivos Conselhos de Políticas Públicas em cada nível de governo (REZENDE, 2008, p. 28).

A lei de criação desta entidade permite ainda a transformação das OS em Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Segundo Rezende (2008, p. 28), o interesse desta mudança se deve ao fato de que as OSCIP

Possuem maior alcance e abrangência quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos. Com a Lei das OSCIP, grande parte das ações de governo poderá ser transferida ao setor privado, conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado/1995 (FHC), exceto as do chamado

¹⁸ Segundo Bresser Pereira, a propriedade pública não-estatal é constituída por organizações sem fins lucrativos que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.

Núcleo Estratégico e Burocrático, que permanecem com o Estado e as do chamado Setor de Produção de Bens e Serviços que, o governo FHC entendia que “são atividades empresariais e devem ser transferidas integralmente para a iniciativa privada lucrativa”.

Poderão ser qualificadas como OSCIP organizações não governamentais – ONGs, Cooperativas, Associações da Sociedade Civil em geral, a fim de prestarem serviços públicos. Segundo Santos (2008 *apud* REZENDE, 2008, p. 28), este modelo é o

Caminho certo para que, em curto prazo, não sejam mais criadas ou mantidas entidades, na esfera pública, destinadas à prestação de serviços ou execução de atividades em diversas áreas. O Estado, enquanto tal, deixaria de estruturar-se, utilizando-se de uma forma contratual para atribuir, a entidades do setor privado, pré-existentes e que satisfaça os requisitos firmados nessa norma legal, a prestação de serviços à sociedade.

Já no governo Lula, as reformas se materializam através da proposta de transformação dos hospitais estatais em Fundações Estatais de Direito Privado na saúde. Este um projeto que não se limita apenas à saúde, mas pretende abarcar as áreas não exclusivas do Estado. A adoção deste modelo é argumentada como forma de conseguir a

A modernização da gestão, a eliminação do burocratismo estatal, a criação do modelo jurídico mais ágil com autonomia para os gestores, com contratos de gestão, avaliação por cumprimento de metas, flexibilização das relações de trabalho, descentralização (MASSON, 2007, p. 54).

O discurso enfatiza a necessidade de gestão moderna ao sistema e parece esquecer os determinantes macroeconômicos que fazem com que o SUS esteja em constante crise e sem afirmação. Segundo Masson (2007, p. 55) “por isto é preciso reestruturar o Estado para dotá-lo de eficiência e qualidade. Segundo este pensamento, se o modelo SUS nasce na contramão da emergência do neoliberalismo, cabe então criar formas de gestão compatíveis com esta nova condição”.

O projeto das fundações tem sido elaborado pelo poder executivo, através do Projeto de Lei Complementar 92/2007, como entidade com personalidade jurídica privada com atuação nas áreas da “saúde, incluindo os hospitais universitários [...], assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público [...], comunicação social, e promoção do turismo nacional” (REZENDE, 2008, p. 33).

O discurso atual continua enfocando a necessidade de modernização da gestão pública da saúde, imprimindo maior autonomia e agilidade, mas para Rezende (2008) não passa de “neoliberalismo requeitado”, que segue as mesmas regras do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, criado por Bresser Pereira, segmentado via fundações no governo Lula, sendo realizado por meio de um modelo de descentralização baseado em:

Estado! Terceirização! Privatização, adotado pelo projeto neoliberal não é compatível com o modelo de descentralização do SUS: União!Estado! Município! Rede de ações e serviços de atenção à saúde, cujo modelo foi tema da 9ª conferência nacional de saúde (1992) – saúde: a municipalização é o caminho.

A pretensão de transformar o Estado em ente regulador e financiador da política de saúde ganha novo fôlego e modelagem no governo Lula, mostrando que mesmo diante de uma concepção partidária diferente, as orientações internacionais que buscam promover um ajuste econômico, continuam hegemônicas no Brasil, atuando como se não houvesse alternativa, o que é lamentável para a realidade brasileira.

O projeto das fundações de direito privado seguem a mesma lógica das OSS de retirada do Estado da execução das políticas de saúde, transferindo esta função para a iniciativa privada e parece ignorar o “nefasto histórico de empreguismo, utilização político/partidária e de corrupção que caracteriza as Fundações no Brasil”, ou tende aperfeiçoá-los, já que foi elaborado “entre quatro paredes, sem que em nenhum momento os dois principais interessados – usuários do sistema e trabalhadores – fossem ouvidos” (BATISTA JUNIOR, 2008, p. 43).

O projeto das Fundações comunga também da mesma contradição das OS, que é da redução dos gastos com a política de saúde, mas na prática representa

uma tentativa de burlar as leis públicas no que tange ao controle financeiro da administração pública, já que seus mentores “defendem que a Fundação Estatal tenha total autonomia e isenção tributária”, não se submetendo aos “limites de gastos com pessoal, impostos pela lei de Responsabilidade Fiscal” permitindo a cooptação de “determinados profissionais de acordo com os salários de mercado” (BATISTA JUNIOR, 2008, p. 43).

Este fator emerge uma tendência mercantilizadora e fragmentadora do trabalho na saúde, uma vez gerou “remunerações diferenciadas para os trabalhadores em geral, um processo que promoveu desestímulo e falta de compromisso bastante razoável de parte do corpo de profissionais” (BATISTA JUNIOR, 2008, p. 42).

Além da desqualificação do direito social a saúde, com a prestação dos serviços via entidades não estatais, assim como a fragmentação do corpo de profissionais, mediante a diferenciação salarial, o que mais de negativo trazem essas modalidades é a precarização do trabalho no SUS. Correia (2009, p. 21) aponta que esta precarização acontece na “multiplicidade de vínculos empregatícios, carga horária/jornada de trabalho semanal, condições de trabalho, nível salarial, grau de organização política dos trabalhadores”.

Estas situações acabam por abalar o SUS, pois atinge um elemento fundamental para o desenvolvimento do sistema, que é o trabalhador da saúde, uma vez que “quem trabalha com a vida das pessoas não pode e não deve ser submetido à “lógica de mercado”, pois esta lógica, em se tratando de “saúde e da vida das pessoas, é um conceito absolutamente anacrônico e incompatível com a Reforma Sanitária e com os princípios da ética e do humanismo” (BATISTA JUNIOR, 2008, p. 45)

Essas novas modalidades de gestão, expressas pelas OS, pelas OSCIP e pelas Fundações Estatais de direito privado, consagram mais um capítulo de enfraquecimento da política pública de saúde, favorecimento e fomento do setor privado e formatam contemporaneamente uma postura reguladora do Estado frente às políticas de saúde, tornando-se um duro golpe para a concretização dos princípios sanitários e legais da política de saúde pública.

4.3.1 A Inconstitucionalidade destas Modalidades de Gestão

Pelo Regime Jurídico do Direito Público, as Organizações Sociais da Saúde e as OSCIP são instituições do direito privado, não integrando o sistema administrativo nacional, mas de acordo com as leis específicas que as criaram, essas instituições podem integrar este sistema, ainda que “não tenha encontrado respaldo ou legitimidade social onde quer se tente implantá-las” (REZENDE, 2008, p. 29).

O aprofundamento analítico destes modelos de gestão gera um importante debate no campo jurídico, pois levam ao reconhecimento de que estes estão desvirtuando os preceitos legais, garantidos na Constituição Federal de 1988, estando arraigados, portanto, de inconstitucionalidade. Esta abordagem torna-se uma das vias de contestação às contrarreformas estabelecidas no campo da saúde e a favor do SUS, como política efetivamente pública.

A Constituição Federal fixou o Regime Jurídico de Direito Público para a execução de tarefas e competências da Administração Pública, com alteração somente pela via de Emenda Constitucional; do contrário, ocorre ação de fraude Constitucional, o que Mello (2002 *apud* REZENDE, 2008, p. 29) alega que ocorreu com a institucionalização das OS e OSCIP no campo da administração pública, visto que “não é difícil perceber-se que as qualificações como organização social que hajam sido ou que venham a ser feitas nas condições da lei 9.637, de 15 de maio de 1998, são inválidas, pela flagrante inconstitucionalidade de que padece tal diploma”.

Muitos princípios advindos dessas novas instituições ferem os valores do Direito Público, tais como a cessão de servidores públicos com ônus para a órgão de origem, assim como a imposição da prestação de serviços a entidades privadas por estes servidores.

Um dos discursos que embalou a criação dessas instituições é a de maior autonomia administrativa, através do poder discricionário. Entretanto, a ação dessas instituições se dá mais no sentido de burlar o “imperativo da prevalência dos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade na administração e gestão da coisa pública” para usufruir dos recursos públicos, já que a “simples referência de mercado para livre remunerar os cargos dessas entidades, [...] não oferece garantias de gestão compatível com o interesse público. Totalmente

incompatível também é a discricionariedade autorizada [...] para livre contratar” (REZENDE, 2008, p. 29).

