

## O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde: uma análise multiparadigmática\*

---

Maria Ceci Araujo Misoczky\*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. O campo das agências internacionais de saúde; 3. Analisando a mudança no campo das agências internacionais de saúde; 4. Considerações finais.

**SUMMARY:** 1. Introduction; 2. The field of international health agencies; 3. Analyzing the change in the field of international health agencies; 4. Final remarks.

**PALAVRAS-CHAVE:** Banco Mundial; análise multiparadigmática; campos organizacionais e de poder; análise crítica de discurso.

**KEY WORDS:** World Bank; multi-paradigmatic analysis; organizational and power fields; discourse critical analysis.

Este artigo narra como o Banco Mundial entrou no campo das agências internacionais de saúde, tornando-se a organização hegemônica e reconfigurando esse campo ao longo de apenas uma década. O caso é analisado utilizando-se três referências teóricas com diferentes concepções paradigmáticas: a teoria institucionalista, a teoria de campos de poder e a teoria crítica

---

\* Uma primeira versão deste artigo foi apresentada no II Encontro Nacional de Estudos Organizacionais, realizado em Recife, em maio de 2002. Esta nova versão incorpora os comentários e algumas respostas a perguntas feitas pelo debatedor e pelos participantes durante aquela apresentação, a quem agradecemos. Grande parte deste texto e parte das análises têm origem na tese de doutorado intitulada "O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS em julho de 2002.

\*\* Docente da Escola de Administração da UFRGS, mestre em planejamento urbano e regional, doutora em administração. E-mail: mcamisoczky@adm.ufrgs.br.

de discurso. Esse procedimento permite que se perceba as diferentes implicações decorrentes da escolha do referencial teórico de análise, não apenas no que se refere à compreensão do objeto, mas também quanto à construção da posição do sujeito que analisa.

*The World Bank and the reorganization of the field of international health agencies: a multi-paradigmatic analysis*

This paper explains how the World Bank entered the field of international health agencies, becoming the hegemonic organization and reorganizing the field in only one decade. Three theoretical approaches with different paradigmatic conceptions — institutionalism, power fields theory, and critical discourse theory — are used to analyze this case. This procedure reveals the different implications of choosing a theoretical approach for analysis, in terms of understanding not only the object of the analysis but also the construction of the viewpoint of the subject that analyzes.

## 1. Introdução

Lewis e Grimes (1999) definem pesquisa multiparadigmática como aquela em que os pesquisadores vão além da revisão da literatura e aplicam lentes de paradigmas empiricamente divergentes, conduzindo estudos paralelos ou seqüenciais. Um exemplo clássico é o estudo dos mísseis de Cuba por Allison (1969). Outro exemplo é o estudo de Hassard (1991), onde o autor defende a possibilidade de imersão na literatura de modo a construir uma teoria e uma metodologia para cada um dos paradigmas de Burrell e Morgan (1979), objetivando analisar o caso do Corpo de Bombeiros britânico.

Neste texto são utilizadas três lentes: a teoria desenvolvida por DiMaggio e Powell (1991) para compreender campos organizacionais; a desenvolvida por Bourdieu para compreender campos de poder; e a teoria crítica de discurso. Essas lentes são aplicadas ao caso do campo das agências internacionais de saúde para compreender como o Banco Mundial o redefiniu em um período de apenas uma década.

O texto se inicia com uma apresentação dos principais atores e uma síntese desse processo. A seguir, o caso é analisado por meio das lentes mencionadas.

## 2. O campo das agências internacionais de saúde

### *Os principais atores*

O Banco Mundial (Bird) nasce da pactuação entre os países aliados na II Guerra Mundial (principalmente, entre os governos dos EUA e da Grã-Bretanha), em 1944, quando, em Breton Woods, EUA, foi fundado, juntamente com o Fundo Monetário Internacional (FMI), durante uma conferência de 45 países. O objetivo do banco era “reduzir a pobreza e melhorar os padrões de vida através da promoção do desenvolvimento sustentável e do investimento nas pessoas”, assim como “oferecer empréstimos, assistência técnica e orientação política para os países em desenvolvimento” (World Bank, 1998:1). As regras para o seu funcionamento incluíram um dispositivo de captação de recursos junto aos mercados financeiros, com as mais baixas taxas de mercado. Isso seria possível graças a “um sistema de três garantias: a primeira, relativa à qualidade técnica e à rentabilidade dos projetos ou programas; a segunda, relativa aos compromissos dos governos de arcar com as dívidas e os juros pactuados com o banco (independentemente do sucesso do projeto); e a terceira, relacionada aos compromissos dos países-membros (com destacada importância para os que detinham maior quantidade de capital subscrito) de mobilizar o capital retido em seu poder, em caso de necessidade, para fazer frente aos compromissos assumidos pelo banco junto aos investidores” (Mattos, 2000:213).

No início dos anos 1960 o Banco Mundial criou a Agência de Desenvolvimento Internacional, que passou a captar recursos diretamente dos governos dos países mais desenvolvidos e os empresta sem juros. No final dessa década o Banco Mundial se expandiu, com “a introdução de dispositivos gerenciais de incentivo à elaboração de projetos, passando a ter uma atitude mais agressiva de captação de recursos”. No final da década de 1970, começaram os “empréstimos de ajustes estruturais”, resultado da pressão de alguns segmentos no interior da instituição, insatisfeitos com as respostas ao modelo de diálogo político; assim como da inflexão da economia americana que, ao elevar as taxas de juros, reduziu a liquidez nos mercados financeiros internacionais e agravou a dívida externa de muitos países. Assim, ficaria ameaçada a segunda garantia dos empréstimos aos países, o que levou a uma “reinterpretação da noção de condicionalidade — a oferta de recursos passa a ser utilizada para tentar convencer os governos a alterar os rumos de sua política”. No final da década de 1980, com a crise dos regimes do Leste europeu, as inflexões do fluxo de capital em direção a alguns países em desenvolvimento, as críticas aos programas de ajuste e as análises que reconhecem a ineficiência do modelo de condicionalidade, cresce a ênfase no diálogo político, tanto com os governos quanto entre as organizações internacionais. Assim, a ênfase passa a ser dada na governança e no combate à pobreza. Nesse contexto, as agendas para as políticas de saúde parecem corresponder a uma estratégia de consolidação de uma nova área de atuação e, ao mesmo tempo, a uma forma de obter “maior controle sobre os recursos financeiros que são direcionados para os países em desenvolvimento” (Mattos, 2000:214-216).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas. Além dos recursos provenientes das contribuições dos países-membros, também conta com doações voluntárias, principalmente, de governos. A OMS se relaciona diretamente com as organizações responsáveis pela formulação das políticas de saúde, enquanto as decisões dos governos sobre o destino e o volume de recursos não-orçamentários que aportarão à organização se dão no âmbito da formulação de sua política externa (Mattos, 2000). Já o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) obtém recursos a partir de doações voluntárias governamentais (principalmente), não-governamentais e do setor privado. É notória a dependência da ONU quanto à regularidade dos repasses feitos pelos governos, para o seu orçamento. Notícias recentes apontavam para a dívida do governo norte-americano para com a organização, chegando quase ao ponto de perder o poder de voto na Assembléia Geral, no final do governo Clinton.

Até fins da década de 1980, a referência internacional no campo da saúde era, indiscutivelmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, para os países da América (principalmente, a América Latina), sua representação, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). A OMS defendia a estratégia da atenção primária em saúde (APS), com caráter de universalidade (“saúde para todos no ano 2000” era a sua marca), na qual os governos tinham centralidade como financiadores e também como executores.

