PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma análise a partir da contrarreforma do Estado no Brasil.

Ivaneide Duarte de Freitas[1]

RESUMO
As crises em suas diversas expressões são inerentes e naturais do modo de produção capitalista. Elas se estabelecem como fio condutor de novas transformações que objetivam a manutenção das relações sociais de exploração, bem como a ampliação e intensificação das formas de extração de mais-valor. O artigo ora apresentado analisa a privatização da saúde no Brasil como expressão da contrarreforma do Estado, a qual é parte constitutiva da totalidade do processo de reestruturação do capital. Para tal, foram realizadas pesquisas bibliográficas em autores que versam sobre o tema, tendo como base estruturante da análise, o método teórico-crítico-dialético. As sucessivas aproximações à realidade concreta, apontam que a partir da década de 1990, os capitais avançam sobre o fundo público e sobre a mercantilização das políticas sociais. A política de saúde, por sua vez, tem sido alvo de objetivação da classe dominante, haja vista que se constitui como uma importante fonte de lucro.

Palavras-chave: Crise do Capital. Contrarreforma do Estado. Privatização da Saúde.

ABSTRACT
Crises in their various expressions are inherent and natural to the capitalist mode of production. They establish themselves as a guiding line for new transformations that aim to maintain social relations of exploitation, as well as the expansion and intensification of the ways of extracting surplus value. The article presented here analyzes the privatization of health in Brazil as an expression of the State's counter-reform, which is a constitutive part of the entire capital restructuring process. To this end, bibliographical research was carried out in authors who deal with the theme, having the theoretical-critical-dialectical method as the structuring basis of the analysis. Successive approximations to concrete reality point out that from the 1990s onwards, capital advances towards the public fund and towards the commodification of social policies. Health policy, in turn, has been object of objectification of the ruling class, given that it constitutes an important source of profit.

1 Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte PPGSS/UFRN. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social. (ivaneide.duarte.078@ufrn.edu.br).

Keywords: Capital Crisis. State Counter-Reform. Privatization of Health.

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa em questão faz parte de um movimento mais amplo de aproximações teóricas, é parte constitutiva de análises que estão em processo de desenvolvimento no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRN. O artigo ora apresentado analisa a privatização da saúde no Brasil como expressão da contrarreforma do Estado, a qual é parte constitutiva da totalidade do processo de reestruturação do capital.

Para apreender esse processo, se faz necessário historicizar o objeto e apreendê-lo em seu movimento de disputas e tensionamentos, tanto no âmbito político como econômico. Assim, o ensaio está dividido em dois eixos: no primeiro buscar-se-á analisar a natureza das crises capitalistas e as respostas da classe dominante à crise econômica dos anos de 1970 – conjuntura em que se processa uma série de mudanças econômicas, políticas, culturais e sociais –, no sentido de recomposição dos lucros e expansão dos ciclos de exploração do capital a partir da captura do fundo público estatal e da privatização das políticas sociais.

No segundo, restarão alguns elementos acerca da trajetória histórica da política de saúde no Brasil, bem como dos processos de privatização da saúde partir da década de 1990, os quais se aprofundam sobretudo a partir dos governos presidenciais de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

2 CRISE DO CAPITAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO E USURPAÇÃO DOS RECURSOS DO FUNDO PÚBLICO.

As crises no modo de produção capitalista tem um significado histórico e político, e, fazem parte da dinâmica de acumulação de capital e do processo de

produção e reprodução social, são, portanto, ineliminíveis e inerentes à natureza do próprio sistema. Conforme Mota (2009, p.02) “as crises expressam um desequilíbrio entre a produção e o consumo, comprometendo a realização do capital, ou seja, a transformação da mais-valia em lucro, processo que só se realiza mediante a venda das mercadorias”.

Quanto mais os capitais se expandem, maiores são as probabilidades de irromperem crises sistêmicas ou em âmbitos específicos. Na medida em que se amplia a exploração da força de trabalho e se aceleram as condições de concentração e acumulação, se acirram, simultaneamente, todas as contradições da relação social de produção capitalista, conduzindo e potencializando crises em suas diversas expressões.