Outro indício de inconstitucionalidade é a ilegalidade da terceirização dos serviços públicos da saúde, em que está previsto a responsabilidade do Estado com tais serviços. Segundo Rezende (2008, p. 29), o Estado é impedido de “desresponsabilizar-se da prestação destes serviços, restando ao setor privado o papel apenas de complementaridade, na forma da lei nº 8.666”.

Embora o princípio de responsabilidade do Estado estivesse claramente exposto nos artigos 196 e 197, da Constituição Federal de 1988, assim como nos artigos 2º, 4º e 24, da Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), “o que ocorreu, de fato, com as terceirizações previstas nas leis das OSS foi a transferência, pelo Estado, de suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos recursos públicos e, muitas vezes, pessoal para a iniciativa privada” (REZENDE, 2008, p. 29).

A tentativa de terceirizar os serviços é bem tendenciosa em privilegiar o setor privado, buscando transcender o princípio da complementaridade deste setor para que o mesmo possa exercer um papel de executor direto e o Estado (setor público) exerça uma função financiadora e reguladora frente tal execução, conforme a política neoliberal tão bem difundida pelo Banco Mundial.

A criação destas instituições tem como base legal o artigo 199 § 1º da Constituição Federal de 1988 em que “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (Constituição Federal). Di Pietro (2006, p. 243), ao analisar esse inciso, ensina que

A Constituição fala em contrato de direito público e em convênio. Com relação aos contratos, uma vez que forçosamente deve ser afastada a concessão de serviços públicos, por ser inadequada para esse tipo de atividade, tem-se que entender que a constituição está permitindo a **terceirização**, ou seja, os contratos de prestação de serviços do SUS, mediante remuneração pelos cofres públicos. Trata-se dos contratos de serviços regulamentados pela lei n. 8.666 de 21-06-1993, com alterações introduzidas pela lei n. 8.883 de 08-06- 1994. Pelo art. 06, inc. II, dessa lei, considera-se **serviço** “toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da administração, tais como: demolição conserto, instalação [...].

Em relação à participação de forma complementar das instituições privadas no SUS, esta autora, ressalta que a Constituição permite esta participação, mas “afasta a possibilidade de que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de saúde, como um todo, de tal modo que o particular assumira a gestão de determinado serviço” (DI PIETRO, 2006, p. 243). Esta autora informa também que o poder público pode contratar “instituições privadas para prestar atividade-meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnico-especializados [...], mas não sua gestão operacional”.

Di Pietro também faz uma análise desta complementaridade através da Lei 8.080/90 que, nos artigos 24 e 26, também expressa que as ações devem ser de caráter complementar quando não dispuser de possibilidades de ação de serviços públicos, parceria que “será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público”, o que não significa a isenção do setor público com “prestação do serviço que lhe incumbe para transferi-la a terceiros; ou que estes venham a administrar uma entidade pública prestadora do serviço de saúde” (DI PIETRO, 2006, p. 244).

Outro fator que gera a inconstitucionalidade dessas modalidades de gestão, que transfere a prestação de serviços públicos para terceiros, é a não subordinação destas entidades ao “regime jurídico de direito público, ainda que apenas parcialmente [...]. Apenas se admite a terceirização de determinadas atividades materiais ligadas ao serviço de saúde; nada encontra fundamento no direito positivo brasileiro” (DI PIETRO, 2006, p. 244).

Rezende (2008, p. 32) apresenta o parecer sobre a terceirização e parcerias na saúde pública do Dr. Wagner Gonçalves¹⁹, que afirma que este processo é inconstitucional, já que “não é possível, face às regras vigentes, aos Estados transferirem a gestão, a gerência e a execução de serviços públicos de saúde de hospitais ou unidades hospitalares do Estado para a iniciativa privada”. As leis instituídas em âmbito municipal e estadual “que pretendem transferir à iniciativa privada a capacidade instalada do Estado em saúde, são ilegais e inconstitucionais”. Em relação à Lei 9.637/98, afirma que ela

¹⁹Subprocurador Geral da República

Nega o Sistema Único de Saúde – SUS como previsto na Constituição, já que introduz um vírus – organizações sociais -, que é a antítese do Sistema; a terceirização da Saúde, seja na forma prevista na Lei nº 9.637/98, como nas formas similares executadas pelos Estados – e antes mencionadas – dá oportunidade a direcionamento em favor de determinadas organizações privadas, fraudes e malversação de verbas do SUS (GONÇALVES, 1998 *apud* REZENDE, 2008, p. 32).

A adoção de novos mecanismos de gestão para o SUS, tais como a administração gerenciada, é uma nova via que leva à privatização desta política e carrega os vícios de uma lógica privatista que sempre permeou o setor público de saúde. Estes vícios levam à

Transferência de poupança pública ao setor privado lucrativo; Com as OSS e as OSCIP, vislumbram-se a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do concurso público, forma democrática de acesso aos cargos públicos; Flexibilização dos contratos de trabalho; Desmonte da gestão única do SUS; Recentralização da gestão de várias políticas públicas e da gestão do SUS nos ministérios e nas secretarias de Estado (REZENDE, 2008, p. 32).

Rezende (2008, p. 35), na avaliação destes novos modelos de gestão, conclui que estas modalidades não se tratam de novidade e nem de modernidade, conforme declara seus idealizadores, mas sim de novas estratégias de favorecimento do setor privado, fator naturalizado pela elite governamental brasileira, sendo, portanto, “subterfúgios e apelidos de transferência de responsabilidade do Estado com relação à saúde para o setor privado e não se coaduna com o modelo de gestão do SUS, tal como definido constitucionalmente”.

Os idealizadores desses novos modelos de gestão do SUS parecem esquecer que este sistema tem, na sua base legal, diretrizes de gestão vinculadas aos princípios democráticos voltado ao fortalecimento da ação estatal, na perspectiva de garantia do direito social à saúde. Isto gera certa inconsistência à propalada crise no setor saúde, bem como a necessidade de adoção de novas formas de gestão.

O que está presente na aplicação de novas formas de gestão é a tendência de novas estratégias de articulação da tão conhecida relação público-privada na

saúde, caminhando por uma privatização via Sistema Único de Saúde, buscando transformar este em um grande eixo de regulação das ações e serviços de saúde.

Estas estratégias servem à lógica privatista da saúde e acirram mais o conflito com os setores que lutam de prol de uma política de saúde, de acordo com os ideais da reforma sanitária, que apresentam um modelo de gestão do sistema de forma democrática e a favor dos direitos sociais e não aos do mercado.

As inserções dos novos modelos de gestão são uma forma camuflada de favorecer o setor privado no Brasil e desqualificar o setor público, já que eles parecem desconhecer que os mecanismos de gestão, instituídos na Lei nº 8.080, como os planos municipais de saúde, se “verdadeiramente construídos de forma democrática, como mandam as disposições legais dos SUS, ou seja, em um processo de planejamento ascendente, tornam redundantes e desnecessários os tão decantados ‘contratos de gestão’” (JUNQUEIRA, 2007, p. 86).

A inconstitucionalidade destes modelos de gestão demonstra a verdadeira pretensão de quem os preconiza, que é o da mercantilização das políticas de saúde, por meio de um processo de privatização camuflado da política de saúde, diminuindo a responsabilidade estatal com a mesma, conforme veremos no tópico a seguir.

4.4 OS MODELOS DE REGULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SEU REBATIMENTO NA PRIVATIZAÇÃO DO SUS

Os pressupostos de análise deste trabalho são de que as estruturas regulatórias existentes no campo da saúde no Brasil favorecem a ação do setor privado nesta política e promovem uma privatização desta, fatores que imprimem uma quebra na universalização e o desmonte do direito social à saúde.

A fim de entender melhor esses processos é preciso conhecer o sentido da palavra “privatizar”, que segundo o Dicionário de História (2010), significa “tornar privado, transferir do Estado para o particular”. A privatização pode ser definida, então, pela via do repasse de um bem público para o setor privado, feito pela venda direta deste bem para a empresa privada, por meio de leilões públicos e concessões, ela pode ser entendida também como “toda medida adotada pelo

Estado para diminuir o seu tamanho, com vistas à agilização de suas atividades, que devem restringir-se ao desempenho de funções típicas do poder público” (HARADA, 2004, p. 01).

