



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção

O AVANÇO DO SETOR PRIVADO E O DESMONTE NA POLÍTICA DE SAÚDE

Nathália Moreira Albino¹

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni²

Resumo: O objetivo deste artigo consiste em analisar as contrarreformas na política de saúde a partir do avanço do setor privado para valorização do capital e as recorrentes privatizações no âmbito da política. Trata-se de uma reflexão teórica sobre as racionalidades que perpassam a política: racionalidade privada (burguesa) e a racionalidade contra-hegemônica (reforma sanitária).

Palavras-chave: Saúde; “Novos Modelos de Gestão”; Privatização.

Abstract: The purpose of this article is to analyze the counter-reforms in health policy from the private sector's advance to capital appreciation and the recurrent privatizations in the policy area. It is a theoretical reflection on the rationalities that permeate politics: private (bourgeois) rationality and counter-hegemonic rationality (sanitary reform).

Keywords: Health; "New Management Models"; Privatization.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 representa uma conquista histórica da sociedade brasileira, no que diz respeito à ampliação e garantia de direitos no âmbito individual e coletivo, como por exemplo, o sistema de seguridade social em seu tripé, saúde, previdência e assistência social. Nele, a saúde foi considerada como um direito universal, integrando uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados, que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

A consolidação do SUS representou uma nova organização de atenção à saúde, trazendo mudanças significativas, como a descentralização dos serviços, a abertura de participação da sociedade civil, a integralidade no atendimento em âmbito nacional, regional e municipal. Não obstante, foi conduzida pela lógica da política econômica neoliberal na fragmentação das políticas sociais, na desigualdade de acesso, que refletiu, sobretudo, no direcionamento da política de saúde.

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Estadual Paulista, E-mail: natiiii_13@hotmail.com.

² Professor com formação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, E-mail: natiiii_13@hotmail.com.

O desenho do SUS surge, então, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, sendo assegurado pelo artigo 196, em que a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado”. Sua formatação se inicia com a instituição da Lei 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde nos vários níveis de governo, e com a Lei 8.142 do mesmo ano que visa assegurar a participação da comunidade na gestão do SUS por meios dos instrumentos coletivos de controle social (como os conselhos gestores e as conferências).

No entanto, atualmente, o SUS tem enfrentado embates que impedem seu avanço, o acesso e a qualidade dos serviços, além de colocar em cheque a proposta de seu modelo de gestão, bem como sua legitimidade.

Com o decurso do golpe e do governo Temer, a contrarreforma do Estado brasileiro e precisamente da política de saúde entra em uma nova fase de explicitação do processo. Ainda em suas declarações iniciais, o Ministro da Saúde Ricardo Barros afirma abertamente à imprensa a necessidade de rever o tamanho do SUS. Tal estratégia é reveladora da direção das alterações impetradas pelo governo Temer e, ao mesmo tempo, do momento do Estado brasileiro e seus vínculos com o capital nacional e internacional (SOARES, 2018, p. 26).

Mesmo a CF/88 tendo garantido um novo modelo de saúde e instituído as bases legais para o funcionamento de um sistema único e universal, com as brechas legislativas que permitem a oferta de serviços pela iniciativa privada, a conjuntura de implementação do SUS foi marcada por reformas estruturais que seguiam os ditames do ideário neoliberal, precarizando os serviços estatais, comprando ou transferindo serviços para o setor privado (lucrativo e filantrópico) e inviabilizando o projeto de política de saúde defendido pelo movimento pela Reforma Sanitária (BRAVO, 2011).

Esse processo ocorreu em meio à hegemonia das propostas neoliberais, a partir dos anos 1990 que, sob orientação das agências multilaterais, desencadeou uma série de contrarreformas nos Estados Nacionais considerados “em desenvolvimento”, dentre eles o Brasil e sua política de saúde.