Naquele momento, o Unicef exercia uma enorme influência, especificamente na área da saúde da criança, tendo tido um papel fundamental na redução da mortalidade infantil nos países mais pobres, graças à difusão da tecnologia de reidratação oral conhecida como “soro caseiro”. Desde o lançamento de sua campanha para a sobrevivência infantil, em 1980, defendia intervenções baseadas em um conjunto restrito de técnicas de intervenção: a já mencionada reidratação oral, o aleitamento materno, a imunização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. É interessante ressaltar que no final da década de 1980, o Unicef desenvolve uma série de estudos sobre o impacto dos ajustes estruturais, prescritos pelo Banco Mundial e pelo FMI, sobre as crianças (Unicef, 1989). Como resultado desses estudos, passa a propor o “ajuste com face humana” (Cornia et al., 1988).

### *A entrada do Banco Mundial no campo*

Embora realizasse empréstimos para o financiamento de projetos nas áreas de população (desde 1970), de nutrição (desde 1976) e de saúde (desde 1981), não participava dos debates sobre o conteúdo das políticas de saúde. O ano de 1987 marca o ingresso formal do Bird nesse campo. Mais que isso, marca o início de uma estratégia que o levaria a ocupar uma posição hegemônica, vindo a se constituir no grande formulador e definidor do conteúdo

das prescrições das agências internacionais que, cada vez mais, reproduzem as orientações do banco, ainda que com alguma divisão de tarefas.

Segundo Mattos (2000) a publicação do documento *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* marca o início da atuação mais expressiva do Banco Mundial na oferta de idéias no campo da saúde. A agenda para os países em desenvolvimento pode ser sintetizada na redução da participação do Estado no financiamento dos serviços de saúde, no fortalecimento dos setores não-governamentais ligados à prestação dos serviços e na descentralização dos sistemas públicos de saúde. O documento também se dirige às organizações internacionais que emprestam ou doam recursos financeiros para esses países, defendendo uma maior coordenação entre as mesmas, com o objetivo de reduzir diferenças nas orientações (World Bank, 1987). Mattos (2000) mostra evidências de que o diálogo empreendido pelo Bird sobre suas sugestões de política de saúde incluía a OMS e o Unicef, além de outras organizações internacionais nesse campo.

Voltando ao conteúdo do documento de 1987, é interessante acompanhar as justificativas para sua proposta central — a redução da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde. Após afirmar a impossibilidade da universalidade,<sup>1</sup> o documento enfatiza a transição demográfica e epidemiológica que está ocorrendo nos países em desenvolvimento, como justificativa para a impossibilidade da continuidade do padrão de intervenção estatal desenvolvido até então, e inspirado (na maioria deles) na estratégia de “Atenção Primária em Saúde” proposta pela OMS em 1978.<sup>2</sup> Para desenvolver sua nova proposta, são identificados dois tipos de serviços: básicos e convencionais. Os primeiros são aqueles que contribuiriam para ganhos no nível de saúde e que podem ser oferecidos com tecnologia de baixo custo. Os ganhos no nível de saúde, na medida em que se referem a cuidados aos indivíduos e que não apresentam externalidades. O argumento que permite a construção da alternati-

---

<sup>1</sup> “A abordagem mais comum para a atenção à saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-la como um direito de cidadania e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem usualmente não funciona” (World Bank, 1987:3).

<sup>2</sup> A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão (ex-URSS), em 1978, organizada em parceria OMS-Unicef, define as orientações para a reformulação dos sistemas nacionais de saúde, tendo em vista a meta “Saúde para todos no ano 2000” (OMS/Unicef, 1979). No ano seguinte, o Conselho Deliberativo da Organização Pan-Americana de Saúde aprova, para os países das Américas, recomendações quanto às estratégias para atingir esse objetivo (Opas, 1980). Entre estas, destacam-se: o estabelecimento de níveis hierarquizados de atenção — a partir da noção de tecnologia apropriada para a solução de cada problema de saúde, minimizando o custo social da satisfação do conjunto de necessidades da população — e a atenção primária, como estratégia central, implicando na organização de serviços na base do sistema. Segundo essa proposta, caberia ao Estado não apenas a coordenação e o financiamento, mas também a execução de serviços.

va incorpora a definição de bens públicos e de bens meritórios. Os primeiros são aqueles que, ainda que apropriados individualmente — como a cura de uma doença transmissível — têm um impacto sobre a saúde. Já os bens meritórios seriam aqueles aos quais todos os cidadãos têm direito, representando um conjunto de valores partilhados por cada comunidade. Ou seja, são serviços meritórios — que possuem méritos para ser de acesso universal — segundo os valores da comunidade. De acordo com o raciocínio construído ao longo do texto, a preservação da cobertura em serviços básicos e a satisfação da demanda crescente por serviços convencionais só poderia ocorrer se houvesse aumento nos gastos públicos em saúde, o que seria absolutamente incoerente com a política que o Bird e o FMI recomendavam ao longo dos anos 1980. Assim, a alternativa oferecida aos governos é nada menos que abandonar a responsabilidade pelo financiamento dos serviços convencionais. Ou seja, caberia a estes financiar apenas os serviços que produzem bens públicos e bens meritórios (World Bank, 1987).

No entanto, a visão sobre a impossibilidade de que o Estado, através de sua intervenção direta, continuasse promovendo ganhos em saúde, como havia acontecido nas duas décadas anteriores,<sup>3</sup> não foi completamente aceita pelas organizações internacionais a que se dirigia. Mattos (2000) reproduz os principais argumentos do debate, ocorrido durante uma mesa-redonda organizada pela Academia Americana de Artes e Ciências, entre uma das autoras do documento de 1987 — Nancy Birdsall, James Grant, do Unicef, e Lincoln Chen, do Centro Harvard de Estudos sobre População e Desenvolvimento e da Fundação Rockefeller. Grant recusa a premissa do pessimismo, afirmando que ainda existe muito espaço para o desenvolvimento de tecnologias para melhorar o estado nutricional e a saúde, com baixo custo financeiro e político, e que, além disso, a melhoria da capacidade de comunicação com a maioria dos pobres dentro do mundo subdesenvolvido permitiria introduzir mudanças comportamentais. Por sua vez, Chen toma o conjunto de pessoas não cobertas pelas tecnologias eficazes de baixo custo, não como demonstração das dificuldades em implantar a atenção primária, mas para mostrar que ainda há muito por fazer. “Os sucessos em países em desenvolvimento têm sido precisamente naquelas sociedades que adotaram políticas governamentais fortes e investimentos do setor público em serviços de saúde.” Acrescenta, ainda, que nos casos de melhoria da saúde, a maioria dos investimentos não foi necessariamente na prevenção e promoção da

---

<sup>3</sup> Os ganhos de saúde teriam, segundo os técnicos do Bird, decorrido da adoção de tecnologias que dispensavam mudanças comportamentais dos usuários, e como esses ganhos estariam se esgotando... Além disso, haveria outras três razões para duvidar da futura contribuição do governo: a diminuição do retorno dos programas bem-sucedidos, a combinação de novas demandas com as pressões fiscais e o advento do *bad government* (Birdsall, apud Mattos, 2000:249).

saúde. “Em vez disso, tem havido investimento substancial em serviços curativos e hospitalares” (Chen, apud Mattos, 2000:253).

Diante da impossibilidade de um consenso mínimo em torno das premissas do documento de 1987, aparentemente, o Bird abandona o argumento da incapacidade do Estado e dirige suas pesquisas para o argumento da transição demográfica.

