



Eixo 11: Política Social e Estratégias de Desenvolvimento.

Brasil, saúde pública e austeridade

Resumo

Este ensaio discute a crescente interferência dos interesses econômicos sobre a saúde pública, enquanto nicho de mercado para o capital, a despeito da construção progressista do SUS nos anos de 1980. Tem por objetivo debater o avanço da lógica privatista sobre as legislações que amparam a saúde pública, a partir das medidas de austeridade orquestradas por órgãos internacionais sob a ordem do projeto neoliberal. Como reflexo das medidas de desfinanciamento da saúde as diretrizes de universalidade e integralidade do acesso defendidas no processo de construção do SUS, cedem espaço para ações focalizadas, voltadas à rentabilidade e gestão empresarial.

Palavras-chave: Saúde Pública; Austeridade; Desfinanciamento da saúde.

Brazil, public health and austerity

Abstract

This essay debates the growing interference of economic interests over public health, as a market niche for capital, despite the progressive construction of the SUS in the 1980s. It aims to debate the advancement of privatist logic over legislation that supports health public, based on austerity measures orchestrated by international bodies under the order of the neoliberal project. As a reflection of health defunding measures, the universality and completeness of access guidelines defended in the SUS construction process give way to focused actions, aimed at profitability and business management.

Key words: Public health; Austerity; Health defunding

Introdução

A saúde pública brasileira se faz destaque entre nações considerando seu caráter universal, gratuito e com foco na integralidade das ações. Formatado na década de 1980 e fortalecido junto à 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) ganha corpo e legitimidade por meio da Lei 8080/1990, que estabelece a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão. Traz entre as diretrizes os princípios de universalização, regionalização, descentralização administrativa, autonomia do sujeito e integralidade do cuidado. Em seguida é complementado pela Lei 8142/1990, com a proposição do modelo de participação social, que garante o espaço do usuário do sistema de saúde enquanto voz e voto nas decisões desse sistema, além de estabelecer as transferências de recursos entre as esferas administrativas que o compõem.

Enquanto construção social, o SUS representa importante avanço no acesso

aos serviços e ações de saúde. Importa destacar que até então a saúde pública, enquanto oferta do Estado, não alcançava a todos e guiada pelo modelo biomédico era mantida por meio de contribuições dos que mantinham vínculos formais de trabalho. Um sistema marcado pela proposta contributiva e excludente, onde os planos privados ofertavam a saúde como mercadoria, também por meio de troca entre pagamento e serviços prestados. Aos serviços públicos de saúde restava o atendimento aos indigentes, marginalizados do mercado formal de trabalho e aos excluídos pelo próprio sistema sanitário¹.

O SUS traz como inovação, a partir do encontro entre os movimentos sociais e outros atores da sociedade brasileira², a lógica de acesso universal, independente de contribuição financeira, com garantia de integralidade dos cuidados prestados. A perspectiva curativa abre espaço para a orientação de prevenção e promoção da saúde, numa versão de saúde regionalizada, a partir das especificidades locais, além do trabalho na saúde a partir de indicadores e vigilância sobre os dados da sociedade. A gestão da saúde é dividida em instâncias de complexidade, sugerindo proximidade entre equipes e usuários no intuito de alcance maior da prevenção de doenças. A nova proposta de saúde pública insere os cidadãos como atores e sujeitos da construção desse sistema, reservando em letras legislativas o controle e a participação social.

Contudo, à despeito do expressivo conceito que o SUS traz na sua consolidação legal, importa destacar que entre as linhas desse promissor sistema público, manteve-se espaço para o sistema privado de saúde, como mostra os recortes de artigos da lei orgânica da saúde (BRASIL, 1990):

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#) [...]

Art. 18 [...] X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem

¹ Aqueles acometidos pela hanseníase, tuberculose e outras doenças que exigiam, à época, a segregação social.

² Os atores da reforma sanitária, que culmina na formulação do SUS, apresentavam ampla diversidade, na composição e nos interesses. Entre os atores citamos: a categoria médica, as associações médicas, movimentos sociais, representantes de classes, os partidos de esquerda, a Igreja por meio das comunidades eclesiais de base, parlamentares, docentes, discentes e profissionais da área de saúde.

como controlar e avaliar sua execução;

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde [...]

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

O que se apresentou em constituição como possibilidade de caráter complementar ganhou, ao longo desses 33 anos de SUS, significativa amplitude, como demarca os dados apresentados pelo IPEA ³ (BRASIL,2022):

- o percentual de gastos de famílias com saúde foi maior que o percentual do investimento governamental (5,7% e 3,9% respectivamente), ainda que mais de 70% da população brasileira dependa exclusivamente dos serviços do SUS;
- em 2022 o Brasil apresentava 50.397.490 beneficiários de planos de saúde privados - o que corresponde a pouco mais de 27% da população;
- os países da OCDE⁴ tem um gasto público médio de 6,1% do PIB⁵. No Brasil o gasto público em 2019 foi de 3,9%;
- a atenção curativa representa metade das despesas em saúde (49,8%), seguida por 20,5% de gastos em medicamentos e artigos médicos e 11,3% em exames complementares, que conjuntamente respondem por 81,5% do total dos gastos,

³ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

⁴ Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

⁵ Produto Interno Bruto

com uma participação menor da prevenção, promoção e vigilância em saúde, dos cuidados de longo prazo e da reabilitação e gestão.