Para Bravo (2006), na política de saúde há fundamentalmente dois projetos em confronto: o projeto da reforma sanitária- hegemônico durante a formulação da Constituição que demarca a conquista do SUS - e o projeto privatista, que teve destaque na ditadura pós-1964 e retomou sua hegemonia nos anos 1990. Este último tem seus interesses vinculados aos interesses do mercado privado e uma perspectiva oposta à racionalidade do projeto da reforma sanitária.

A autora aponta, entretanto, que na atualidade é evidente a existência de um terceiro projeto: o SUS possível. Os defensores desse projeto visam a flexibilização da reforma sanitária, mas denominam esse processo como uma “reatualização” e inovação da política

de saúde. Mas, o que as lideranças desse projeto não reconhecem, contudo, é que esse projeto traz a mesma racionalidade do projeto do capital, ou seja, o privatista.

Segundo Soares (2010) esse ideário da contrarreforma encontra terreno fértil no Estado brasileiro, tendo em vista as suas particularidades históricas. A tendência atual do capitalismo favorece de várias formas os privilégios da política neoliberal: destinando os recursos do fundo público para investimento do capital; transferindo aos antigos grupos oligopólicos, por via da privatização, os antigos mecanismos estatais que protegiam os oligopólios (com incentivo do fundo público) e transformando os direitos sociais em fontes rentáveis para o mercado.

A autora afirma que a contrarreforma da saúde se coloca da seguinte forma: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e excludente do sistema interferindo no modelo de atenção pautado pela reforma sanitária e nos seus princípios de universalidade, integralidade, equidade do SUS e participação da sociedade na política.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar o desmonte da política de saúde que vem sendo defendido pelo projeto neoliberal, representado pelo mercado e pelos novos modelos de gestão. Pretende apontar de que forma se dá o avanço do setor privado na política de saúde.

O AVANÇO DO SETOR PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Granemann (2011) afirma que quando o capital imprime sua lógica para a totalidade da vida social, o Estado tem de ser contrarreformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transformem em negócios que vão impulsionar a lucratividade do capital. Nessa direção é que se apresentam diversos mecanismos de privatização na política de saúde.

De um lado, existe o capital privado que oferece serviços para consumo individual, medicamentos e equipamentos. Cislighi (2016) ressalta que este setor nunca prescindiu do estímulo do Estado e de formas indiretas de apropriação do fundo público para se valorizar. Do outro lado, há o setor privado “sem fins lucrativos”. No que diz respeito aos serviços, o setor privado com fins lucrativos se destaca com 68, 41% dos estabelecimentos de saúde, seguido da administração pública direta com 27,33% e em terceiro lugar, estão as entidades beneficentes sem fins lucrativos com 1,54%.

Segundo Cislighi, as entidades do setor sem fins lucrativos são consideradas pela legislação “entidades beneficentes de assistência social” que prestam serviços nas áreas da

educação, saúde ou assistência social. Para adquirir esse status, essas instituições deveriam, até 2006, se inscrever nos respectivos Conselhos Municipais de Assistência Social e comprovar o cumprimento dos requisitos propostos na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). O requisito geral para todas as áreas é a não distribuição de lucros e a não remuneração de seus diretores, conselheiros, instituidores, etc.

Na saúde, as entidades beneficentes sem fins lucrativos têm prioridade sobre a iniciativa privada com fins lucrativos para participar nos serviços públicos do SUS de forma complementar, através de convênio ou contrato. Caso cumpram as regras determinadas pela legislação poderão ser capacitadas como OSs e OSCIPs para realizarem a gestão de unidades públicas.

Além disso, em 2002 mais um decreto insere a legislação de 1998, flexibilizando os critérios para concessão de certificado. A lei permite que hospitais considerados estratégicos recebam o certificado, sendo considerado estratégicos aqueles que: prestem serviços de média e alta complexidade, disponham de pelo menos dois programas de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação reconhecidos pelo Ministério da Educação, desenvolvam atividades de pesquisa na área da saúde (BRASIL, 2002).