### *Produzindo a hegemonia*

Um documento de 1993 marca a grande jogada do Banco Mundial, com a escolha do tema da saúde para o seu relatório de desenvolvimento mundial, intitulado *Investing in health*. A revista *Lancet* afirma que esse documento marca uma mudança na liderança internacional no campo da saúde — da OMS para o Banco Mundial —, despertando uma reação contundente do diretor executivo do Unicef. Em uma carta aos editores, afirma que faltaria à sua própria organização e ao Bird as “preocupações abrangentes da OMS”. Segundo ele, “aqueles de nós que lutam para construir um sistema internacional apropriado para os desafios globais pediriam que a *Lancet*, com sua própria rede global de influência, fosse mais sensível e sutil em afirmações sobre esses temas tão importantes” (Grant, apud Mattos, 2000:24). Tanto as preocupações do dirigente do Unicef quanto a aliança com organizações legitimadoras como a *Lancet* e o Centro Harvard de Estudos sobre População e Desenvolvimento — de onde se origina grande parte dos estudos preparados para embasar o documento de 1993 —, além da OMS e setores do próprio Unicef, são indicativos da reordenação do campo, em curso.

O documento de 1993 não rompe com as premissas do de 1987, mas atenua os argumentos, além de conferir-lhe um pretense refinamento técnico, com o desenvolvimento de uma unidade de medida — um indicador para avaliar a “carga da doença”.<sup>4</sup> O outro foco central é a proposição de um pacote essencial básico para os países em desenvolvimento, baseado em análises de custo-efetividade de uma série de intervenções sobre uma lista de doenças freqüentes nesses países. A seguir, são transcritas partes do texto

---

<sup>4</sup> É interessante observar que o desenvolvimento desse indicador envolveu, principalmente, o Centro de Harvard, mas também equipes técnicas da OMS, sedimentando o processo de cooptação da OMS pelo Banco Mundial. “A astúcia do banco em recrutar pessoal entre seus críticos potenciais, como a OMS e ONGs, fortalece sua política e fragiliza as críticas” (Abbasi, 1999a: 934).

contido no boxe 1 do relatório, que sintetiza seus principais pontos, “Investing in health: key messages of this report” (World Bank, 1993:6).

“Este relatório propõe uma abordagem, para as políticas governamentais, de melhoria da saúde, baseada em três eixos.

Propiciar um ambiente que habilite as famílias a melhorar a saúde — Além de promoverem o crescimento econômico como um todo,<sup>5</sup> os governos podem ajudar a melhorar as decisões das famílias se: desenvolverem políticas econômicas que beneficiem os pobres (incluindo, quando necessário, políticas de ajuste que preservem o custo-efetividade dos gastos em saúde); expandirem o investimento em escolas, particularmente para meninas; promoverem os direitos e *status* de mulheres (...).<sup>6</sup>

Melhorar o gasto governamental em saúde — O desafio para a maior parte dos governos é concentrar os recursos na compensação das falhas do mercado e financiar, de modo eficiente, serviços que vão beneficiar particularmente os pobres.<sup>7</sup> Várias direções para as políticas respondem a estes desafios: reduzir o gasto governamental em serviços terciários, no treinamento de especialistas e em intervenções que trazem pouco ganho de saúde para o dinheiro gasto; financiar e implementar um pacote de intervenções de saúde pública para lidar com as externalidades substanciais que cercam doenças infecciosas, prevenção da Aids, poluição ambiental, e comportamentos (tais

---

<sup>5</sup> O relatório deixa claro que o Bird não assume as críticas sobre os impactos negativos dos ajustes estruturais. No item “*Promoting growth and reducing poverty*”, parte do capítulo 1, “*Health in developing countries: success and challenges*”, encontra-se: “Apesar das dificuldades, os estudos do Banco Mundial sobre o impacto dos empréstimos de ajuste são reveladores. A pesquisa examinou um grupo de países de ‘intensivos em empréstimos de ajuste’ (...) e verificou que, em geral, eles tiveram crescimento mais rápido que outros países. (...) Como a saúde é ajudada pela recuperação econômica e pelo crescimento rápido e sustentado, ao se facilitar o progresso econômico se beneficia a saúde no longo prazo. Quando um governo tem que fazer ajustes — em resposta a choques econômicos ou para retificar erros de políticas passadas —, a sociedade como um todo, pobres e não-pobres, pode sofrer reduções no emprego e nos salários no curto prazo. Mas a queda resultante dos ingressos é provocada não pelas políticas associadas com os empréstimos de ajuste, mas pela necessidade do país de reduzir seu consumo (...). Entretanto, os empréstimos de ajuste podem levar cinco ou mais anos para dar frutos, e a transição pode ser dolorosa (...). Para minimizar esses efeitos adversos, alguns países começaram a usar recursos, incluindo o dos empréstimos, para apoiar programas de nutrição para crianças vulneráveis, assim como atenção básica de saúde e outros serviços sociais para focalizar os pobres” (World Bank, 1993:45). Segundo alguns analistas, o “curto prazo” pode significar um período de até 30 anos (Bolívia, 1998).

<sup>6</sup> Esses argumentos são muito caros para o Unicef, que relaciona a instrução das mães e a elevação da renda com a redução da mortalidade infantil, em estudo que cobre as décadas de 1960 a 1990 (Mattos, 2000).

<sup>7</sup> Esse é um outro argumento muito caro para o Unicef, em suas demandas por um ajuste com face humana.



como dirigir embriagado) que colocam outros em risco; financiar e assegurar a provisão de um pacote de serviços clínicos essenciais. A abrangência e composição deste pacote só pode ser definida por país, levando em consideração as condições epidemiológicas, preferências locais e renda. Em muitos países, o financiamento público (...) do pacote clínico essencial ofereceria um mecanismo politicamente aceitável (...). Melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde governamentais, através de medidas tais como a descentralização administrativa e da autoridade orçamentária, para contratar serviços.

Promover a diversidade e a competição — O financiamento governamental da saúde pública e de um pacote essencial de serviços clínicos, nacionalmente definido, deixaria o restante dos serviços clínicos para serem financiados privadamente ou por seguro social (...). Os governos podem promover a diversidade e a competição na provisão de serviços de saúde e seguros, ao adotar políticas que: encorajem os seguros privado e social (com incentivos regulatórios para acesso equânime e contenção de custos) para serviços clínicos fora do pacote essencial; encorajem os provedores (públicos e privados) a competirem tanto pelo fornecimento dos serviços clínicos quanto pelo de *inputs*, como medicamentos; gerem e disseminem informações sobre o desempenho dos provedores, de equipamentos essenciais e medicamentos, sobre custos e efetividade das intervenções, e sobre a situação de credenciamento das organizações e provedores.”

O documento de 1993 defende, como valor central, uma razão de base econômica — gastar bem, obtendo o máximo de aproveitamento por dólar público investido. A efetividade, em termos de custos, é definida como o critério central para avaliar as intervenções governamentais. O texto transcrito acima evidencia outros argumentos de natureza econômica: bens públicos produtores de externalidades não podem ser deixados para o mercado; aos pobres que não podem pagar pelo tratamento médico (que aumentaria sua produtividade e reduziria sua pobreza) o setor público garantiria o pacote clínico essencial. Esses dois serviços — saúde pública e pacote essencial — teriam acesso universal. Todos os demais deveriam ser buscados, de diversas maneiras, diretamente no mercado que, dadas suas falhas intrínsecas, deve sofrer a intervenção governamental para aperfeiçoar-se (World Bank, 1993).