A disseminação do pensamento privatista no Brasil foi vivenciada fortemente a partir da década de 90. Sendo uma das premissas das reformas neoliberais que buscava alargar as funções do mercado, ao mesmo tempo em que focalizava a ação do Estado. Processo que atingiu a esfera social, transformando as políticas sociais em espaço de ação do mercado, onde “o capital pode se reproduzir, transformando a previdência e a saúde em negócios rentáveis, isto é, em mercadorias” (MOTA, 1995 *apud* CORREIA, 2005a, p. 164).

A privatização é resultante, portanto, das novas articulações entre o Estado, a sociedade e o mercado na condução das novas formas de acumulação capitalista vivenciada a partir da década de 70. Que além do repasse dos serviços fazem parte de um processo amplo de focalização dos serviços públicos aos mais pobres executados através das parcerias com a sociedade.

A assimilação do pensamento privatista no Brasil, em 90, foi devida a estratégia de criação de uma nova “cultura de proteção” que não se baseia mais no trabalho protegido, mas na “negação da intervenção social do Estado e na afirmação da regulação do mercado, nas iniciativas individuais e no envolvimento da sociedade civil que, ao se assumirem como co-responsáveis pelas políticas sociais, institucionalizam o terceiro setor” (MOTA, 2006, p.03).

Esta assimilação no Brasil na década de 90 em vez de institucionalizar os princípios da cidadania, já que este país teve sua base de proteção social definida legalmente na Constituição Federal de 1988, por meio da Seguridade Social nos padrões do Bem Estar, legitimou “a figura do cidadão-consumidor” (MOTA, 2006, p.04), difundido neste país principalmente pelo Banco Mundial.

Uma das formas de efetivar também a lógica privatizante no campo das políticas sociais é a incorporação da “mercantilização como fato inexorável e a subordinação do público ao privado como iniciativas complementares e parte constitutiva das novas experiências de gestão” (MOTA, 2006, p.04). Questões utilizadas como retóricas para a implementação dos processos de privatização na política de saúde, pois consideram que o setor privado é mais eficiente que o setor público pelas modalidades modernas de gestão.

Contudo, este discurso é desmascarado pelo verdadeiro interesse que o mercado tem em relação às políticas sociais, que é o de extração do lucro, pois nem todas as funções concernentes a estas políticas são interessantes ao mercado. No campo da saúde o Estado, por exemplo, não se exime diretamente da execução de alguns serviços referentes a esta política, neste sentido “as medidas de privatização se combinam com a permanência das instituições públicas de saúde, porque a privatização só acontece nas atividades rentáveis de saúde, ficando o restante a cargo do setor público” (LAURREL, 1996 *apud* CORREIA, 2005a, p. 164).

De acordo com esse contexto, é possível afirmar que os modelos de regulação na saúde, no Brasil, propiciam um processo de privatização nesta política, porque estão inseridos em projetos amplos de redução da ação do Estado com as políticas sociais e públicas no contexto neoliberal, sendo transmitidos através de condicionalidades impostas por agências multilaterais, como o Banco Mundial, mas especificamente pelos processos de contrarreforma do Estado.

A política regulatória é contrária ao SUS, porque foi preconizada pelo Banco Mundial e acontece em consonância com os processos de contrarreforma regulatória do Estado, instituídos pelo governo FHC. Estes fatores favorecem a prevalência do setor privado no contexto da dualidade entre público e privado, vivenciada na política de saúde no Brasil, principalmente pelos modelos regulação via agências e a regulação dos serviços do SUS.

Em relação à regulação exercida pelas agências reguladoras, principalmente a ANS, o processo de privatização, que é entendida como a diminuição da ação do Estado na política de saúde, se manifesta através da regulamentação e da legitimação da ação do setor privado no campo da saúde. Este setor se fortaleceu no período da ditadura militar no Brasil, com a venda de serviços de saúde para o setor público. No final da década de 80, o setor privado, já separado da esfera estatal, se desenvolveu através da “expansão da assistência médica privada, em decorrência, principalmente, do aumento substancial dos planos empresariais de assistência à saúde” (MENICUCCI, 2007, p. 119).

Neste processo, não houve uma venda de bens públicos para o setor privado e nem o repasse de recursos públicos por meio de contratos para a execução de serviços públicos por este setor, mas um reconhecimento deste e uma perspectiva de ampliação, já que pela regulamentação deste setor abre-se o escopo de segurança no mesmo, atraindo os clientes com condições de pagar pelo serviço,

incorporando também os planos de saúde empresariais, inclusive do setor público aos seus servidores, o que desqualifica o sistema de saúde público e fortalece o sistema privado.

Com as agências reguladoras, efetivaram-se as condições para o desenvolvimento livre do mercado saúde e do cidadão consumidor, tornando-se uma via de fragmentação da política pública de saúde, já que destina saúde para quem pode pagar e a saúde pública fica focalizada para quem não pode, sendo uma tentativa de diminuição da ação do Estado com a oferta de serviços de saúde.

Embora não seja um processo aberto de privatização, as agências enfatizaram bastante a ação do setor privado na saúde e pela própria lógica governamental de que, com a implementação delas, se organizaria “o mercado da assistência à saúde” que é considerado “imperfeito e não pode ser operado livremente, demandando regras para garantir a prevalência do interesse público e, também, para equilibrar a relação entre consumidores, operadoras e prestadores de serviço” (MONTONE, 2000, p. 01). Assim, é possível confirmar o favorecimento deste setor no âmbito governamental.

Indiretamente, as Agências traduzem a lógica neoliberal imbuída nas orientações do Banco Mundial de que a saúde desenvolvida pelo setor público deve ser direcionada apenas aos pobres; aos demais se oferece o mercado privado, onde o Estado via agência reguladora, é incumbido de “garantir os direitos do consumidor”, uma vez que este não tem “domínio sobre o produto a ser consumido, que é tecnicamente definido pelos prestadores de serviço e, tampouco, sobre a relação entre esse serviço e as operadoras de quem os adquire”, já que o “consumidor não possui instrumentos eficazes para coibir abusos contra os seus direitos: tem baixa capacidade de negociação e pouca influência no controle da qualidade dos serviços” (MONTONE, 2000, p. 01).

Em relação ao modelo de regulação do acesso, instituído pela reforma da saúde, pelo Ministro Bresser Pereira, na NOB/96, é possível delimitar que só o fato deste processo não acontecer conforme os princípios preconizados pelo SUS, e sim de acordo com as diretrizes neoliberais imbuídas na reforma do Estado, defendidas por Bresser Pereira, já qualifica este processo como um retraimento da política pública de saúde.

A contrarreforma na saúde, legalizada por esta NOB, tratou também de traçar bases para um processo de privatização já conhecido na realidade da política

pública de saúde no Brasil, que é da complementaridade do setor privado na oferta de serviços públicos, com as parcerias do Estado com hospitais e clínicas privadas, inserido-as na rede de serviços do SUS, através dos subsistemas de entrada e hospitalar, conhecidos, atualmente, por centrais de regulação, em vez de ampliar a rede com a construção de novas unidades de saúde de fato públicas.

Como já exposto neste trabalho, a reforma na saúde, feita na década de 90, traça uma reorganização do sistema de atendimento do SUS, com a criação do subsistema de entrada ou demanda e do subsistema ambulatorial. Esta reforma se concentrou no setor mais lucrativo do SUS, que é o ambulatorial e hospitalar. O objetivo da reforma não consistiu na ampliação da rede de serviços, fortalecendo a infraestrutura pública de saúde, já que a reforma “não se concentra no fomento da oferta de serviços de saúde, por meio da construção e equipamento de novos hospitais e ambulatorios públicos ao nível do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar” (BRASIL, 1998, p. 19).

Na realidade, a reforma tratou de uma estratégia de inserção da ação do setor privado no SUS, pois o subsistema hospitalar e ambulatorial poderia ser composto pelo setor privado atuando na lógica da complementaridade, reproduzindo o mesmo modelo implementado na ditadura militar de compra de serviços privados, em vez de ofertar tais serviços através da infraestrutura pública. Diante da realidade de precárias condições em que se encontram os hospitais públicos e da baixa oferta desses serviços, o setor privado se insere neste processo, cobrindo esta lacuna no setor público, que compra esses serviços do setor privado, deixando de investir na sua infraestrutura própria.

Esta é uma orientação do Banco Mundial, que foi assimilada no contexto reformista na saúde, de que o setor público seja responsável somente pelos serviços menos complexos e lucrativos. Assim, serão “necessários substanciais investimentos estatais em postos ou unidades de saúde do Subsistema de Entrada e Controle de cada Município” (BRASIL, 1998, p. 19).

A organização do atendimento ao SUS proposto pela contrarreforma na saúde, materializada na NOB/96, que atualmente concentra a Política Nacional de Regulação, embora não represente um processo ampliado de privatização na saúde, pois não ocorreu a venda de bens públicos, não exime este processo nesse modelo.