- a participação de cada regime de financiamento no gasto mostra que a atenção curativa é majoritariamente financiada por regimes públicos (52,5%), seguidos de regimes privados (36,9%).
- medicamentos e artigos médicos são majoritariamente financiados por gastos diretos das famílias (87,7%).
- planos e seguros de saúde regulados pela ANS⁶ responderam por mais de 60% dos gastos com gestão do sistema de saúde no país, pela maior parte dos gastos com cuidados de longo prazo (50,7%) e por quase a metade (46%) dos gastos com atividades complementares ao diagnóstico e tratamento – exames e transporte de pacientes. Aqui destaca-se a complementaridade do setor privado como regra e não mais exceção, além do mercado da alta complexidade como nicho de mercado - vide sua alta rentabilidade;
- investimentos nos serviços de saúde corresponderam, no período de 2015 a 2019, em média, a 3,3% dos gastos correntes em saúde no Brasil, abaixo da média dos países da América Latina;
- planos e seguros de saúde tiveram substantiva queda de beneficiários entre 2015 e 2017, mas ainda permaneceram como maior gasto das famílias;
- despesas assistenciais de planos e seguros de saúde (saúde suplementar) cresceram no período, mas 14% desse aumento representam área da gestão;
- em 2019, as internações responderam por 34,1% dos gastos da saúde suplementar, contrastando com 25,2% dos gastos do SUS. As atividades de diagnóstico (exames e transporte de pacientes) dos planos e seguros corresponderam a 17,5% de seus gastos - novamente o nicho de mercado rentável
- mantém-se a proposta focalizada e sem perspectiva de futuro: as atividades curativas e complementares ao diagnóstico corresponderam a mais de 90% dos gastos dos planos. Atendimentos de reabilitação, de longo prazo (inclusive cuidados psicossociais) – que ganham importância com o envelhecimento

⁶ Agência Nacional de Saúde

populacional – e atividades de prevenção e promoção da saúde responderam por menos de 10% dos gastos.

Os dados aqui falam da capilaridade que a saúde privada ganha em território num país que mantém como sistema de saúde a proposta de universalidade de acesso e integralidade da oferta sem contrapartida financeira direta. O que se apresenta é uma incoerência entre política pública e o processo de mercantilização da saúde. Num cenário de Estado regulador, capital fictício, normatizações empresariais no público e focalização das políticas sociais, a saúde pública apresenta novas facetas de oferta, acesso e cobertura, lançando para isso diretrizes e regulamentações que assolam as perspectivas progressistas do SUS.

Debruçar sobre o avançar da lógica privatista na saúde pública é o foco deste debate – apontando os riscos e prejuízos ao sistema, aos serviços e sobretudo aos usuários da saúde pública deste país.

Austeridade e reformas na saúde – a saúde como mercadoria

A década de 1990 é marcada por transformações na economia – reformas – que caracterizam a aproximação do projeto neoliberal no Brasil. No mundo, essa corrente se inicia ainda nos anos de 1960, diante de crise econômica, onde se estabelecem orientações de abertura dos mercados, redução da intervenção do Estado, privatização das estatais, restrição das políticas sociais e ampliação das medidas de austeridade. O conceito de austeridade é lançado ao mundo como ajuste do orçamento público, sobretudo relacionado às políticas sociais, como ferramenta de retomada do crescimento econômico:

A austeridade neoliberal que afeta os rumos das políticas e sistemas de saúde é a resposta multifacetada da combinação entre as muitas crises do sistema capitalista, das ideologias dos valores de mercado e redução da participação do Estado na economia que marcam a sociedade capitalista desde a transição entre os séculos XX e XXI (FILIPPON et al, 2022, p. 13).

A reforma do Estado brasileiro teve por discurso a busca por melhor organização estrutural e de gestão da administração pública. Teve por orientação redução dos gastos públicos, descentralização das ações, flexibilização das relações entre público

e privado e, repasse das atividades antes concebidas como unicamente de produção estatal para o setor privado e a sociedade civil. O Estado produtor e provedor cede às orientações e normativas do capital, numa relação de causa e efeito, e passa a ter outra roupagem: o Estado regulador.

As relações entre Estado e sociedade também se alteram e as políticas sociais como produto das relações entre as classes ganham novos contornos (BEHRING, 2008). A década de 1990 fortalece o projeto neoliberal que em prol da eficiência e competência econômica, redige políticas públicas de caráter pontual, contributivo e focalizado. A redução do Estado operou pelo recuo dos direitos sociais, em especial aqueles de caráter universalizante, aqui em destaque a saúde pública, que acabava de ganhar caráter normativo, com a instituição do Sistema Único de Saúde.