A lógica de natureza econômica também se encontra no indicador proposto, que serviria para medir o impacto negativo de uma doença e o impacto positivo de intervenções. O Daly (*disability-adjusted life years*) tem dois componentes: o tempo de vida perdido por morte prematura e o tempo de vida perdido por incapacidade. Faz parte do indicador a aplicação de uma “taxa de desconto”, que valoriza mais a vida de um adulto na faixa produtiva (15-59 anos) do que a de uma criança ou um idoso, justificada pela teoria do capital humano e pela visão da função social das idades. Segundo Anand e Hanson (1998:310) a aplicação do Daly como critério para a alocação de re-

cursos leva a um aumento das desigualdades — “valoriza mais um ano salvo da doença em um corpo hígido do que em um corpo portador de deficiência, mais os grupos etários médios do que jovens e idosos, e mais os indivíduos que estão doentes hoje do que os que vão adoecer no futuro”. Além disso, a aplicação do indicador aos países — pesquisa sobre impacto global das doenças — indica a prevalência de doenças infecciosas em muitos deles, principalmente africanos, com destaque para as que atacam crianças, a tuberculose e as doenças sexualmente transmissíveis (incluindo Aids). Essa é a base para o convite às organizações internacionais — trata-se de que cada uma encontre seu espaço de atuação — e “invista em saúde”, sendo que esses espaços são, agora, cientificamente definidos pelo Bird. Isso fica claro no item “International assistance for health”, parte do capítulo 7 — “An agenda for action”: “Dentro do espaço da saúde pública e da atenção clínica essencial, diversas áreas merecem maior atenção dos doadores, incluindo o controle da tuberculose, suplementação com micronutrientes, prevenção e controle da Aids, programas para reduzir o consumo de tabaco”. Além desse tipo de chamado, indica a necessidade da coordenação dos projetos dos doadores e das políticas, com a recomendação de que as organizações internacionais cheguem a “acordos com os países sobre a política nacional de saúde como um todo e sobre as estratégias assistenciais” (World Bank, 1993:167-8).

### *Sedimentando a hegemonia*

Em 1997,<sup>8</sup> o Banco Mundial divulga seu primeiro documento de estratégia setorial. Após apresentar os desafios do desenvolvimento e as diretrizes para as políticas de saúde e de discutir o envolvimento crescente com saúde, nutrição e população, o documento apresenta as quatro dimensões de sua estratégia: as diretrizes políticas para que as metas pactuadas na comunidade internacional sejam alcançadas — e para adequar as características dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento; a eficácia da atuação do próprio banco; a postura de suas equipes; as parcerias existentes e as parcerias por fazer (World Bank, 1997). Segundo Mattos (2000:289), a argumentação do documento é bastante diferente das anteriores. Neste, a perspectiva de cooperação entre as agências internacionais é dominante, junto com a apresentação do órgão como um “banco de conhecimento”, capaz de liderar a ajuda ao desenvolvimento. Sobressai o esforço para apresentar uma imagem positiva, como na lista de princípios que teriam orientado a elaboração do documento, onde se encontram “foco na dimensão humana do desenvolvimento, responsividade aos clientes, especialmente os po-

---

<sup>8</sup> Nesse momento os empréstimos anuais para saúde chegam a US\$2.350 milhões (11% do total de empréstimos), enquanto a OMS estagnou nos US\$900 milhões (World Bank, 1998).

bres, (...) respeito à diversidade em valores e escolhas sociais”, entre outros (World Bank, 1997). A arrogância identificável nos primeiros documentos foi atenuada.<sup>9</sup> Desta vez, aparece a ênfase no “reconhecimento das dimensões políticas das reformas” e referências à necessidade de diálogo com os diferentes governos, considerando suas peculiaridades. Em vez de uma receita válida para todos os países do mundo, a argumentação indica o oferecimento de idéias e de sugestões, sendo preciso identificar quais seriam as melhores para cada país.

Frente a outras organizações o Banco Mundial se apresenta como portador de *global expertise*, com foco no macronível intersetorial dos países, com habilidade “para mobilizar muitos recursos financeiros (seja diretamente, seja através de parcerias)”. “Para *technical expertise* em áreas específicas do setor de saúde, nutrição e população, tais como o controle de doenças, o banco busca assistência das agências irmãs das Nações Unidas, e de outros parceiros internacionais” (World Bank, 1997). Mattos (2000) considera que essa divisão de tarefas estaria relegando as demais organizações ao papel de assessoria técnica. Outra leitura pode ver uma atitude condescendente do banco, já que a diferença entre as noções de *global expertise* (perícia em tudo, em todo o mundo ou ambas!) e *technical expertise* (perícia em aspectos parciais de setores e lugares) é avassaladora.<sup>10</sup>

Aparentemente, também teria ocorrido uma mudança, ainda que parcial, com relação ao combate à universalidade — “a experiência em países desenvolvidos e de renda média é que o acesso universal é um dos modos mais efetivos de prover atenção à saúde para os pobres” (World Bank 1997:6). E nos países pobres?

Outras questões podem ser colocadas a esse respeito. O banco relativizou sua posição quanto à universalidade ou está começando a colocar em prática sua estratégia de reconhecimento das dimensões políticas? Será que na divisão de tarefas no campo das organizações internacionais não teria cabido a uma organização (agora) parceira a tarefa de fazer o discurso antiuniversalidade de modo aberto?

---

<sup>9</sup> Nas palavras de Callisto Modavo, vice-presidente para a África, numa entrevista, em 1999, dada a Abbasi (1999b:865): “Nós temos sido uma instituição relativamente arrogante; nós pensávamos que sabíamos tudo. Devíamos ir para os países com nossas soluções já formuladas e era, simplesmente, uma questão de colocá-las na mesa e fazer com que fossem compradas. Nós não encorajávamos parcerias. Tudo isso mudou!”

<sup>10</sup> Em entrevista de um economista sênior do Bird concedida a Abbasi (1999b:867) as diferenças ficam mais claras ainda: “O banco é diferente da OMS porque a OMS é, basicamente, um clube de *gentlemen* pela saúde do povo. É assim que os ministros da saúde vêem a OMS. É uma atmosfera de clube, e não de negócios reais. O banco está nos negócios pesados. Quando as coisas ficam difíceis para um país (financeiramente) nós somos um pouco brutais. Nós dizemos, veja, isso vai ser assim, você tem que fazer estas cinco coisas; e a OMS não pode fazer isso. A relação do banco é com ministros de finanças e de planejamento. Portanto, é um tipo muito diferente de relação”.

O relatório anual da OMS, *The World Health Report 1999: making a difference* cunha a expressão “novo universalismo”. Na síntese do documento se encontram as afirmações que seguem: “Em contraste com o ‘universalismo clássico’, que advoga o financiamento e a provisão governamental para todos os serviços e para todos, o relatório — e a OMS — defendem um ‘novo universalismo’. Este manteria a responsabilidade governamental pelo financiamento e liderança, reconhecendo os limites dos governos. O financiamento público para todos leva a que nem todas as coisas possam ser publicamente financiadas. A provisão privada de serviços financiados publicamente é compatível com a responsabilidade pela saúde de todos, mas requer um claro papel regulador dos governos”. Nesse mesmo resumo encontra-se a adaptação da OMS à tarefa que lhe cabe na divisão do trabalho: “A OMS focaliza duas áreas particulares de modo a reformar seus métodos de trabalho e a cooperação com os parceiros, reduzir a ocorrência de malária e incentivar iniciativas de eliminação do tabagismo” (OMS, 1999:1).