A privatização, a partir deste modelo, se expressa pelo repasse de recursos que deveriam ser investidos na infraestrutura dos serviços públicos para os serviços

privados, o que transparece a lógica lucrativa que embala o setor privado no mercado na saúde, já que “o aumento da privatização exige maiores gastos públicos, pois os prestadores de serviços privados são altamente subsidiados pelo governo, sem que ofereçam a contrapartida de maior eficiência, ou melhor, qualidade dos serviços” (POSSAS, 1996 *apud* CORREIA, 2005a, p. 166).

Embora esta lógica de comprador de serviços especializados, em vez de ofertante direto, não exerça um explícito processo de privatização, já que a ação é justificada pela lógica da complementaridade do sistema, não exime o nítido favorecimento do setor privado, reproduzindo os vícios da política antes da Constituição e a postura a favor de um projeto privatizante na saúde.

Isto demonstra a verdadeira intenção de agências como o Banco Mundial de que, ao tecer as orientações e condicionalidades no campo da saúde, busca ampliar a esfera do mercado e a inserção das políticas sociais no âmbito do lucro, e não uma face humanitária preocupada com as causas sociais.

É, sobretudo, através de entidades autônomas, advindas das novas modalidades de gestão, como as OS, que foram incorporadas ao Estado, que ocorre um processo de privatização mais nítido na saúde.

A privatização ou favorecimento do setor privado acontece, atualmente, de forma mais enfática, pela via das novas modalidades de gestão – OS, OSCIP e Fundações de direito privado -, em que o Estado transfere infraestrutura e recursos públicos para o terceiro setor, para que estes gerenciem e executem os serviços de saúde. Neste processo, ocorre uma privatização:

‘por dentro’ do setor público, com a introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos, privilegiando a “microeconomia” do custo/benefício em detrimento da qualidade dos serviços. Nesse tipo de privatização são transferidas apenas funções de gerenciamento e/ou administração dos serviços, subsidiadas com recursos públicos. O Estado mantém sua função de financiador dos serviços, ao tempo que perde o controle sobre a qualidade dos serviços prestados (SOARES, 2000 *apud* CORREIA, 2005a, p. 140).

Esta ação começou a ser esboçada nos documentos do Banco Mundial e introduzido pela reforma do Estado com a criação das OS. Estes mentores compartilham de uma lógica de “racionalização de gastos na área social e do

fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos” (CORREIA, 2007, p. 17).

Essas modalidades de gestão flexível e exterior ao Estado são baseadas no discurso da contenção de gastos públicos com saúde; contudo, a falta de submissão dessas às regras do direito público, acaba por transparecer a verdadeira intencionalidade de ampliação da ação privada, não apenas pela transferência de serviços públicos para o mercado, mas pela inserção deste ao Estado por meio dessas entidades. Neste contexto, a fomentação deste setor ocorre por dentro do Estado, repassando, terceirizando e privatizando as políticas públicas, diminuindo a “intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de bens e serviços públicos para a rede privada, tais como saúde e previdência, mediante a transferência de recursos públicos” (CORREIA, 2007, p. 18).

Na busca de institucionalização das OS, utilizou-se a desculpa da melhoria da qualidade dos serviços prestados, já que contariam com maior autonomia gerencial em uma instituição “sem fins lucrativos”. Esta posição foi reproduzida na busca de aplicação do modelo das Fundações de Direito Privado, onde, mais uma vez, o discurso embarador é o da ineficiência da gestão pública, justificando ser necessária a busca pelo “desempenho [...] não importando se implica em privatização” (CORREIA, 2007, p. 26).

O instrumento principal de celebração desta função reguladora é o contrato de gestão, que dispõe de cláusulas a serem cumpridas pelos entes – contratante (Setor Público) e contratado (OSS, OSCIP, Fundações) -, ficando a cargo do contratante o pagamento por este serviço e a sua regulação, através de metas previamente estabelecidas. Correia (2007, p. 26) aponta que com este processo está

Explicitado o teor de desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde [...] através dos contratos de gestão, passando este a ser coordenador desses serviços, monitorando e avaliando o desempenho e os resultados do ‘compromisso de gestão’ firmado com prestadores [...] de saúde.

O discurso para o repasse de recursos públicos para o setor privado e para o terceiro setor no campo da saúde é totalmente privatizante, pois explicita uma lógica

lucrativa predominante no campo da saúde, que busca abarcar todas as possibilidades de lucro que se abrem nesta política. O discurso central é a ausência de modelos modernos de gestão, sendo assim, necessárias as parcerias com o setor privado e o repasse para o terceiro setor.

Com estas propostas, fica clara a intencionalidade de um processo de esvaziamento da função executora do Estado com as políticas sociais, já que o sistema público de saúde brasileiro dispõe de uma estratégia de gestão a favor da efetivação do direito social que embasa esta.

Os novos modelos de gestão seguem a tentativa de enfraquecer as conquistas sociais no campo da saúde, que propõem uma forma democrática de gestão, com controle social, a fim de efetivar o direito conquistado na saúde. Segundo Feuerwerker (2007, p. 105), “Os Conselhos de Saúde [...] existem, funcionam e, apesar de todas as suas limitações, constituem-se num dos mecanismos mais democráticos de controle das atividades existentes no país”.

Para Batista Junior (2008, p. 43), a gestão pública da política de saúde sofre estes ataques de ineficiência devido ao “atual modelo de atenção, que alimenta inexoravelmente a demanda pela alta complexidade”, uma vez que este é muito dependente dos serviços privados “eixos vitais onde as corporações e grupos econômicos organizados se alimentam e se fortalecem”, enfraquecendo e desvirtuando a firmação do SUS por meio de uma rede efetivamente pública.

Entende-se que existem limitações no âmbito da gestão, o que não justifica o abandono a favor de um modelo privado, que se torna muito mais maléfico, já que atua sob a ótica do lucro, ao contrário do Estado que atua sob a ótica do direito.

A conquista do SUS pela Constituição Federal de 1988 é uma grande vitória no campo dos direitos sociais no Brasil, cuja tradição é de submissão às potenciais internacionais do grande capital. Por ferir os interesses destas potências, os direitos sociais ainda não foram plenamente efetivados.

Os entraves para esta ausência são expressos também pela inserção desses modelos de regulação adotados no contexto pós-constituição que distorceu os princípios do SUS, e mascarou uma verdadeira investida do setor privado na política pública de saúde por meio dos novos padrões de gestão, pela complementaridade da rede do SUS e legitimação do setor privado pela regulação da assistência privada, entendida agora como suplementar.

Os modelos de regulação aqui trabalhados estão configurados no conflito contemporâneo de uma lógica a favor da saúde efetivamente pública, por meio da reforma sanitária, e de uma lógica oposta voltada aos interesses do grande capital, que vê a saúde como um grande mercado rentável, favorecendo nitidamente o projeto do capital, pois está arraigada pela lógica mercantil, que, ao invés de fortalecer a política de saúde, acaba por privatizá-lo. É na busca de superação desta lógica mercantil e a favor dos direitos que este trabalho visa contribuir.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na etapa final deste trabalho não se pretende partir para uma conclusão fechada do assunto em questão, já que não seria possível promover tal assertiva, diante da complexidade e a importância do tema em si, mas a ampliação de horizontes a respeito do mesmo, a partir do resgate de alguns pontos pertinentes para dar conta de uma compreensão ampla e articulada deste.

Ao analisar três das estruturas regulatórias no campo da saúde - a regulação assistencial, a regulação via agência e o Estado como regulador dos serviços – é possível apontar que elas favorecem um processo de privatização nesta política, defendido pelo projeto de saúde do capital, difundido pelo Banco Mundial que preconiza o acesso à saúde pelo viés privatista, pautado nos princípios do mercado. Em contraposição ao projeto baseado na reforma sanitária que defende a saúde como uma política pautada no direito social de caráter universal.

A privatização é defendida pelos três modelos de regulação, visto que eles têm como condicionantes a ação de uma ideologia de um Estado mínimo, caracterizado como regulador neoliberal, que atende às exigências do modelo de acumulação capitalista financeirizado, que é baseado na internacionalização e na globalização econômica, que procura se livrar das estruturas estatais fortemente regulamentadas, buscando uma regulação pautada na ausência de regras, na desregulação e na liberalização dos mercados monetário e financeiro, ampliando a ação do mercado e freando a ação do Estado.