De acordo com Mészáros (2010), as crises de intensidade e dimensões variadas são inerentes e naturais ao modo de produção capitalista, é a partir delas que o capital busca progredir para um novo estágio de dominação – processo que se dá pela destruição de parcelas de capitais excedentes e pela incorporação de novas formas de extração de lucros –, ainda que isso ocorra de forma cruel à custa da degradação ambiental e do sofrimento das classes subalternas.

Elas podem estar relacionadas com a concorrência intercapitalista, descontrole da produção, subconsumo das massas, e, sobretudo, com a imanente tendência a queda da taxa de lucros. Mota (2009, p. 03) indica que suas expressões podem ser visualizadas em diversas áreas, tais como: “reduções de operações comerciais, acúmulo de mercadorias estocadas, redução ou paralisação da produção, falências, queda de preços e salários, crescimento desmesurado do desemprego e empobrecimento dos trabalhadores”. Ressalta-se que, apesar das crises estarem relacionadas com o acirramento das contradições, elas não condicionam o colapso do sistema.

Com relação à crise econômica que se gesta na década de 1970, Filho e Gurgel (2016) apontam que sua estrutura resultara, principalmente, do modelo

econômico produtivo implementado após a Segunda Guerra Mundial. Desse modo, o mesmo modelo que deu origem aos anos de ouro foi também responsável pelo seu declínio. Conforme Mota (2009, p. 5) o período de reconstrução pós-1945 "foi marcado por uma fase de expansão do capitalismo, caracterizada por altas taxas de crescimento econômico, ampliação de empregos e salários e uma forte intervenção do Estado". Nesse período, se consubstanciaram mudanças na intervenção estatal, sobretudo, no tocante da ampliação na reprodução da força de trabalho, por intermédio das políticas públicas e sociais.

No que concerne ao modelo de produção predominante desta conjuntura, Antunes (1995) afirma que suas bases estruturantes derivavam sobretudo do taylorismo-fordismo, o qual combinava produção em massa para consumo em massa por meio de uma linha de montagem de produtos homogêneos que possibilitava um processo de produção acelerada. Nesse modelo, o trabalho se caracterizava como repetitivo, parcelar e rigorosamente controlado pelo cronômetro do gestor, por outro lado, os(as) trabalhadores(as) tinham "ganhos" por produtividade e estabilidade no emprego.

O modelo de produção fordista aliado à intervenção estatal – e em consonância com os postulados keynesianos –, propiciou um período de forte expansão econômica, trazendo ônus para o capital e, em certa medida, melhores condições de vida para a classe trabalhadora. Dessa forma, configurou-se, em alguns países de capitalismo central, como o que se convencionou chamar de Welfare State.

Com relação ao Brasil, apesar do incremento de algumas políticas sociais no período desenvolvimentista de modernização conservadora, o Estado de Bem-Estar Social nunca existiu, suas bases formais só foram possíveis na década de 1980, a partir das promessas promulgadas na Constituição de 1988 (MOTA, 2009), as quais expressam disputas constantes entre os distintos blocos de poder e a classe trabalhadora, favorecendo um ou outro polo a depender da correlação de forças.

Nos países de capitalismo central, o período expansionista começou a dar sinais de esgotamento em fins dos anos de 1960, iniciando-se um novo processo de crise sistêmica do capital. De acordo com Behring e Boschetti (2011), dentre os aspectos que impulsionaram a crise dos anos 1970, destacam-se a revolução tecnológica e sua progressiva incorporação no processo produtivo; bem como a busca constante pela ampliação da produtividade, a qual se reflete no desemprego estrutural em escala sempre crescente, no enfraquecimento da organização política da classe trabalhadora e na ampliação das desigualdades sociais.

Para conter o avanço da crise econômica e recuperar as taxas de lucro, a burguesia buscou implementar diversas medidas que ficaram comumente conhecidas como reestruturação do capital. Segundo Iamamoto (2014), esse processo engloba um conjunto de fatores políticos, econômicos e ideológicos que estão interligados entre si, quais sejam: a “reforma” do Estado, a reestruturação produtiva, a redução da questão social a processos de exclusão e integração social, a consolidação da ideologia neoliberal, e, o avanço das concepções pós-modernas, todos impulsionados pelo capital financeiro.