Outros decretos foram aprovados no governo Lula, como o 7237/10 que passa a certificação do CNAS para o Ministério da Saúde e o decreto 8242/14 que associado a lei 12101/09 determina as regras atualmente vigentes. É notória a flexibilização que o governo vem instituindo, tanto nas certificações quanto no subsídio às instituições. Com essas prerrogativas muitas instituições se beneficiam, lucram e acumulam, pelo fato de serem eximidas do pagamento de tributos, como o Hospital Albert Einstein, que só em 2013 deixou de pagar 220 milhões em tributos (CISLAGHI, 2016).

As instituições sem fins lucrativos, além de receberem subsídios fiscais ainda recebem pagamento por serviços para o SUS, transferência direta de recursos do orçamento, o que não é permitido para entidades *com* fins lucrativos. Outra forma jurídica importante, mas que tem pouco impacto em relação ao total é o Serviço Social Autônomo, e a principal representante dessa modalidade é a Associação das Pioneiras Sociais, criada pela lei 8246 de 1922, atual administradora da rede Sarah Kubitscheck de hospitais, considerada entidade paraestatal sem fins lucrativos.

O objetivo de seus idealizadores era manter a força de trabalho “seletista e demissível”, assim, a partir de 1991 passou a administrar a rede Sarah Kubitscheck por contrato de gestão, o primeiro na saúde brasileira, recebendo recursos exclusivamente do orçamento da União.

Nesse caso, parte do setor privado não se sustenta da extração de mais valias dos serviços produtivos, mas, da apropriação do fundo público, que segundo Cislighi, “não

lucram, mas engordam”. É evidente que esses dois setores privados, com e sem fins lucrativos, se misturam e podem atuar nas duas frentes concomitantemente, transformando o fundo público que apropriam, em capital.

Com os ideários neoliberais, a contrarreforma do Estado instituiu uma nova modalidade de apropriação do fundo público para entidades sem fins lucrativos, denominados de “novos modelos de gestão”. O Estado entrega a administração do patrimônio público a essas instituições, terceiriza a contratação de força de trabalho e repassa o fundo público para financiar as ações.

AS “NOVAS MODALIDADES DE GESTÃO”: O PROJETO DO CAPITAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

A política de saúde, que integra o conjunto das políticas do sistema de seguridade social, tornou-se alvo de intensos conflitos, sobretudo, com o ajuste neoliberal do Estado. O discurso neoliberal consiste na apologia do mercado e na intervenção do Estado na economia; com ênfase na privatização, desregulamentação financeira, flexibilização das relações de trabalho que infere diretamente no sistema de proteção social.

Para Boschetti (2010), é demasiada a apropriação de recursos da política social para sustentar a política econômica conservadora neoliberal. Tal fato se expressa na barbarização e mercantilização da vida. Esse cenário apresenta um Estado ampliado com hegemonia burguesa, na qual a política social tem sua existência vinculada à constituição dessa sociabilidade, e por isso deve ser pensada como um processo inscrito na história e levado em conta suas inflexões, rupturas e continuidades.

A agenda reformista propõe medidas de ajuste fiscal, geração do superávit primário dos países periféricos, corte dos benefícios sociais, que reflete na flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho; o caráter compensatório, fragmentado e seletivo da política social brasileira, além dos projetos de privatização.

É no cerne dessas mudanças do Estado que insere a política de saúde, e toda luta do movimento sanitário contra a racionalidade hegemônica não apenas da saúde, mas da configuração do Estado brasileiro e sua inserção no modelo de desenvolvimento capitalista. A saúde na década de 1990 fez parte do cenário tensionado entre as pautas da agenda neoliberal e a pauta da Reforma Sanitária. A contrarreforma do Estado tem como característica a focalização, a privatização e a desresponsabilização do público, que incide de forma drástica, na saúde pública brasileira.

Os ataques ao Sistema Único de Saúde pelas medidas neoliberais colocam em xeque seu caráter público e universal, buscando sucatear a saúde a partir de um processo

de privatização e mercantilização dos serviços públicos no país. Essa tendência advém da expansão do capital, marcado pelos fluxos econômicos mundiais que acabam incidindo na política brasileira.