Ao ser desenvolvido para dar sustentabilidade a um modelo de acumulação capitalista, que prescindia de uma disseminação internacional, este padrão de Estado foi sendo aplicado aos países mais fracos economicamente, fazendo-os adotar a política de liberalização e desregulamentação que promoveu sérias contrarreformas nesses países, mas mascarado pelo discurso da modernização tecnológica. Essas premissas foram difundidas e impostas pelos organismos multilaterais. O FMI se encarregou dos aspectos econômicos e o Banco Mundial do aspecto social, mas estavam sintonizados aos mesmos propósitos, ampliação do mercado e diminuição da ação estatal.

O Brasil, com sua herança conservadora e submissa aos interesses do mercado internacional, vai adotar este modelo, a partir da década de 90, devido aos

ajustes impostos pelo Consenso de Washington para o pagamento das dívidas externas obtidas nos governos desenvolvimentistas e na ditadura militar.

A adoção deste modelo também ocorreu pela existência de uma elite dependente financeira e ideologicamente das tendências internacionais e que tem naturalizado a defesa pelos serviços privados, em detrimento do que é público; e os direitos individuais, em detrimento dos sociais, transparecendo seus princípios na mídia e nos governos e fazendo com que a sociedade aceitasse pacificamente as instruções neoliberais.

No âmbito dos ajustes neoliberais no Brasil, um dos fatores mais nefastos que ocorreu foi a contrarreforma do Estado, que ignorou os preceitos da Constituição Federal, de 1988, e moldou a estrutura pública estatal, no sentido de sintonizá-lo ao regime de acumulação financeirizado. As reformas sociais instituídas pela Constituição, mas que ainda não tinham sido implementadas, foram contrarreformadas da lógica do bem-estar, para a lógica neoliberal.

No âmbito da contrarreforma, foi realizada a reforma regulatória no Brasil. O Estado passou de desenvolvimentista para regulador, baseado na privatização, na liberalização do mercado e na inserção das indústrias transnacionais, ampliando a esfera de atuação do mercado e reduzindo a ação estatal. No âmbito da administração pública, as agências reguladoras no Brasil passaram a regular as ações do setor privado, que se encarregou de explorar serviços que antes eram competência do Estado. No campo social, buscou-se repassar as responsabilidades públicas para o mercado e para sociedade, por meio do terceiro setor.

Especificamente sobre a política de saúde, parte-se do entendimento de que, mais do que uma responsabilização da sociedade com as políticas públicas, o que se efetivou com este modelo foi a ampliação da esfera mercantil, que abarcou também as políticas sociais, por meio da criação de novas parcerias entre o setor público e o setor privado.

Nesta política não se exime por completo a ação do Estado, visto que estão se transferindo apenas a execução dos serviços para o terceiro setor e para o setor privado, por meio de algumas parcerias, mas ainda se mantém o financiamento público, situação considerada pior, já que não existe apenas uma regulação das ações, mas uma fomentação pública de um terceiro setor e do setor privado, em vez de investimento na infraestrutura pública para a execução dessa política, o que a torna um ramo promissor para o mercado.

Esse processo é mais trágico na realidade da política de saúde no Brasil pela sua tradição corporativista permeada pela forte ação do setor privado, mesmo com a institucionalização da saúde como política de direito universal na Constituição Federal de 1988. Os laços entre os setores público e privado não se romperam e, no contexto dos ajustes neoliberais, os governos acabaram seguindo a mesma postura de fomentação do privado em detrimento do público. Estas ações foram articuladas e difundidas pelas agências multilaterais, especialmente pelo Banco Mundial.

Este panorama, mais do que acirrar o quadro conflituoso na saúde, que é a disputa de um projeto de saúde efetivamente público, conforme preconiza o Movimento de Reforma Sanitária, e um projeto de saúde privado ligado ao mercado da saúde, vai imprimir uma considerável vantagem ao setor privado no que tange a implementação de seu projeto, exercendo uma forte pressão para a regressão da política pública de saúde no Brasil.

Na correlação de forças entre os projetos distintos de saúde, o Banco Mundial vai exercer uma importante força a favor do projeto privatista. Esta agência, que atuava na conjuntura do pós-guerra como agente do desenvolvimento econômico, no contexto do capitalismo globalizado, vai atuar na administração da pobreza, como difusor de uma postura reguladora do Estado frente às políticas sociais, ajustando estas políticas aos novos arranjos capitalistas, embora pautado no discurso humanitário.

A busca de ampliação da esfera mercantil na saúde veio mascarada sob o discurso da contenção de gastos, por meio da modernização da gestão e da incorporação da sociedade com a responsabilidade social e com a orientação de uma ação focalista do Estado, não o eximindo com a responsabilidade total com as políticas, mas voltado para a classe subalterna.

Para o Banco Mundial, o moderno é assistir a pobreza. Por isso, este modelo de Estado não é perverso, é apenas racional, realista e econômico e volta sua ação a quem realmente necessita, que são aqueles que jamais serão inseridos no mercado de trabalho, que faz parte de um modelo de acumulação que contraditoriamente produz essa pobreza.

Foi seguindo essas premissas que o Banco Mundial desenhou um panorama de ação para a saúde no Brasil, através dos três documentos elaborados para a política deste país, de onde se formatou uma contrarreforma no SUS, sem mexer nas suas estruturas formalmente, pois utilizou dos mesmos princípios que lhe deram

sustentação legal para frear seu desenvolvimento, desconsiderando que a verdadeira reforma se estabeleceu na Constituição Federal de 1988, ao instituir a saúde como direito universal.

Uma das estratégias desta contrarreforma foi a orientação de implantação de uma estrutura regulatória na política de saúde, que legitima o repasse das responsabilidades do Estado com as políticas sociais para o mercado e para a sociedade.

Os modelos regulatórios enfatizados neste trabalho - a regulação assistencial, a regulação via agência e o Estado como regulador dos serviços -, de maneiras diferentes, efetivam a proposta do Estado regulador neoliberal de redução da ação pública e ampliação da ação privada.

A análise dos documentos elaborados pelo Banco Mundial para a saúde brasileira demonstra que as orientações, no sentido de contrarreformar a política de saúde, foram construídos a partir dos princípios do SUS, porém pautados em intencionalidades diferentes. O princípio da descentralização, em vez de favorecer o controle mais efetivo e de levar os serviços mais perto da população, serviu de instrumento de repasse das responsabilidades do setor público de saúde para os municípios e, até mesmo, para o setor privado, pela via da complementaridade, mantendo um quadro enxuto das responsabilidades do governo federal.

A regulação assistencial, que teve início com a reorganização do atendimento ao SUS, a partir da NOB/96, distorce o princípio da hierarquização da política de saúde, pois confunde a divisão dos 02 (dois) subsistemas de atendimento, o de entrada e o hospitalar, com os níveis de complexidade preconizados pela hierarquização. Em vez de ser pensada e articulada a partir deste princípio, ela foi pensada a partir da ideologia de ação restrita do Estado na saúde, conforme as reformas instituídas nesta área em nível internacional, que se pauta na busca de focalização da ação estatal somente nos serviços de atenção básica, pois não geram altas taxas de lucro, deixando os serviços de maior complexidade e mais lucrativos ao setor privado, que vende tais serviços para o setor público, explicitando a intenção mercantilizadora destas contrarreformas no campo da saúde.

O modelo de regulação via agências reguladoras, embora não envolva a distorção dos princípios do SUS, faz parte das estratégias do Banco Mundial para a política de saúde brasileira. A regulamentação do setor privado legitima a ação do mercado no campo da saúde no Brasil, concomitante ao desenvolvimento do SUS

como política pública, o que demonstra a falta de compromisso governamental com a efetivação desta política. A ANS e a ANVISA, embora ligadas ao setor público, trabalham na lógica inversa do SUS, pois promovem as regulamentações no sentido da fomentação e do fortalecimento do mercado na saúde.

O terceiro modelo de regulação abordado neste trabalho envolve a formação de um caráter regulador no âmbito da política de saúde, onde o setor público repassa a execução dos serviços de maior complexidade a entidades de gestão autônoma, como as OS, mantendo seu financiamento regulando a execução dos serviços, por meio dos contratos de gestão.

Embora os modelos de regulação citados façam parte de uma estratégia privatista do Banco Mundial, esta intencionalidade não é explicitada claramente. O discurso que se utiliza para a implementação desse modelo é o da ineficiência da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Preconiza-se, então, a adoção de modelos de gestão modernos e desassocia o sucateamento por que vem passando esta política aos efeitos perversos de um modelo de acumulação que visa o lucro acima de tudo.