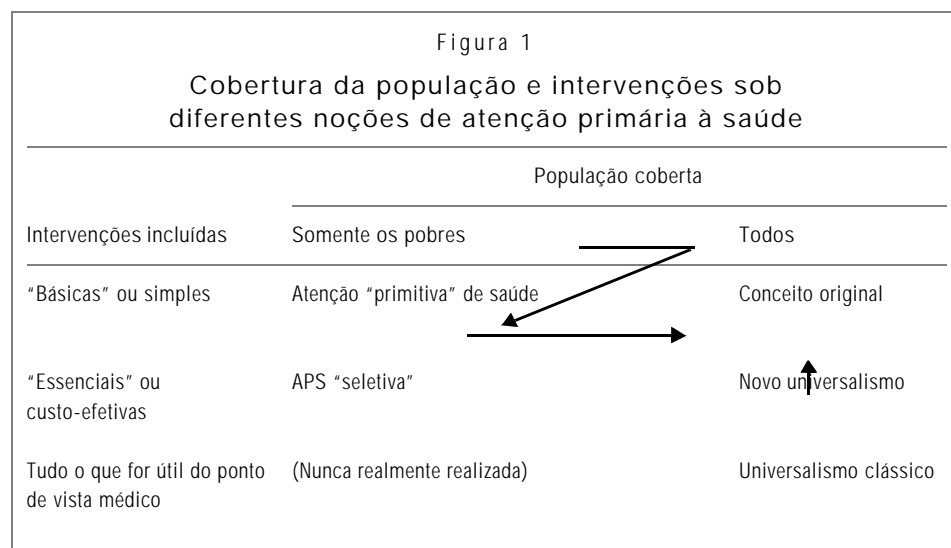
Prats (1999), criador e coordenador do Instituto Internacional de Governabilidade, patrocinado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e pelo Banco Mundial, encarrega-se de fazer a disseminação dessa concepção para os países de língua espanhola: “Características básicas do novo universalismo — a cobertura universal significa cobertura para todos, mas não cobertura de tudo. O nível de serviços que deve ser coberto universalmente deve refletir o desenvolvimento econômico do país e as preferências democraticamente expressas em relação às prioridades de saúde. O pagamento aos provedores não é feito pelo paciente no momento em que utiliza os serviços de saúde. Os serviços de saúde podem ser oferecidos por provedores de todo o tipo. A questão da propriedade pública ou privada não é relevante quando os equipamentos e as práticas são padronizados e dispõem de flexibilidade gerencial. A chave estará nas capacidades reguladoras e de supervisão dos governos” (Prats, 1999:5).

Mais ainda estava por vir. A cada ano, a OMS está ficando mais realista que o rei. O *World Health Report 2000* tem um tom que o próprio Bird jamais ousaria, tanto pelo “radicalismo” das conclusões, quanto pela evidente fragilidade técnica no uso de indicadores. O boxe 1.1, “Poverty, ill-health and cost-effectiveness” (OMS, 2000:5), reproduz integralmente o discurso do Relatório do Banco, de 1993. No boxe 1.2, é retomada a tese defendida pelos técnicos do banco no final dos anos 1980, de que os diferenciais em saúde se explicam por comportamentos e conhecimento disponível, e não por diferenciais de renda (OMS, 2000:10). Outro aspecto interessante é a forma como o relatório narra a passagem do ideário da “saúde para todos” para o do “novo universalismo” (OMS, 2000:15): “A abordagem enfatizada no movimento da APS pode ser criticada por ter dado pouca atenção às demandas das pessoas por cuidados de saúde, que são muito influenciadas pela qualidade percebida e pela responsividade, tendo concentrado quase exclusivamente em suas necessidades presumidas. Os sistemas falham quando estes dois conceitos não estão presentes (...). A atenção inadequada à demanda é refletida na com-

pleta omissão, na Declaração de Alma-Ata, do financiamento e provisão privados, a não ser que a participação comunitária fosse construída para incluir financiamento privado de pequena escala.

A pobreza é uma razão porque necessidades não podem ser expressas em demanda, podendo ser resolvida pela oferta de cuidados de baixo custo, não somente em dinheiro mas também em tempo e gastos não-médicos. Mas existem outras razões para o desencontro entre o que as pessoas necessitam e o que querem, e a simples oferta de serviços médicos pode não ter qualquer significado. Em geral, tanto as reformas de primeira geração, quanto as de segunda,<sup>11</sup> têm sido orientadas pelo suprimento. Preocupações com a demanda são uma característica das reformas de terceira geração, que estão ocorrendo nesse momento em muitos países, em que se está tentando fazer com que ‘o dinheiro siga o paciente’ (...).

Embora tenha falhado na base organizacional e na qualidade, muitas bases técnicas da APS subsistem e têm passado por contínuo refinamento. Esse desenvolvimento pode ser visto como uma convergência gradual ao que a OMS chama de ‘novo universalismo’ — oferta de serviços essenciais de alta qualidade, definidos principalmente pelo critério de custo-efetividade, para todos, em vez de possíveis cuidados para toda a população, ou somente, cuidados simples e pobres para os pobres”.



<sup>11</sup> As reformas de primeira geração, segundo o relatório, foram as das décadas de 1940 e 1950, início da de 1960, de criação de sistemas nacionais de saúde. As de segunda geração “vêm a APS como um caminho para atingir uma cobertura universal economicamente viável” (OMS, 2000:14).

Fonte: OMS, 2000:15.

Afinal, a quem se dirige esse relatório e quais suas recomendações? Oficialmente, o texto se dirige às organizações internacionais “doadoras” que, “numerosas e ansiosas para assegurar que suas preocupações particulares sejam expressas em políticas”, podem entrar em contradição entre si e com os governos — ou seja, um eco do chamado à ação coordenada já feito pelo Banco Mundial em 1997. Também se dirige aos ministérios da Saúde, a quem são feitas recomendações para melhorar o desempenho, especialmente, na forma de provisão de serviços. Nesse tema, aparece a total sintonia com as recomendações já feitas pelo Bird.

### 3. Analisando a mudança no campo das agências internacionais de saúde

Nos itens que se seguem, ficará bastante clara a posição da autora quanto às diferentes lentes adotadas. Afinal, sua escolha não se deu ao acaso. Aparecerá, em primeiro lugar, uma grande simpatia pela abordagem de campos de poder (Bourdieu), em detrimento da abordagem de campos organizacionais (DiMaggio & Powell), simpatia essa que se complementa com a análise crítica de discurso e seu viés declaradamente ideológico.

#### *A mudança no campo organizacional*<sup>12</sup>

A história contada no item anterior pode ser compreendida como correspondendo a um processo de institucionalização deflagrado por um agente estratégico que disputa a estruturação do campo (DiMaggio, 1991). Esse agente — o empreendedor institucional — tem interesse em estruturas específicas e comanda recursos que podem ser aplicados para apoiar as instituições existentes ou para criar novas (DiMaggio, 1988). Sua ação estratégica se dirige para a redefinição dos *scripts*, como meio para obter uma mudança na forma e no conteúdo da ação de outras organizações.

---

<sup>12</sup> A noção de campo organizacional se refere à “representação de organizações que, em um agregado, constituem uma área reconhecida da vida organizacional” (DiMaggio & Powell, 1991:64).

O empreendedor institucional deflagra um processo de estruturação, que é o momento de interação entre as organizações, que vai alterar a configuração anterior do campo. Na fase seguinte, ocorre a institucionalização, com as demais organizações tendendo à homogeneização, ao isomorfismo, devido a mecanismos que forçam uma unidade a se parecer com outras unidades que estão sujeitas às mesmas condições ambientais, e que competem não apenas por recursos, mas, também, por poder e legitimidade institucional, por adequação econômica e social (DiMaggio & Powell, 1991). Ação e instituição estão analiticamente separadas. A fase de estruturação é aquela em que a agência é focalizada. Com a fase de institucionalização, o foco passa para a instituição, desaparecendo o papel da agência. Assim, a variação só apareceria na fase inicial de desenvolvimento de um campo. Segundo Colignon (1997) o conceito de campo organizacional não incorpora o conflito, sendo definido em termos funcionais, como normativamente integrado. Como em Parsons (1973), o poder é uma propriedade sistêmica.

Sendo assim, a história fica parecendo bastante simples. Uma organização que comanda recursos escassos e valorizados — recursos financeiros — redefine o campo e impõe seu próprio padrão de ação como referência para as demais, que adaptam-se para garantir sua legitimidade institucional. Não chega a ter ocorrido uma alteração do campo, com a estabilidade se impondo após um breve período de relativa instabilidade. Ou seja, o campo meramente evoluiu para uma outra configuração interorganizacional.