Fica nítido o papel do Estado em servir e ser máximo aos interesses do capital. Está em curso uma tendência crescente de repasse do fundo público para o setor privado. No Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso pôde-se visualizar que ao Estado caberia coordenar e financiar as políticas públicas, não se responsabilizando pela sua execução, ficando a cargo do setor público não estatal, isto é, privado.

Os recursos disponíveis na política de saúde se transformam em grande interesse ao setor privado, pois facilita o aumento do lucro ao mercado à custa do Estado e conseqüentemente à reprodução do capital. O discurso difundido de racionalização dos gastos públicos é o escopo para a entrada de outras modalidades de gestão.

Essa transferência do fundo público para diferentes modelos de instituições privadas Granemann (2011) denomina de “privatizações não clássicas”, porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica e apontam no plano dos argumentos uma afirmação de que esses mecanismos operarão com mais e não menos Estado, constituindo-se como formas de privatização difíceis de serem desveladas, sobretudo do ponto de vista ideológico.

Soares (2010) caracteriza esse modelo de privatização “por dentro”, que é tão perversa, mas talvez mais camuflada no que diz respeito à lógica mercantil no interior dos serviços públicos. Nessa modalidade, a relação custo/benefício (em detrimento da qualidade), os modismos gerenciais, a flexibilização e desregulamentação são privilegiadas.

A lei 9637 de 1988 é a primeira lei federal no Brasil que regulamenta a prática dos “novos modelos de gestão” e dispõe sobre a qualificação das entidades como organizações sociais e institui o Programa de Publicização. Poderão ser organizações sociais as entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolvam atividades direcionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Essas organizações se relacionam com o Poder Público para adquirir recursos e executar suas ações por meio do contrato de gestão.

No contrato devem conter prazos, metas, critérios de avaliação a serem utilizados. Para cumprimento desse contrato de gestão são destinados recursos orçamentários e bens públicos, no entanto, para realizar compras e contratos com terceiros a organização social não é obrigada a observar as regras do direito público, ficando dispensada a necessidade de realizar licitações e concursos públicos para contratar seus servidores.

No campo da saúde, ainda que a lei preveja o cumprimento da legislação do SUS, as entidades de direito privado são fiscalizadas por um Conselho de Administração e pelo

Ministério da Saúde, ficando o controle social previsto pelo SUS (conselhos paritários e deliberativos) sem condições de acompanhar e interferir na aprovação e execução desses contratos de gestão.

Nessa direção, faz-se necessário compreender como esses “novos modelos de gestão” interferem e se ampliam nos serviços públicos de saúde de estados e municípios brasileiros. As contrarreformas no setor da saúde visam: privatizar, ameaçar os direitos sociais, desconsiderar a legislação que ampara o SUS, limitar o controle social e prejudicar os trabalhadores.

A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE E A VALORIZAÇÃO DO CAPITAL

No campo da saúde, diversos autores têm buscado uma compreensão acerca do processo de **privatização da política**. Para Correia e Santos (2015), a privatização ocorre quando o Estado deixa de exercer seu papel enquanto agente econômico produtivo e empresarial, através da venda das estatais, bem como quando deixa de ser o executor direto dos serviços, estimulando a transferência dos recursos públicos para o setor privado.

Para Scheffer (2015), a privatização consiste na transferência de funções e responsabilidades do setor público, integralmente ou em parte, para o setor privado. Não obstante, o autor menciona a perspectiva de Muschell (1995), ao definir a privatização como processo em que as entidades não governamentais são envolvidas e participam do financiamento e da provisão de serviços de saúde. Além disso, o autor conceitua como “privatização ativa” o estímulo realizado pelos próprios governos, que através de suas decisões políticas, fortalece o crescimento da participação privada na saúde.