Foi o discurso de ineficiência da gestão que embalou o surgimento das entidades autônomas de gestão na área da saúde. Este modelo foi implantado no contexto das contrarreformas da segunda metade da década de 90, através das OS. Dotados de autonomia e de estratégias de gestão, sob a lógica da eficácia e eficiência, e da contenção dos gastos públicos, esta entidade foi apontada pelos “reformistas” como o modelo ideal, sob o qual deveria se pautar os hospitais públicos ligados ao SUS. O modelo correspondeu de forma tão positiva aos interesses do projeto privatista na saúde no Brasil que foi aperfeiçoado sobre os modelos de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e, mais atualmente, sob as Fundações de Direito Privado.

Parte-se da premissa de que estas entidades utilizaram da base legal contrarreformista, que as caracterizam como não estatais e as situam no campo do terceiro setor, para não se submeterem às leis e ao controle do direito público e fazerem da política de saúde pública uma nova via para o mercado, já que ignoram os dispositivos legais do campo da saúde, estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90 que dão legitimidade pública a esta política.

A não submissão às regras do Direito Público, desmistifica a lógica da contenção dos gastos, que também baseia o discurso governamental que apóia este

modelo. A ausência do controle público demonstra que a intenção não é a contenção dos custos na saúde e nem o desejo de qualificar a gestão do SUS, mas sim a de mercantilizar esta política, por meio da ampliação da ação privada e a restrição da ação pública como ente regulamentador e regulador da ação deste setor, constituindo-se o mais nefasto dos modelos de regulação dos três abordados.

Ao ignorar as diretrizes da administração pública, as entidades de gestão autônomas, no âmbito do SUS, demonstram que estão totalmente arraigados por um caráter privatista e representam um retrocesso à política de saúde, pois retorna aos princípios do barganhismo político, que caracteriza o modelo de saúde corporativista que havia antes da Constituição Federal de 1988.

Os modelos de regulação presentes na política de saúde expressam, também, as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira, apontadas por Correia (2007). A regulação do acesso aos serviços de saúde, criada a partir da NOB/96, definida atualmente pela Política Nacional de Regulação do SUS como Regulação Assistencial, reflete a primeira tendência de contrarreforma apontado pela autora, que consiste no rompimento com o caráter universal do Sistema Único de Saúde, baseado na ampliação da oferta da atenção básica e da racionalização da média e alta complexidade.

Este modelo adotado pelo Ministério da Saúde promove uma divisão de responsabilidades e um favorecimento do setor privado na execução dos serviços de saúde, já que preconiza a ação ampliada dos serviços de atenção básica sob a responsabilidade do setor público e a rede de média e alta complexidade podem ser compostas, e sobremaneira é composta de serviços ofertados pelo setor privado, que atua em parceria com o Estado através da complementaridade do sistema.

Isto gera uma separação entre os serviços de atenção básica e hospitalar como se não fizessem parte do mesmo sistema, desvirtuando o princípio da integralidade, além da quebra no princípio da universalidade, porque se preconiza um investimento estatal voltado para a ampliação dos serviços de atenção básica, e o não investimento nos serviços mais complexos, pois ele pode ser adquirido por meio do setor privado, através da complementaridade do sistema.

Mesmo diante de um sistema público universal é possível ver que as práticas na saúde do projeto privatista presente durante a ditadura militar não foram quebradas, já que mesmo com uma política universal, o setor público em vez de

construir e dispor de serviços hospitalares prefere comprar os serviços do setor privado.

O segundo eixo de contrarreforma na saúde apontado por Correia é a tendência da flexibilização da gestão pela lógica do custo/benefício, que repassa a execução dos serviços de saúde para entidades gerenciadas por modelos de gestão autônomos como as Organizações Sociais, mas com o financiamento público. Modelo que foi implantado em boa parte da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, como no Estado do Pará, onde 05 (cinco) hospitais que foram construídos e equipados com recursos públicos, já nasceram sob a denominação de OS.

Essa tendência expressa a formação do Estado regulador na saúde, que procura desfazer as responsabilidades do Estado com a execução direta das políticas, no sentido de ampliar a ação do mercado neste setor, que acontece pelo repasse de serviços públicos para estas entidades tidas como não estatais, cujo controle público é feito somente pelos contratos de gestão, formatando assim, uma postura reguladora frente às políticas públicas.

É neste modelo que se formata segundo Correia (2007) um processo nítido de privatização na saúde, pois o Estado além de repassar toda a infraestrutura pública dos hospitais, ainda mantém o pagamento mensal as essas entidades que são pagas apenas para gerenciar tais serviços.

O terceiro eixo contrarreformista, elencado por Correia (2007), diz respeito ao estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Esta é uma orientação do Banco Mundial presente desde o primeiro documento feito exclusivamente para o Brasil, onde se busca tirar a responsabilidade do Estado com a política de saúde, através da ampliação da ação do setor privado na oferta de serviços de saúde, a exemplo dos planos de saúde que são ofertados a quem dispõe de condições para custear tais serviços. Neste sentido, o Estado se encarrega de ofertar os serviços para quem não pode pagar, focalizando a política nos mais pobres.

Nesta tendência, encaixa-se o modelo de regulação via agência reguladora, especificamente a Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada durante o governo FHC, sob a lógica de fomentação e regulamentação do setor privado, com vista a dar segurança para aqueles que têm condições de custear a sua saúde.

A partir da investigação realizada, o trabalho demonstra, portanto, que os modelos de regulação na saúde estão inseridos no quadro de regressão das

políticas de saúde e favorecem o movimento contrário a efetivação do SUS. Como parte de um processo de contrarreforma da política de saúde, gestada no período neoliberal, que como foi mais do que afirmado neste trabalho, serve para desresponsabilizar a ação do Estado com as políticas públicas.

Essas questões, trazidas pelos modelos de regulação do SUS, fazem parte de novos arranjos nas relações entre o setor público e o setor privado na história da saúde no Brasil. Mesmo diante do direito social à esta política, este setor que se criou e fortaleceu a custa do dinheiro público está se inserindo novamente neste processo, através de esquemas parecidos com a venda de serviços ao SUS, como também, por meio das novas modalidades de gestão.

O Banco Mundial conseguiu, de fato, instituir o Estado Regulador na saúde, que se reflete nos modelos regulatórios trabalhados, e adequar esta política aos princípios neoliberais. Além de reformular os princípios do SUS, levou a sociedade em geral, os profissionais da saúde e os alunos de cursos da área da saúde a divulgar e defender estes princípios distorcidos por esta agência, o que demonstra a forte articulação e seriedade do projeto de desconstrução do SUS.

O Estado Regulador neoliberal não foi um modelo passageiro vinculado a uma lógica governamental temporária. Trata-se de um projeto sério de desconstrução dos direitos sociais, demonstrando que não é a toa que ele se manifesta de maneira muito forte em um governo considerado de esquerda, vivenciado no Brasil atualmente, o que reflete, de um lado, o poder das ideologias internacionais de redução da ação estatal, e de outro, a ausência de um projeto a favor das classes dominadas presente no Brasil.

Este trabalho afirma por meio da pesquisa documental e bibliográfica que os modelos de regulação enfatizados favorecem um processo de privatização nesta política, pois representam os caminhos mais amplos de infiltração do setor privado nesta política.

Infelizmente, no campo da saúde, vem predominando a lógica privatizante, mas ressalta-se que ela não é única e nem hegemônica. Existe um projeto pautado em valores solidários e comprometido com a busca da efetivação dos direitos sociais, manifestado no Movimento de Reforma Sanitária. Este projeto, mesmo com todos os entraves presentes, conta com o desenvolvimento do SUS em toda a extensão do Estado brasileiro e tem conseguido levar serviços de saúde como direito a parcela da sociedade que não tinha esse direito.

Isto se deve sem dúvida a ação, dos grupos sociais que trabalham a favor do projeto de saúde sob a lógica do direito. Neste sentido se aponta a ação de grupos sociais comprometidos com a defesa do SUS como política efetivamente pública, e contrária as formas veladas de privatização, como os Fóruns em Defesa do SUS, que mais recentemente tem mobilizado uma Frente Nacional pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/98 contra as Organizações Sociais.

Esse movimento expressa que as propostas no campo da saúde não se apresentam a partir de uma única via, existem resistências pautadas nos verdadeiros princípios democráticos da Reforma Sanitária, na busca de uma ação estatal fortalecida, no entendimento de que o Sistema Único de Saúde representa uma política em construção, que necessita da luta diária deste projeto. É na defesa deste projeto e desta luta que se posiciona este trabalho. Espera-se, que dentro das limitações, tenha conseguido alcançar este propósito.

6 REFERÊNCIAS

AGLIETTA, M. **Régulation et crises du capitalisme, l'expérience des états-unis.** Paris, Calmann-Lévy. 1976.