Quanto ao futuro desse campo, aceitando-se que ele se encontra institucionalizado segundo as referências definidas pelo Banco Mundial, conclui-se que ele tende à estabilidade, que ação se tornará cada vez mais adaptativa, reativa às pressões do ambiente. “Organizações em um campo estruturado (...) respondem a um ambiente que consiste de outras organizações respondendo ao seu ambiente, que consiste de organizações respondendo a um ambiente de respostas de organizações” (DiMaggio & Powell, 1991:65).

Ao se olhar para trás, antes do início da ação estratégica do Bird, em 1987, o campo das agências internacionais de saúde estava institucionalizado. Desde o período pós-II Guerra Mundial, quando o sistema das Nações Unidas é estruturado, com suas inúmeras agências, o *script* tinha como referência princípios de ação humanitária. Por cerca de quatro décadas o campo foi estável e evoluiu adaptativamente, segundo esses princípios. Como explicar o surgimento de um ator estratégico que tornaria as regras até então compartilhadas obsoletas? Como explicar a relação das mudanças que ocorrem nesse campo particular com as mudanças no ambiente no qual ele se insere, se o ambiente é reificado? Como compreender a substituição total dos princípios do humanismo pelos da economia (de viés neoliberal) nas organizações que compõem o sistema das Nações Unidas? Respostas a essas perguntas não podem ser dadas

utilizando-se as lentes do institucionalismo, que focaliza em resultados, na aparência dos fenômenos.

### *A mudança no campo de poder*<sup>13</sup>

A mudança nesse campo social só pode ser compreendida contextualizando-a como parte do processo que ocorre no espaço social.

Organizações internacionais do campo das agências de financiamento e apoio ao desenvolvimento (*sic*), entre as quais as mais importantes são o FMI e o próprio Banco Mundial, lideram um movimento de disseminação de crenças que têm duas referências centrais. Por um lado, são respaldadas por uma área do conhecimento — a economia neoclássica, que confere às formulações desses agentes a aparência de cientificidade e neutralidade, defendendo-as “de qualquer implicação política através da superioridade ostensiva de suas construções formais, de preferência, matemáticas”. Por outro lado, tomam de uma economia particular — a dos EUA — “um sistema de crenças e de valores, um *ethos* e uma visão moral do mundo”, formalizando-o e racionalizando-o para transformá-lo no fundamento de um modelo universal (Bourdieu, 2001a:23-4): “Esse modelo se apóia em dois postulados (que seus defensores tomam por posições demonstradas): a economia é um domínio separado, governado por leis naturais e universais que os governos não devem contrariar com intervenções intempestivas; o mercado é o meio ótimo para organizar a produção e as trocas de modo eficaz e equitativo em sociedades democráticas. Trata-se da universalização de um caso particular (o dos EUA) caracterizado, no fundamental, pela debilidade do Estado que, já reduzido ao mínimo, foi sistematicamente minado pela revolução conservadora ultraliberal, como conseqüência da qual surgem diversas características típicas: uma política orientada para a retirada ou a abstenção do Estado em assuntos econômicos, a transferência (ou a subcontratação) dos serviços públicos ao setor privado e a conversão de bens públicos, como a saúde, a habitação, a segurança, a educação e a cultura (...) em bens comerciais, e os usuários em clientes; a renúncia, ligada à redução da capacidade de inter-

---

<sup>13</sup> Um campo é um sistema padronizado de forças objetivas, uma configuração relacional dotada de uma gravidade que é imposta a todos os objetos e agentes que nele entram. Um campo é, simultaneamente, um espaço de conflito e competição, um campo de batalha em que os participantes visam ter o monopólio sobre os tipos de capital efetivos, e sobre o poder de decretar hierarquias e uma “taxa de conversão” entre todos os tipos de autoridade no campo de poder. No desenrolar das batalhas, a forma e as divisões do campo se tornam o objetivo central, porque alterar a distribuição e o peso relativo dos tipos de capital (das formas de poder) é fundamental para modificar a estrutura do campo (Wacquant, 1992).



venção na economia, à faculdade de igualar as oportunidades e reduzir as desigualdades (que têm aumentado desmesuradamente), em nome da velha tradição liberal da auto-ajuda (herdada da crença calvinista de que Deus ajuda quem ajuda a si mesmo) e da exaltação conservadora da responsabilidade individual (...); ao desaparecimento da visão hegeliana durkheimiana do Estado como instância coletiva com a missão de atuar como consciência e vontade coletiva, responsável pelas decisões voltadas para o interesse geral, e de contribuir para o fortalecimento da solidariedade”.

Assim, pode-se compreender o movimento do Bird no campo das agências internacionais de saúde como uma refração de um movimento que ocorre no espaço social. Ou seja, a entrada do Banco Mundial no campo da saúde tem origem em uma estratégia mais ampla de disseminação de concepções sobre a organização da sociedade, para a qual as políticas setoriais são estratégicas. Não se deve esquecer que é contra a concepção de Estado social<sup>14</sup> que esse ideário se dirige, pregando a redução da presença das organizações públicas e a ampliação das privadas, bem como, a transformação de direitos de cidadania em “benefícios” setoriais para os excluídos. Trata-se de estabelecer, em todos os campos sociais, um “modo legítimo de reprodução das bases da dominação” (Bourdieu, 1996b).

Nos termos de Bourdieu (1996b), o Banco Mundial consegue realizar uma “taxa de conversão”, ao alterar o valor dos diferentes tipos de capital — desvalorizar a perícia técnica como base legítima de aconselhamento, valorizar a capacidade de utilizar recursos financeiros para “condicionar” a definição de políticas. A estratégia de ação inclui, também, a disseminação do discurso principal, na sua tradução para o tema da saúde. Ao se tornar hegemônico, esse discurso redefine os conceitos centrais no campo.<sup>15</sup> É importante

---

<sup>14</sup> O Estado de Bem-Estar Social é definido por Regonini (1986:416) como o “Estado que garante tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação, educação; assegurados a todo cidadão, não como caridade mas como direito político”. Seu desenvolvimento, no marco do pós-guerra na Europa, se deve a dois fatores:

- 1 lutas dos trabalhadores pela efetivação de direitos individuais, políticos, sociais e econômicos;
- 1 transformação da sociedade impondo uma relação entre industrialização e enfrentamento de problemas de segurança social.

Sua emergência provocou uma rachadura no edifício jurídico liberal, instituindo direitos que escapam à tradição individualista e se impõem como indispensáveis à sociabilidade contemporânea (Morais, 1996).

<sup>15</sup> Os textos e figura produzidos pela OMS — reproduzidos na seção 2, “O campo das agências internacionais de saúde” — são um primor de exercício retórico para justificar a negação do próprio discurso e apresentar sua mudança como mera evolução, e não como a ruptura de princípios que é. A forma como a OMS se subordina a essa redefinição de conceitos não pode ser dissociada do movimento mais amplo de subordinação das Nações Unidas aos países centrais e às agências financeiras internacionais. Basta considerar a posição da ONU, de omissão ou, pior, de respaldo ao projeto belicista liderado pelos EUA no período recente.

destacar que esse discurso não é um discurso como os outros. “À maneira do discurso psiquiátrico no asilo, segundo Irving Goffman, é um ‘discurso forte’, que só é tão forte e tão difícil de combater porque tem a favor de si todas as forças de um mundo de relações de forças, que ele contribui para fazer tal como é (...)” (Bourdieu, 1998:136). Essa força do discurso decorre da acumulação de recursos de poder de todos os tipos — econômico, político, militar, cultural, científico, tecnológico — por algumas agências internacionais. Esse acúmulo fundamenta uma dominação simbólica sem precedentes, que se exerce, inclusive, pelo domínio das mídias (Bourdieu, 2001b). “O poder simbólico não reside nos ‘sistemas simbólicos’, mas se define na e por uma relação determinada entre os que exercem o poder e os que o sofrem, isto é, na própria estrutura do campo onde se produz e se reproduz a ‘crença’. O que faz o poder das palavras, e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de subvertê-la é a crença na legitimidade das palavras e de quem as pronuncia, crença cuja produção não é competência das palavras” (Bourdieu, 1977:410).