No que se refere ao Brasil, Behring (2003) afirma que essas mudanças são reflexo das pressões burguesas sobre as decisões do Estado, cujo *redimensionamento reverso* se evidencia, entre outras coisas, no corte de gastos públicos direcionados a reprodução social da classe trabalhadora e, em contrapartida, na ampliação das renúncias fiscais demandadas pelo empresariado.

Ao analisar as respostas da burguesia à crise do capital na conjuntura brasileira, particularmente nas reformas no sistema de seguridade social, Fernandes (2008) afirma que tem se gestado, sobretudo a partir da década de 1980, a formulação de uma *cultura da crise*, cujo traço predominante é socialização da ideia de que ela atinge igualmente a todos, e que, portanto, todos devem se sacrificar para superá-la.

Desse movimento, decorrem dois processos defendidos e difundidos pela classe dominante: a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão-consumidor, com o objetivo inexorável de ampliar as bases de acumulação de capital. Nesse sentido, a autora aponta uma clara tendência de fragmentação da classe trabalhadora expressa na divisão entre: os que podem consumir os serviços pela via mercantil e os segmentos mais pauperizados que necessitam da assistência social do Estado.

Assim, a década de 1990 situa-se como palco de um conjunto de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, as quais atingem profundamente a cotidianidade da vida social. Essa conjuntura é marcada pela reconfiguração das relações entre Estado e sociedade, sobretudo a partir da incorporação das requisições construídas pelos representantes do grande capital financeiro, direcionadas aos países da América Latina, sob orientação da agenda neoliberal proposta no Consenso de Washington. (BEHRING BOSCHETTI, 2011).

Esse movimento ideológico atingiu sua hegemonia na década de 1990, se expandindo por todos os continentes do globo, sendo internalizado e implementado gradativamente tanto por governos conservadores como pelos ditos *progressistas*.

O conteúdo reformista do Estado neoliberal espraia-se no Brasil sob o símbolo ideológico da modernidade e da eficiência, apontado como única alternativa capaz de superar a crise econômica desencadeada na década de 1980, vista, portanto, como crise do Estado (BRASIL, 1995).

Se no cenário mundial a estratégia de combinar acumulação com a redução nos níveis de desigualdade social já não eram mais de interesse da classe dominante, no Brasil a proposta constitucional de implementação de um padrão universal de proteção social vai de encontro aos interesses do capital na extração de superlucros.

Desse modo, sob o argumento político e ideológico da crise fiscal do Estado, se processa uma intensa redução de direitos, prevalecendo, entre as políticas

sociais, o caráter pontual e compensatório, sob o direcionamento neoliberal expresso no trinômio: privatização, focalização e descentralização, limitando as possibilidades de redistribuição da riqueza socialmente produzida (BERING; BOSCHETTI, 2011).

De acordo com as autoras supraditas, o processo de privatização não só gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar, como também garante nichos de lucratividade para o capital. Já com relação a seletividade, associada à focalização, a pretensão é assegurar o acesso aos direitos apenas aos sujeitos que comprovem vivenciar situação de pobreza e extrema pobreza, não dispondo de condições financeiras de acessar os serviços pela via mercantil. Além disso, a descentralização não foi acompanhada pela partilha do poder, nem pelo suporte financeiro equitativo, mas apenas pela transferência de responsabilidades entre os entes federados, instituições privadas e Organizações da Sociedade Civil.

A tendência de privatização e (des)financiamento das políticas sociais segue a lógica da necessidade de expansão e reprodução ampliada do capital. Salvador (2017), ao analisar o desmonte do financiamento da Seguridade Social no Brasil[2] – a partir dos instrumentos de política fiscal como a Desvinculação de Recursos da União (DRU) e das renúncias tributárias –, infere que a apropriação desses recursos tem sido determinante para manutenção e ampliação do pagamento dos juros da dívida pública, ou seja, uma explicita captura do fundo público pelo capital portador de juros.

Com a exacerbação da crise econômica, essa disputa se acirra e o ajuste fiscal, sobretudo a partir de 2015, “foi aprofundado em benefício do capital, especialmente da fração burguesa rentista” (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2018, p. 3). Doravante, fica cada vez mais explícito a blindagem do capital financeiro, haja vista

2 A seguridade social no Brasil compreende as políticas de saúde, previdência e assistência social.

que, apesar dos cortes de gastos públicos para as políticas sociais sob a justificativa da crise fiscal, amplia-se o percentual da DRU para o pagamento da dívida pública.