ALBUQUERQUE, Kélvia. **A visão da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** In Desafios da regulação no Brasil / Organizadores: Jadir Dias Proença, Patrícia Vieira da Costa e Paula Montagner. – Brasília: ENAP, 2009. p. 342.

ALMEIDA, Célia Maria de. **Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança.** Ciência & Saúde Coletiva, 1999. p. 263-286.

AMOUZOU, K. D.; ORRICO Filho, R. D.; ARAGÃO, J. J. G. **“Estado regulador e parceria público privada: que modelo de financiamento de infra-estrutura de transporte para países em desenvolvimento”.** In: Anais Eletrônicos do XI Congresso Latinoamericano de Transporte Público y Urbano, CLATPU, La Habana. 2001.

ARAGÃO, Alexandre S. **O conceito jurídico de regulação na economia.** In revista Direito mercantil. 2001.

AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária.** Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 13 de jun. 2010.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização.** Rio de Janeiro; Revan; São Paulo: FAPESP. 2000.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo.** UNESP; São Paulo, 1996.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. IN: GERSCHIMAN Silvia (Org.). **A Miragem da Pós-modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização.** RJ. Editora Fiocruz, 1997.

BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto.** Washington, D.C., 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países).

BANCO MUNDIAL. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil**: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., 1995 (Relatório nº 12655 – BR).

_____. **Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro**: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos. Brasil, 15 de fevereiro de 2007 (Relatório nº 36601 – BR).

BATISTA JUNIOR, Francisco. **Gestão do SUS**: o que fazer?. In: Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde/ organizadoras, Maria Inês Bravo .[et al.]. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social. In: Mota, Ana Elizabete; Bravo, Maria Inês de Souza; Uchôa, Roberta; Nogueira, Vera; Marsiglia, Regina; Gomes, Luciano; Teixeira, Marlene. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e Trabalho Profissional. 1 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006, v. 1, p. 13-39.

BIANCHI, Alvaro. Uma Crítica à Economia Política da Terceira Via. 2003

BORGES NETO, J. M. **A Experiência Brasileira e a Atualidade de um Projeto Socialista**. In: Boschetti, Ivanete; Pereira, Potyara Amazoneida Pereira; César, Maria Auxiliadora; Carvalho, Denise Bomtempo Birche de. (Org.). Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Política Social - UNB, 2004, v. , p. 209-231.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. Orçamento da Seguridade Social e política Econômica: perversa alquimia. In: Revista serviço Social e sociedade: SUS E SUAS. Nº87. Ano XXVI. Editora Cortez. 2006.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine. **Política Social**: Fundamentos e história. Cortez. 2007.

BOYER, Robert. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel,

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites/** Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, 2000.

_____. Casa Civil da Presidência da República. **OCDE – Relatório sobre a Reforma Regulatória: Brasil - Fortalecendo a governança para o crescimento,** 2008.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado Organizações sociais. / Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2). 1997.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde.** Caderno MARE, v. 13, 33p. Brasília: MARE, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde:** manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 1998.

_____. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Brasília, 1999.

_____. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999.** Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 1999.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos.** In: **Política Social e Democracia.** Maria Inês Bravo e Potyara Amazoneida Pereira (org.) – 2 ed. – São Paulo. Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

_____. **Desafios atuais do controle social no sistema único de saúde (SUS).** In: Revista Serviço Social e Sociedade: Espaço Público e Controle Social. Nº88. Ano XXVII. Editora Cortez. 2006a.

_____. Política de Saúde no Brasil. IN: BRAVO e MOTA (Org.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 01 ed. São Paulo: Cortez, 2006b.

_____. **Serviço Social e Saúde: desafios atuais.** In: Temporalis. Revista da Associação brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n.1. São Luiz: ABEPSS, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza & MENEZES, Juliana Bravo de. Política de Saúde no governo Lula. In: **Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde/ organizadoras,** Maria Inês Bravo ...[et al.]. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede SIRIUS/ADUFRJ-SSIND, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões sobre a construção do sistema único de saúde (SUS):** um modo singular de produzir política pública. In: Revista serviço Social e sociedade: SUS E SUAS. Nº87. Ano XXVI. Editora Cortez. 2006.

CARDOSO, Fernando Henrique. **Reforma do Estado.** In PEREIRA, Luiz Carlos Bresser e SPINK, Peter. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: FVG, 2005.

CARISTINA, Jean Eduardo Aguiar. **Os modelos jurídicos na auto-regulação econômica.** In: revista prisma jurídico. 2006

CAVALCANTE, Carolina Miranda. Realismo crítico e abordagem da Regulação: da possibilidade de colaboração entre Ciência e Filosofia. 2007

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital.** São Paulo, Ed. Xamã. 1996.

_____. **A teoria do regime de acumulação financeirizado:** conteúdo, alcance e interrogações. Economia e Sociedade, Campinas, v. 11, n. 1 (18), p. 1-44, jan./jun. 2002.

CLARK, Giovani Nascimento Samuel Pontes do, Corrêa Leonardo Alves. **Estado Regulador:** uma (re)definição do modelo brasileiro de políticas públicas econômicas. 2009.

COHN, Amélia. Mudanças Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil. In. LAURELL, Asa Cristina. Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. A Saúde como direito e como serviço. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 164 p. ISBN 8524903139 (broch.)

_____. A Saúde como Direito e como Serviço. 5a edição. São Paulo, ed. Cortez, 2008

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005a.

_____. **Desafios para o Controle Social:** subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital:** o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. In: Temporalis. Revista da Associação brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n.1. São Luiz: ABEPSS, 2007.

_____. **O Protagonismo do Banco Mundial na Orientação das Política de Saúde.** In: Ana Cristina de Souza Vieira; Maria Virgínia Borges Amaral. (Org.). Trabalho e Direitos Sociais: bases para a discussão. Maceió: EDUFAL, , v. , p. 143-172, 2008a.

_____. **Orientações do Banco Mundial à Política de Saúde Brasileira:** flexibilização da gestão e as fundações estatais. ENPESS, São Luiz: ABPESS, 2008b.

_____. Relatório Técnico final da Pesquisa: As formas de gestão do trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas. PPGSS/UFAL. 2009.

COSTA, Nilson do Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: A Agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil. In: Merhy, Emerson Elias. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação:** saúde e saneamento na agenda social. Saúde em debate–Série didática. São Paulo: HUCITEC. 1998. cap. 5, p. 125-145.

COSTA, E. A Política de Vigilância sanitária: balanço e perspectivas, In: Cadernos de Vigilância Sanitária, Brasília, ANVISA, MS, 2001.

COUTINHO, Carlos Nelson. **FHC e a "reforma" do Estado.** 1998. Disponível em:0 <<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=349>>. Acesso em 13 de jun. 2010.

CONCEIÇÃO, Octavio A. C. "Novas" tecnologias, "novo" paradigma tecnológico ou "nova" regulação: a procura do "novo". Ensaio FEE, Porto Alegre (17) 2: 409-430. 1996

CONCEIÇÃO, Octavio A. C. A teoria da regulação e o ambiente institucional

CRUZ, Adejard Gaia & FILHO, Milton C. **Novo marco regulatório brasileiro: contribuições de um estudo de caso para a gestão apolítica regulatória.** In Adcontar, Belém: V. 05 nº 02. 2004. p. 103-125.

CUNHA Alexandre Mendes. A relação entre História e Economia na Teoria da Regulação: Marx, estruturalismo e a Escola dos Annales

DICIONÁRIO de História 2010. Acesso em: 11/06/2010. Disponível em <http://www.suapesquisa.com/historia/dicionario/privatizacao.htm>

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquias, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 7ª Edição. Ed. Atlas: São Paulo. 2006.

_____. **Direito Administrativo.** São Paulo: Atlas, 2010.

DRUCK, Graça. A teoria da regulação transforma-se em “técnica de regulação” em tempos neoliberais? In Revista brasileira de Ciências Sociais - vol. 20 Nº. 57. 2005.

ESPING-ANDERSEN, GOSTA. **“As três economias do Welfare State”.** In: Revista Lua Nova, n.24, São Paulo, CEDEC, 1991, P.85-115.

FEUERWERKER, Laura. **Modelos Tecnoassistenciais, Gestão e Organização do Trabalho em Saúde:** nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. In: Temporalis. Revista da Associação brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n.1. São Luiz: ABEPSS, 2007.