Ao focalizar no processo decorrente das relações de poder e de disputa como fonte da estruturação do campo pode-se compreender os motivos para a entrada no Bird, bem como, a forma e o conteúdo de sua estratégia. Ao focalizar no campo de poder, no espaço social, pode-se compreender o que ocorre no campo da saúde como uma refração de uma estratégia global de busca de hegemonia e, dessa forma, conferir sentido à sua construção interna; do mesmo modo, que se pode compreender essas mudanças como tendo uma gênese social historicizada. Pode-se perceber, ainda, o campo social como um espaço de relações, dinâmico e instável, sujeito a um movimento constante de construção social e de mudança estrutural — ainda que esse movimento seja, em parte, limitado pela própria estrutura.

A aplicação dessa lente desperta, mais do que resolve, interesse sobre a utilização do discurso como um recurso estratégico. Assim, para complementar esse processo de compreensão, recorre-se a mais essa abordagem.

### *O discurso como recurso estratégico*

Hardy e Palmer (1998) propõem um modelo para compreender como o discurso é utilizado por atores em tentativas de viabilizar suas intenções estratégicas. Para isso, articulam as abordagens que consideram a estratégia como um tipo particular de retórica (Eccles & Nohria, 1993) com as que consideram a estratégia como uma construção que serve para dar sentido ao mundo e que é produzida/reproduzida por uma variedade de textos e práticas (Barry & Elmes, 1997), introduzindo o referencial da teoria/análise crítica do discurso.

A análise crítica de discurso (ACD) é definida por Fairclough e Wodak (1998) como uma abordagem de situações de interação social que tomam uma forma lingüística. Entre suas particularidades se incluem a ênfase no papel das ações discursivas na constituição e sustentação de relações de poder, na capacidade dos atores de manejar processos discursivos, e na luta dialógica refletida no privilégio dado a um tipo particular de discurso e na marginalização de outros. “Discurso é o uso da linguagem como uma forma de prática social; e análise de discurso é a análise de como os textos funcionam como parte da prática sociocultural” (Fairclough, 1995:7). Ou seja, o discurso é socialmente constituído, assim como é constitutivo: ele constitui contextos, objetos de conhecimento, assim como identidades sociais e relacionamentos entre pessoas e grupos de pessoas (Fairclough & Wodak, 1998). Além disso, o discurso ajuda a produzir coisas e posições através do modo como as apresenta e posiciona — diferentes conceitos produzem diferentes objetos (Hardy & Phillips, 1999).

A seguir, é feita uma breve análise crítica do discurso do Banco Mundial. Depois, é apresentada a conexão desse discurso com a ação estratégica.

Nos documentos do Bird, a agência desaparece por trás de representações de objetos inanimados, como nas referências à comunidade de doadores ou aos mercados. No entanto, quando se trata de focalizar na escala local, a representação muda, como em “um ambiente que habilite as famílias a melhorar a saúde”, ou em “o desafio para a maior parte dos governos é concentrar os recursos”. Segundo Fairclough (2002) esse é um traço do discurso neoliberal — suprimir a agência quando se refere à inevitabilidade de fenômenos que ocorrem na escala global, incluindo-a como ação de adaptação/ajuste quando se refere a fenômenos na escala local.

Outra característica do discurso do banco é a utilização de verbos, predominantemente nas várias formas de conjugação do tempo presente. Desse modo se constitui uma idéia de que os processos de mudança são aistóricos, não resultam de uma trajetória nem se projetam para o futuro. Além disso, têm uma força modal — asserções indicam autoridade intelectual — ainda que a maior parte das afirmações sejam truísmos — representações que têm sido repetidas de modo a serem reconhecidas como naturais (“verdadeiras”). Esse é caso, por exemplo, da afirmação de que o tratamento da saúde como direito de cidadania nos países em desenvolvimento é uma abordagem que “usualmente não funciona”; ou da superioridade, em termos de eficiência da produção de serviços por agentes privados.

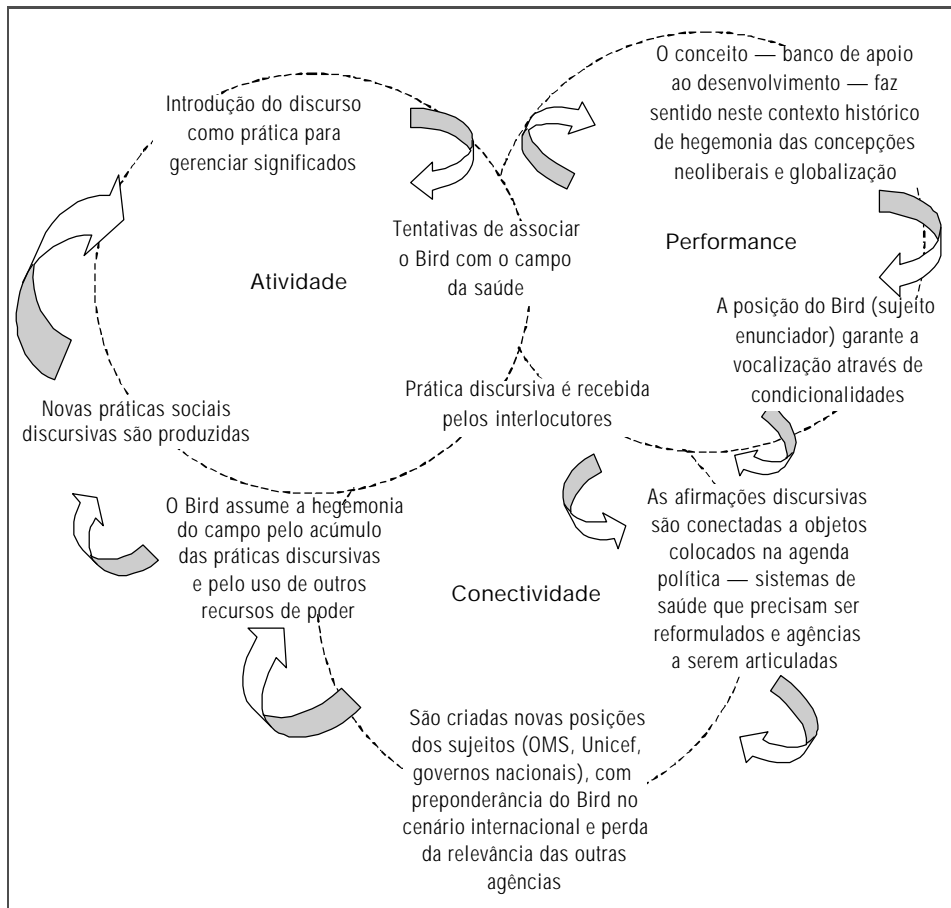
Frases são ordenadas como listas, de modo que uma frase é equivalente a outra, em vez de haver relações de dependência, quando uma frase decorre de outra. A opção por esse ordenamento sintático é mais usual quando são prescritas mudanças. Segundo Fairclough (2002) o ordenamento das frases em listas produz um efeito de significado que é cumulativo, que agrega dando a aparência de uma variedade de evidências; em substituição ao raciocínio com base em

explicações, causas e efeitos. Ele reforça a representação da mudança como um processo no presente, focalizando na aparência dos fenômenos.