> A partir do ano 2000 passa a vigorar a DRU com sucessivas prorrogações. A mais recente ocorreu por meio da EC n. 93, de 8 de setembro de 2016, que prorroga a DRU até 31 de dezembro de 2023. O novo texto também amplia de 20% para 30% o percentual das receitas de tributos federais que podem ser usadas livremente e altera quais tributos podem ser desvinculados, incluindo os fundos constitucionais, taxas e compensações financeiras. (SALVADOR, 2017, p. 429).

Além disso, em 2016, já na vigência do governo interino e ilegítimo do senhor Michel Temer, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, foi instituído um novo regime fiscal estabelecendo um teto de gastos públicos com despesas primárias por vinte anos, se traduzindo em um verdadeiro desmonte das políticas públicas, retendo gastos e impedindo investimentos com saúde, educação, infraestrutura, ciência e tecnologia, reduzindo assim, o acesso a vários direitos sociais. De acordo com Boschetti e Teixeira (2018) houve um decréscimo significativo no Orçamento Seguridade Social após a aprovação da EC. 95/2016.

Ademais, as renúncias tributárias, recursos retirados do orçamento público que deveriam se somar ao montante de receitas destinadas ao financiamento das políticas sociais, têm operado majoritariamente como fonte de financiamento do capital.

Diante do exposto, percebe-se que as crises do capital, a partir de seus processos de reestruturação, refletem na ampliação da exploração da força de trabalho e na degradação das condições de vida dos (as) trabalhadores (as). Nesse movimento se acentuam as contradições das relações sociais capitalistas: concentração da riqueza nas mão de poucos e ampliação da pobreza e miserabilidade para uma grande parcela da população.

3 PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

O processo de contrarreforma do Estado que está em curso no Brasil desde a década de 1990, e se aprofunda nos dias que correm, é expressão do movimento de contratendência à queda da taxa de lucro desencadeado pela crise econômica do capital. A contrarreforma na saúde em suas múltiplas dimensões e novas formas de interação com o mercado, é fruto de um movimento histórico repleto de contradições que se processam na luta de classes a partir dos antagonismos inerentes e estruturantes desta sociedade.

A política de saúde, desde a sua gênese, se apresenta como alvo de interesse entre o setor público e o privado. No Brasil, a saúde se manifesta como expressão da questão social no início do século XX, quando os movimentos sociais da classe trabalhadora emergente passam a ganhar organicidade e a realizar reivindicações por melhores condições de vida, saúde e trabalho, as quais ecoam no espaço público chamando atenção das forças políticas.

A princípio, a política de saúde ficou dividida em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. O primeiro foi preponderante até meados da década de 1960, com ações predominantemente voltadas para as questões sanitárias, sobretudo em áreas urbanas. O segundo, por sua vez, com ações concentradas no atendimento médico-hospitalar, farmacológico e curativista, se intensificou a partir de 1966, após a instauração da Ditadura Militar e da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)[3]. Essa instituição possibilitou a ampliação do poder da máquina estatal, reconfigurando suas relações com a classe trabalhadora, excluindo, naquele momento, os(as) trabalhadores(as) da gestão da previdência (BRAVO, 2009).

No período autocrático burguês, houve uma ampliação das políticas sociais e a intervenção estatal direcionou suas ações sob um misto de repressão e assistência. De acordo com Behring e Boschetti (2011), o Estado brasileiro, ao

3 A criação do INPS se deu pela unificação doas Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), cujo caráter mais restrito atendia apenas algumas categorias de trabalhadores assalariados do espaço urbano se estendendo para a população rural a partir da década de 1970.

perceber os evidentes indícios da explosão de uma nova crise internacional, aproveita-se da necessidade de expansão do capital e, percebendo sua liquidez, atrai para o país os investimentos do capital estrangeiro.