FLEURY, Sonia. **Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil.** In: Matta, Gustavo Corrêa & LIMA, Julio Cesar França (org.). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

FRANCHINI Alinne Alvim & CASTRO Gilmar Pinheiro Cunha. A Teoria Da Regulação: Uma Revisão

FREEMAN, Richard & MORAN, Michael. **A saúde na Europa.** In: NEGRI, Barjas Negri & VIANA, Ana Luiza D'Ávila (org). O Sistema Único de Saúde em dez anos. São Paulo. Sobravime. 2002

FREIRE, Silene M. **Estado, Democracia e a Questão Social no Brasil. In: Política Social e Democracia.** Maria Inês Bravo e Potyara Amazoneida Pereira (org.) – 2 ed. – São Paulo. Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

GAETANI, Francisco. **O governo Lula e os desafios da política regulatória no setor de infra-estrutura.** VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá. 2003. P. 28-31.

GRANEMANN, Sara. **Fundações Estatais: projeto de Estado do capital.** In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde.** 1ª ed., Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

_____. **Fundações Estatais: projeto de estado do capital.** In: Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde/ organizadoras, Maria Inês Bravo ...[et al.]. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

HARADA, Kiyoshi. **Terceirização de serviço público e o novo texto constitucional.** Fonte: Cedido pela autora via online. Revista Jus Vigilantibus, 2004. P. 01. Acesso em: 18/05/2010. Disponível em <http://jusvi.com/artigos/1597>

JORGE, Maria Cristina. **A Política de Assistência Social e o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS na Região Oeste do Paraná.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus – Toledo, 2007.

JUNQUEIRA, Virginia. **Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces da contrarreforma de estado na saúde.** In: Temporalis. Revista da Associação brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n.1. São Luiz: ABEPSS, 2007.

LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo. In: Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo.** Tradução de: Rodrigo León Contrera. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LIPIETZ, Alain. **Trama, urdidura e regulação: um instrumento para as ciências sociais.** Sociedade e Estado, v. IV n. 2. Brasília, Departamento de sociologia da UNB. 1989.

LODGE, M., WEGRICH, K. **O enraizamento da Regulação de Qualidade: fazer as perguntas certas é a resposta.** In. Desafios da regulação no Brasil /

Organizadores: Jadir Dias Proença, Patrícia Vieira da Costa e Paula Montagner. – Brasília: ENAP, 2009. 341 p.

MACHADO, Cristiani Vieira. Novos Modelos de Gerência nos Hospitais Públicos: as experiências recentes. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 11(1): 105-197, 2001.

MASSON, Fátima de Maria. **A terceira via “na reforma da Saúde Pública brasileira”**. In: Temporalis. Revista da Associação brasileira de ensino e pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n.1. São Luiz: ABEPSS, 2007.

MATTOS, Paulo Todescan Lessa. **A Formação do Estado Regulador. In: Revista Novos Estudos-CEBRAP. 2006. P.139-156.**

MATTOS, Ruben Araújo de. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, vol.6, n.2, pp. 377-389. ISSN 1413-8123.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Julio Cesar França. A Demarcação do Privado e Público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e Ajuste Fiscal, 1998-2008. In: (org.). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSSJ, 2008.

MAY, T. Pesquisa Social: questões, métodos e processos. Tradução de Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

MEDEIROS, João Leonardo; Oliveira, Clician do Couto. Teoria da Regulação: marxismo “não-dogmático” ou conservadorismo reformista?

MENDONÇA, Claunara schilling *et al.*/ Afonso Teixeira dos REIS / José Carlos de MORAES (orgs.)A política regulação do Brasil, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12)

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de Saúde no Brasil: entraves para a universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. In: Revista serviço Social e sociedade: SUS E SUAS. Nº87. Ano XXVI. Editora Cortez. 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado de assistência a saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MISSE, Daniel Ganem. **Agências reguladoras muito mais do que modismo.** In revista Prisma jurídico. 2006.

MONTONE, Januario. **ANS, a que será que ela se destina?.** In: A Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulação do mercado e proteção ao consumidor de eventuais abusos. Jornal: Folha de S. Paulo. 2000.

MORAES, Antonio Carlos de. Sobre as críticas à escola da regulação: algo a favor de sua abordagem crítica sobre as possibilidades do capitalismo. In PESQUISA & DEBATE, SP, volume 9, número 2(14), p. 5-16, 1998.

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. SP: Cortez, 1995

_____. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes.** In: MOTA, Ana Elizabete, e BRAVO, Maria Inês, (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006

MOURÃO, A. M. A.; LIMA, A. M. C. A.; SOUZA, A. I. S.; OLIVEIRA, L. M. L. **A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal: o projeto das residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2002. p. 01-31. Acesso em: 13/06/2010. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-8.pdf.

MUELLER, Bernardo. Teoria Política Positiva da Regulação. Dep. de Economia – Universidade de Brasília 1999

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro. Notas a respeito da Escola Francesa da Regulação. Revista de Economia Política, v. 13, n. 2 (50), abr./jun., p. 120-136, 1993.

NEVES, Lucia Maria Wanderley. Reforma universitária do governo lula: reflexões para o debate. Xama. São Paulo, 2004

NOGUEIRA, Marco A. **Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática.** São Paulo: Cortez, 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Problemas de Gestão e regulação do trabalho no SUS.** In: Revista serviço Social e sociedade: SUS E SUAS. Nº 87. Ano XXVI. Editora Cortez. 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** avanços, limites e perspectivas. In: Matta, Gustavo Corrêa & LIMA, Julio Cesar França (org.). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

PAULANI, Leda Maria. **A crise do regime de acumulação com dominância da valorização financeira e a situação do Brasil.** In: Estudos avançados. 2009.

PECI, Alketa. **Controle social no contexto da reforma regulatória.** IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004.

_____. **Reforma regulatória brasileira dos anos 90 à luz do modelo de Kleber Nascimento.** *Rev. adm. contemp.* [online]. Vol.11, n.1, pp. 11-30. ISSN 1982-7849. 2007.

PEREIRA, Potyara A., **Estado, Regulação Social e controle democrático.** In Política Social e Democracia. Maria Inês Bravo e Potyara Amazoneida Pereira (org.) – 2 ed. – São Paulo. Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Gestão do setor público:** estratégia e estrutura. In PEREIRA, Luiz Carlos Bresser e SPINK, Peter. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: FVG, 2005.

_____. **Da Administração Pública burocrática à gerencial.** In PEREIRA, Luiz Carlos Bresser e SPINK, Peter. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: FVG, 2005.

_____. **Reforma do Estado para a Cidadania:** a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34; Brasília: ENAP. 1998.

REBELLO, L. M. V. **Políticas Regulatórias no Setor Saúde.** *Rev. Univ. Rural, Sér. Ciênc. Humanas.* Vol. 23(2): 151-160, jul./dez. 2001

REFORMA vai pôr fim a resgates de bancos, diz Obama. Reportagem publicada no site oficial da Emissora GLOBO, em 22/04/2010. Acesso em: 18/05/2010. Disponível em <http://g1.globo.com/economia-e-negocios/noticia/2010/04/reforma-vai-por-fim-resgates-de-bancos-diz-obama.html>.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal.** In: Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde/ organizadoras, Maria Inês Bravo ...[et al.]. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

RIBEIRO, J.M, COSTA, N.R., SILVA, P.L.B. **Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas.** Interface _ Comunicação, Saúde, Educação, v.4 , n.6, 2000.

_____. Innovaciones Organizacionales y de Financiamiento: Experiencias a partir Del Escenario Institucional. In: NEGRI Barjas & GIOVANNI Geraldo Di. Brasil: Radiografía de La salud. Campinas, SP. Unicamp. IE, 2003.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

SANTOS, Lenir & ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas/SP. Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, L. A. dos, Desafios da governança regulatória no Brasil. In Desafios da regulação no Brasil / Organizadores: Jadir Dias Proença, Patrícia Vieira da Costa e Paula Montagner. – Brasília: ENAP, 2009. 341 p.

SILVA, Gustavo Henrique Trindade da. **Regulação Sanitária no Brasil: singularidades, avanços e desafios.** In Desafios da regulação no Brasil / Organizadores: Jadir Dias Proença, Patrícia Vieira da Costa e Paula Montagner. – Brasília: ENAP, 2009. p. 342.

SIMÕES, Carlos. Curso de Direito do Serviço Social. Biblioteca básica do Serviço Social. São Paulo, Cortez, 2008.

SPOSATI, Aldáza de O. **A Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: uma questão em análise.** 6 ed. São Paulo. Cortez, 1992.

TOLEDO, Enrique de La Garza. **Neoliberalismo e Estado. In Estado e Políticas sociais no neoliberalismo.** Asa Cristina Laurell (org.); ver. téc. Amélia Cohn; trad. Rodrigo Lear Contrera. 2 ed...São Paulo: Cortez, 1997. P. 72.

VIZENTINI, Paulo Fagundes. **Relações internacionais do Brasil: de Vargas a Lula.** Fundação Perseu Abramo. SP, 2008;