Esses são alguns exemplos do tipo de análise que se produz pela aplicação do referencial da teoria crítica do discurso. No entanto, para compreender a utilização do discurso como instrumento de ação estratégica, é preciso considerar sua repercussão sobre a produção de conceitos, a interação discursiva, a produção de objetos e de posições dos sujeitos. A figura 2 representa a aplicação do modelo desenvolvido por Hardy e Palmer (1998) e retomado por Hardy e Phillips (1999 e 2000).

Figura 2

A reconfiguração do campo segundo o modelo de análise do discurso como recurso estratégico



#### 4. Considerações finais

Este artigo cumpriu duas funções. A primeira foi produzir o relato de como uma agência se torna hegemônica em um campo social, reconfigurando-o tanto em termos de estrutura quanto de conteúdo. A segunda foi mostrar como a escolha do referencial teórico para a análise de processos de interação social constrói diferentes posições de sujeito, além de representar a possibilidade de leituras diferentes. Adotando-se o referencial do institucionalismo para a análise de campos organizacionais se pode descrever e compreender momentos de estruturação e de evolução nas relações entre organizações. No entanto, pela fragilidade do foco na agência e pelo predomínio de entes reificados, não se pode ir além da posição do sujeito que descreve. Adotando-se o referencial de Bourdieu, complementado pela análise crítica de discurso de Fairclough e pela visão do discurso como recurso estratégico de Hardy e colaboradores, se descreve um outro tipo de fenômeno, centrado na interação entre atores dotados de recursos de poder e interessados em lutas pela hegemonia no controle desses recursos. O foco na agência e a incorporação da posição do observador permite que a compreensão seja feita por um sujeito que se coloca frente ao objeto de análise a partir de valores éticos e ideológicos e que, nesse sentido, oferece seu trabalho como contribuição para pensar a ação, a partir do presente e para o futuro.

#### Referências bibliográficas

ABBASI, Kamran. The World Bank and the world health: healthcare strategy. *British Medical Journal*, v. 318, n. 7.188, p. 933-936, 1999a.

———. The World Bank and the world health: changing sides. *British Medical Journal*, v. 318, n. 7.187, p. 865-869, 1999b.

ALLISON, G. Conceptual “models in the Cuban missile crisis”. *The American Political Science Review*, v. 63, n. 3, p. 689-718, 1969.

ANAND, Sudhir; HANSON, Kara. Dalys: efficiency versus equity. *World Development*, v. 26, n. 2, p. 307-310, 1998.

BARRY, David; ELMES, Michael. Strategy retold: towards a narrative view of strategic discourse. *Academy of Management Review*, v. 22, n. 2, p. 429-452, 1997.

BOLIVIA: riches for poverty. *Economist*, Oct. 17, 1998.

BOURDIEU, Pierre. Sur le pouvoir symbolique. *Annales*, n. 3, p. 405-411, 1977.

———. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papiurus, 1996a.

———. *The state nobility: elite schools in the field of power*. Stanford: Stanford University Press, 1996b.

———. O neoliberalismo, utopia (em vias de realização) de uma exploração sem limites. In: BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 135-149.

BOURDIEU, Pierre. *Las estructuras sociales de la economía*. Buenos Aires: Manantial, 2001a.

———. Contra a política da despolitização. In: BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos 2*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001b. p. 61-77.

BURRELL, Gibson; MORGAN, Gareth. *Sociological paradigms and organizational analysis: elements of the sociology of corporate life*. London: Heinemann, 1979.

COLIGNON, Richard. *Power plays: critical events in the institutionalization of the Tennessee Valley Authority*. Albany: State University of New York, 1997.

CORNIA, J. et al. (Eds.). *Adjustment with a human face*. Oxford: Clarendon House, 1988.

DIMAGGIO, Paul, J. Interest and agency in institutional theory. In: ZUCHER, Lynn G. (Ed.). *Institutional patterns and organizations*. Cambridge: Ballinger, 1988. p. 3-22.

———. Constructing an organizational field as a professional project: U.S. art museums, 1920-49. In: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul, J. (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. London: Sage, 1991. p. 267-292.

———; POWELL, Walter W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In: POWELL, Walter W.; DIMAGGIO, Paul, J. (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. London: Sage, 1991. p. 63-82.

ECCLES, R.; NOHRIA, N. *Beyond the hype*. Cambridge: Harvard Business School, 1993.

FAIRCLOUGH, Norman. *Critical discourse analysis: the critical study of language*. London: Longman, 1995.

———. *Representations of change in neoliberal discourse*. Disponível em: <<http://www.cd-dc.vt.edu/host/inc/incarchive.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2002.

———; WODAK, Ruth. Critical discourse analysis. In: VAN DIJK, Teun A. (Ed.). *Discourse as structure and process*. London: Sage, 1998. v. 2, p. 258-284.

HARDY, Cynthia; PALMER, Ian. *Discourse as a strategic resource*. 1998 (Working paper in HRM & IR) — University of Melbourne.

———; PHILLIPS, Nelson. No joking matter: discursive struggle in the Canadian Refugee System. *Organization Studies*, v. 20, n. 1, p. 1-24, 1999.

———. Discourse as strategic resource. *Human Relations*, Sept. 2000. Disponível em: <[http://www.findarticles.com/cf\\_0/m4152/9\\_53/65199022/print.jhtml](http://www.findarticles.com/cf_0/m4152/9_53/65199022/print.jhtml)> Acesso em: 30 nov. 2000.

HASSARD, John. Multiple paradigms and organizational analysis: a case study. *Organizational Studies*, v. 12, n. 2, p. 275-299, 1991.

LEWIS, Marianne W.; GRIMES, Andrew J. Metatriangulation: building theory from multiple paradigms. *Academy of Management Review*, Oct. 1999. Disponível em: <<http://www.findarticles.com>>. Acesso em: 10 mar. 2000.

MATTOS, Ruben. *Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial*. 2000. Tese (Doutorado) — Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, UFRJ.

MORAIS, José Luiz Bolzan de. *Do direito social aos interesses transindividuais: o Estado e o direito na ordem contemporânea*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 1996.

OMS. *The World Health Report 1999: making a difference*. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/1999/en/report.htm>>. Acesso em: 5 out. 2000.

———. *The World Health Report 2000*. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2000/en/report.htm>>. Acesso em: 3 out. 2000.

———/UNICEF. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia*. Brasília: Unicef, 1979.

OPAS. *Salud para todos en el año 2000: estratégias*. Documento 137. Washington: Opas, 1980.

PARSONS, Talcott. Os componentes do sistema social. In: CARDOSO, Fernando Henrique; IANNI, Octávio (Orgs.). *Homens e sociedade: leituras básicas em sociologia geral*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1973.

PRATS, Joan. *El informe de la OMS y el nuevo momento del desarrollo*. 1999. Disponível em: <<http://iigovkorea.uoc.es/iigov/pnud/bibliote/texto/bibl0040.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2000.

REGONINI, Glória. Estado de Bem-Estar Social. In: BOBBIO, Norberto et al. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 1986. p. 416.

UNICEF. *The state of the world's children*. Oxford: Oxford University Press, 1989.

WACQUANT, Loïc J. D. Toward a social praxeology: the structure and logic of Bourdieu's sociology. In: BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc J. D. (Eds.). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: Chicago University Press, 1992. p. 1-60.

WORLD BANK. *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*. Washington: World Bank, 1987.

———. *World development report: investing in health*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

———. *Health, nutrition and population: sector strategy*. Washington: World Bank, 1997.

———. *Facts and figures about the World Bank*. Washington: World Bank, 1998.