É nesse contexto que o produtor privado em saúde é privilegiado, seja no âmbito internacional – mediante a criação do complexo médico-industrial que vai se encarregar de elevar as taxas de lucro das multinacionais atuantes na produção de medicamentos e equipamentos –, seja na área assistencial de prestação de serviços, pois o Estado passa a dar ênfase as práticas médicas voltadas para lucratividade (BRAVO, 2009), capitalizando a medicina e aforando o setor privado.

Como afirma Soares (2010, p.33), "o setor saúde cresce em relevância dado o seu lugar privilegiado para a reprodução dos trabalhadores e, dialeticamente, para a necessidade de ampliação do mercado privado para o grande capital nacional e internacional". A autora ainda afirma que nesse período a saúde já era vista como área estratégica de investimentos do capital, visada como um importante nicho de lucratividade, tendo o Estado como seu principal mediador.

> Assim, o aparato da política de saúde, que chega ao seu apogeu no período autocrático, era centralista, tecnicista, autoritário, centrado na assistência médica individualista e curativa e hospitalocêntrico. A saúde pública foi relegada a ações mais pontuais e fragmentadas, com pouquíssimos recursos, num movimento de priorização do mercado privado. (SOARES, 2010, p.34).

Apesar dos altos investimentos nesse modelo de saúde, nota-se que na década de 1970 houve um processo de aprofundamento da crise sanitária, o qual "[…] se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população" (PAIM, 2008, p.75). Ademais, a crise econômica mundial, do milagre econômico brasileiro e previdenciária, somadas à redução da legitimidade no regime ditatorial, possibilitaram alterações da correlação de forças e o surgimento de novos tensionamentos e disputas entre as classes sociais.

Assim, a partir de um processo intenso de organização política e mobilização social, foi possível incluir uma parcela significativa das pautas do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) na Constituição Federal de 1988. Esse contexto é compreendido como divisor de águas na concepção de saúde do nosso país, visto que foi a partir desse momento que a saúde ficou *juridicamente* reconhecida como direito de todos e dever do Estado.

Entretanto, o cenário da década de 1990 representa um momento de retração das políticas sociais, sendo resultado das contratendências à queda da taxa de lucro, e, estratégias do Estado para responder a crise de acumulação do capital, a partir da transferência de suas responsabilidades na reprodução social para iniciativa privada.

Assim, a política de saúde passa por um processo de subordinação aos interesses do capital – sobretudo do capital financeiro –, impossibilitando a garantia de seu financiamento. A consequência disso é a submissão da saúde à lógica mercantilista e a responsabilização da população pelos seus custos.

Destarte, a complementariedade do SUS pela iniciativa privada, preconizada no art. 199 da CF de 1988, tem se dado de forma invertida, haja vista que os serviços públicos de saúde têm sido ofertados, de forma majoritária, por prestadores da iniciativa privada e filantrópica, contrariando os princípios constitucionais, bem como os pressupostos da Reforma Sanitária que presumiam a progressiva estatização do SUS.

Esse processo decorre de escolhas políticas por meio de medidas governamentais que favorecem o setor privado, recuperando traços do modelo de saúde previdenciário do período ditatorial e demonstrando uma progressiva privatização da saúde (CORREIA, 2017). Além das desonerações, incentivos fiscais e repasses de verba pública para a iniciativa privada, a privatização da saúde também se dá por dentro do próprio SUS, através do chamado setor público não-estatal, o qual, em larga medida, é regido pela lógica da esfera privada.

Conforme a autora supramencionada, sob o estímulo do Banco Mundial, o Estado brasileiro criou, na década de 1990, as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Criação essa, tendo em vista o repasse da administração dos serviços públicos para essas organizações, mediante contratualizações e sob o argumento de maior eficiência e menor custo dos serviços, o que tem se mostrado um verdadeiro desastre nos dias que correm.

Por conseguinte, foram criadas as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essas organizações são expressão da privatização do SUS e tem se expandido e avançado sobremaneira sobre o fundo público estatal.

O processo de privatização da saúde se intensificou a partir de 2016, por meio da implementação da agenda para saúde, comandada pelo governo ilegítimo do ex-presidente Michel Temer. As estratégias desse governo para acelerar o processo de privatização e desmonte do SUS se deram por meio do,

> congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 195).