No caso do Brasil, fica clara a tendência crescente da “privatização ativa”, quando o Estado transfere o fundo público para o setor privado e assegura com instrumentos legais a operacionalização de modelos de gestão, atendendo os interesses do capital, que historicamente condicionou a saúde a uma lógica mercantil.

Apesar desses “novos modelos de gestão” (OS, OSCIP, FEDP) possuírem diferenças internas, ambos integram o processo de contrarreforma do Estado, cujo recurso público é destinado para entidades de direito privado, ou seja, ao Estado cabe financiar e coordenar as políticas sociais, mas a gestão e execução é destinada à iniciativa privada.

A contrarreforma neoliberal do Estado apostou nessas entidades como forma de alavancar as políticas econômicas e administrativas, reduzindo o impacto financeiro sobre a máquina pública. Para isso, propôs efetivar a execução das políticas públicas por meio de

diversas instituições “não governamentais”, “não lucrativas”, voltadas ao desenvolvimento social, sobretudo nas áreas consideradas “atividades exclusivas do Estado”.

Esse cenário também foi marcado por concentração, fusões e aquisições concomitantes à abertura de capital de empresas de seguros e serviços de saúde privados, grupos econômicos, que Andreazzi (1991) chamou de conglomerados. Esses grandes grupos contam com empresas de asseguramento privado que prestam serviços de saúde e, por terem ligações prévias com o capital bancário, setor segurador e processos de capitalização, possuem facilidades para consolidar suas ações (ANDREAZZI, BRAVO, 2014).

Vem se consolidando de forma gradual e crescente, a desresponsabilização do Estado na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, e é exatamente sob a diretriz da complementaridade (posta na CF de 1988 e as diferentes formas de interpretá-la) que instâncias governamentais, situadas nas três esferas do governo, têm transferido suas responsabilidades no âmbito da gestão e do financiamento para outros modelos de gestão, isto é, desconstruem o princípio da complementariedade para justificar o subfinanciamento, a entrada de capital estrangeiro e a privatização do SUS.

A presença do setor privado na trajetória da política de saúde fez com que a lógica da complementaridade fosse implementada sob sua pressão. Ao invés de esgotar todas as possibilidades e capacidades do setor público para depois recorrer aos serviços privados, ocorre o contrário, o Estado passou a ser o principal comprador e consumidor do setor privado.

Dessa forma, a complementaridade é assegurada pela CF e trata da parceria público e filantrópico privado que é feita através de convênios e contratos com o intuito de complementar os serviços ofertados pelo setor público, quando este for insuficiente para atender às necessidades do SUS, mas o que se apresenta é uma nítida inversão de investimentos do fundo público da saúde para o setor privado contratado ou conveniado. É a complementaridade às avessas, isto é, o setor privado que deveria atender de forma complementar, assumiu centralidade no setor público.

Ao instituir essas entidades, o Estado busca apresentar soluções a fim de aumentar a eficiência das políticas sociais, diminuir os gastos públicos e adquirir maior autonomia gerencial. No entanto, a privatização é fruto dos desdobramentos das reformas neoliberais e tem por objetivo viabilizar e impulsionar um nicho lucrativo para o mercado. O capitalismo vai sempre buscar espaços para sua valorização e expansão, que é a razão de sua existência e, para isso, os capitais se direcionarão para novas esferas de valorização como por exemplo as políticas de saúde, educação e previdência, expressando o processo mais profundo de supercapitalização.

Se o capital gradualmente se acumula em quantidade cada vez maiores e uma parcela considerável do capital já não consegue nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes (MANDEL, 1985, p.272).

Assim, capitais em excesso migram para a oferta de serviços privados em saúde e para o setor suplementar, como planos e seguros de saúde, pois, são capitais que não conseguem possibilidades de acumulação na esfera produtiva e buscam no setor de serviços chances de valorização. O Estado via saúde pública, é o grande indutor desse processo.