Segundo as autoras, com base em estudos do Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada (IPEA), a Emenda Constitucional 95/2016 representa um dos maiores impactos orçamentários para a política de saúde brasileira. Isso porque a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em mais de R$654 bilhões de reais, no decorrer dos 20 anos, trazendo sérios prejuízos para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Com relação ao governo do atual presidente Jair Bolsonaro, Bravo e Pelaez (2020) apontam, a partir de documentos da agenda governamental, que há uma predileção da iniciativa privada a partir da defesa de privatização total, sob o

argumento de alcançar eficiência econômica e equilíbrio das contas públicas. As medidas desse governo se expressam na banalização do humano e na desvalorização da vida, sobretudo dos mais pobres.

Entre as medidas que contribuíram para o desmonte da política de saúde nesse governo, prejudicando as condições de acesso pela população, pode-se citar: desmonte do Programa Mais Médicos, privatização por meio do apoio às comunidades terapêuticas, Reforma da Previdência mediante a aprovação da EC 103/2019, e, corte de investimentos na educação, por exemplo.

Além disso, após instauração da pandemia da Covid-19 no Brasil, esse governo desde o início tem se mostrado negacionista e genocida, por incentivar o retorno imediato da população ao trabalho, desencorajar o cumprimento das medidas preventivas, e, incentivar a indústria farmacêutica mediante a compra de medicamentos sem eficácia comprovada. Além disso, a corrupção e lentidão, por opção política, na compra das vacinas tem custado atualmente a vida de mais de 560 mil brasileiros.

4 CONCLUSÃO

A crise do capital que se gesta a partir da década de 1970, traz consequências devastadoras para classe trabalhadora. Enquanto ela se expressa como abundância de capitais para a classe dominante, para os(as) trabalhadores(as) se apresenta como escassez de recursos, desemprego estrutural, exacerbação da miséria, redução de direitos e intensificação da exploração.

A contrarreforma do Estado se coloca como alternativa política da burguesia para recompor as taxas de lucro. Nesse movimento, o capital, sobretudo o financeiro, avança sobre o fundo público, bem como na mercantilização das políticas sociais sob o respaldo do poder público.

A política de saúde, historicamente disputada no Brasil, tem sido tensionada pela iniciativa privada, a qual tem ampliado suas bases de mercantilização por diversos âmbitos. O processo de desmonte do SUS se intensifica ainda mais a partir de 2016, mediante os cortes orçamentários, ampliação da privatização dos serviços e da gestão, e, sucateamento da rede pública. Essa questão chama atenção para necessidade urgente de organização e mobilização política dos(as) trabalhadores(as) na luta contra as amarras desse sistema devastador, na defesa das políticas sociais e por um SUS realmente efetivo, gratuito e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade no Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BRASIL, Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE). *Plano Diretor de Reforma do Estado*. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf> Acesso em: 04 jul 2021.

BRAVO Maria Inês Souza; Pela, Elaine Junger. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro:** lutas e resistências. ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE. v. 22, n. 46, Brasília, SER Social, janeiro a junho de 2020.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. In: _____ (Org). Expropriações e direitos no capitalismo. São Paulo: Cortez, 2018. p. 131-165.

BOSCHETTI Ivanete; TEIXEIRA Sandra Oliveira. O fardo do radical ajuste fiscal para a classe trabalhadora sob a ótica das despesas do orçamento da seguridade social. In: Anais XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. V. 16 n. 01, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22082> Acesso em: 29 maio 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.] (orgs). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital:** o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço SocialABEPSS. Ano VII. Janeiro a junho de 2007. p. 11-38.

FILHO, Rodrigo de Souza; GURGEL, Cláudio. **Gestão democrática e Serviço Social:** princípios e propostas para intervenção crítica. V.7 – São Paulo: Cortez, 2016.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital-imperialismo:** teoria e história. – 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010.

IAMAMOTO, Maria Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

MÉSZÁROS, Istvan. Das crises cíclicas à crise estrutural, In: MÈSZÁROS, Istvan. **Atualidade histórica da ofensiva socialista.** São Paulo: Boitempo, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv> Acesso em: 19 jul 2021.

SALVADOR, Evilasio da Silva. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. n. 130. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, 2017. p. 426-446.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje:** impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Pernambuco UFPE/CCSA. Recife: A Autora, 2010.