Não restam dúvidas que a gestão privada ameaça o acesso universal e integral aos serviços de saúde e não cumprem com os objetivos de melhoria da assistência à saúde da população. Ao contrário, destroem um conjunto de direitos sociais, ao flexibilizar os direitos dos trabalhadores, ao transferir a execução das políticas sociais de saúde e educação para entidades de direito privado ou filantrópicas, inviabilizam o controle social e submetem a produção de conhecimento e a formação de trabalhadores da saúde aos interesses mercantis em prejuízo das reais necessidades da população.

Os projetos privatizantes têm avançado no cotidiano das áreas de saúde no Brasil e contribuído para o caráter excludente e focalizado da assistência, trazendo obstáculos para garantir um sistema de saúde universal, público e democrático, haja vista que estes “novos” modelos de gestão visam reduzir o papel do Estado para ampliar o campo de atuação do capital. Existem diferenças significativas entre os distintos modelos de privatização, mas todos expressam uma característica comum, apresentam-se como “parcerias” com o Estado.

A chamada “racionalização” da política de saúde envolve todo o pacote de contrarreformas que atualmente tem se dado de forma mais radical, acelerada e reacionária em todo o país. O governo ilegítimo de Temer se traduz em uma “restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional” (BRAVO et al, 2018, p. 12).

De fato, não há régua para medir o retrocesso: PEC 95/2016 congelando os investimentos públicos por 20 anos; planos populares de saúde; revisão da Política Nacional de Atenção Básica e de Saúde Mental; propostas do MDB com os programas “Travessia Social”, “Uma Ponte para o Futuro”, “Agenda Brasil”; articulação com setores empresariais de saúde na qual o mais recente é o documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”; intensificação das parcerias público-privadas.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Fica evidente que existe no Brasil uma minimização do Estado para atender os interesses do grande capital, aquilo que Mandel (1985) denominou de supercapitalização, isto é, os serviços sociais se transformam em espaços de lucratividade e mercantilização atreladas à lógica e à racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas.

A racionalidade privada busca romper com o princípio da universalidade, da integralidade, condicionando a política à tecnificação, que resulta em uma assistência focalizada, fragmentada e precária; além da privatização. Do outro lado, encontra-se a racionalidade contra-hegemônica que pautados nos princípios e diretrizes do movimento pela reforma sanitária, defendem não apenas a democratização da saúde, mas também a democratização do Estado e da sociedade. Assim, a política de saúde consiste em campo de disputa de racionalidades atreladas a projetos políticos distintos.

O fundo público ao mesmo tempo em que assume os interesses da classe trabalhadora na luta pelo financiamento de suas necessidades, representa os interesses do capital, que a partir dele buscará meios para sua reprodução, através de subsídios e inserção no mercado financeiro, como por exemplo, a dívida pública.

É preciso considerar a correlação de força desfavorável, haja vista a dominância do capital em cada vez mais, se apropriar do fundo público a partir da entrada do projeto neoliberal no contexto nacional. Assim, ele captura o fundo público para sustentar a dívida pública, bem como utiliza de mecanismos para expropriar as políticas sociais.

Esses processos fortalecem a monopolização do setor privado na saúde e formulam fetiches que propagam sua eficiência e rapidez. Tais mecanismos possibilitam a acumulação do capital e dissimulam o esgotamento do sistema universal, colocando como alternativa aprofundar e diversificar as formas de privatização (OS, Fundações, etc).

Esse cenário apresenta desafios e exige novas estratégias de enfrentamento por parte dos movimentos contra-hegemônicos. Convém lembrar que a luta pela saúde universal perpassa a defesa de um direito público e estatal que visa atender as demandas da população e não as do mercado. Esse contexto de desmonte e precarização é fruto do capital e sua lógica que anseia transformar tudo em mercadoria com a finalidade de obter lucro e garantir sua acumulação.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.

BEHRING, E. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, E. R. Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 24, n. 73, p. 101-119, mar. 2003.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 6.ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, V. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CISLAGHI, J. F. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público privadas e valorização do capital**. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. (Cadernos de Saúde).

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.