O SUS, então criado como proposta progressista, que amplia a abrangência da saúde, com alcance universal sobre os territórios, nasce em período de restrição econômica, a partir das orientações internacionais de enxugamento do gasto público, sobretudo nas áreas sociais, em prol do pagamento da dívida pública⁷. O reflexo dessas medidas sobre o SUS aponta para restrição e alocação dos recursos, com impactos na cobertura, na oferta e na manutenção do serviço de saúde como espaço público e gratuito. As diretrizes de universalidade e integralidade se colocam ameaçadas pela lógica da saúde como mercadoria e oferta de serviços mínimos, como determina a cartilha neoliberal.

Para Behring e Boschetti (2008) as reformas apresentadas nos anos 1990 estiveram unicamente voltadas ao mercado, como uma modernização conservadora ou revolução passiva, contidas e limitadas pelas classes dominantes. Uma espécie de reformatação do Estado, que revelou sem surpresas a natureza antipopular das classes dominantes no Brasil. “[...] *uma abrangente contra-reforma do Estado* [...], compatível

⁷ As agências multilaterais, aqui em destaque o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, recomendam políticas e medidas indutoras de ajustamento fiscal - em geral empréstimos financeiros condicionados à adaptação dos países credores em desenvolvimento. Defendem reformas administrativas que levam à privatização dos serviços públicos, redução de funcionários e orçamento estatal em prol da amortização da dívida junto aos países centrais (SODRÉ, LAZARINI, SIQUEIRA, 2022).

com a política econômica vigente, permeada por ideologia, mistificação e “*cinismo intencional de classe*” (p. 154).

A partir dessa construção histórica, política e econômica, a saúde pública brasileira, apesar de ter como legislação um avançado sistema composto pela lógica de regionalização e hierarquização, nunca alcançou a formalização de seu componente de custeio. A proposta de universalização do acesso e gratuidade foi transversalizado pelas normativas e medidas políticas de desfinanciamento do SUS com a consequente focalização dos serviços ofertados (Marques e Ferreira, 2022). O lugar de atuação complementar da saúde privada ganhou amplitude e mantém atualmente extensa participação dentro dos serviços ofertados pela saúde pública, além de estar dentre as despesas de aproximadamente 27% da população brasileira com planos de saúde privados (IPEA).

A exaltação ao setor privado se manteve crescente mesmo após a promulgação da lei orgânica da saúde⁸, que determina a saúde como direito de todos e dever público. Os serviços privados, planos e seguros ganhavam adeptos, aliado ao discurso de ineficiência do “Estado provedor”, pobre em recursos, extremamente burocratizado e pouco ágil. A partir dessa crença e junto às medidas de austeridade fiscal ocorre o lançamento de regulamentações que inserem no SUS “novas soluções”, que carregam promessas de “melhor desempenho” da saúde pública. Ganha força e forma a ideologia do gerencialismo, onde a gestão aparece como ação transformadora, a partir das noções de eficiência e inovação. A nova gestão garantirá ao setor público fazer mais com menos e no setor privado sustentará a competitividade no mercado (Moraes e Bahia, 2022). As redes de filantropia, fundações, organizações sociais e outros possíveis formatos se fortalecem como propostas ideais para a gestão da saúde, aqui já não mais reconhecida como direito, mas sim como despesa (Marques e Ferreira, 2022).

A gestão da saúde, inserida no processo de reformulação do Estado e da administração pública, ganhou outras roupagens, que demarcam o esvaziamento das

⁸ Lei 8.080/1990.

responsabilidades sociais do Estado, o repasse de atividades não exclusivas para outros formatos de administração, a fragmentação do processo de participação e controle social, além da descontinuidade do serviço ofertado. Como exemplos recentes de atos de austeridade, inseridos num processo de nova gestão pública, a partir do reducionismo do Estado para o social e ampliação para o capital, temos a Lei Complementar 101/2000 (a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, a Emenda Constitucional 93/2016, a Emenda Constitucional 95/2016 e, o Programa Previne Brasil, lançado em 2019.

A LRF traz a responsabilização dos gestores públicos sobre a receita do Estado, é revestida de limitações que impactam nos gastos com políticas públicas e recursos humanos. Se forma um paradoxo na política de saúde, quando o Estado responsabiliza os gestores nas três esferas (união, estado e município) para a oferta da saúde integral e universal, mas, limita a via para contratação de servidores públicos efetivos, que pudessem manter e executar a política. A “saída” ocorre pelo repasse da gestão dos serviços estatais, de forma que essa despesa não mais se caracterize como gasto com recursos humanos, mas prestação de serviços. Se faz um encontro entre a necessidade de otimização da receita disponível e as orientações internacionais de redução de gastos, focalização do cuidado, desmanche das políticas universais e fragmentação da luta entre as classes, com a precarização de vínculos e força sindical.

A EC 93, lançada por Michel Temer, após o golpe de destituição da presidenta Dilma Rousseff, ampliava o prazo e percentual da Desvinculação das Receitas da União (DRU), garantindo maior “fatia” dos recursos públicos para o pagamento da dívida pública (NAKATANI; STOCCO, 2022). A EC-95⁹, também em 2016 e ainda no governo Michel Temer, institui um novo regime fiscal, onde estabelece “tetos” para os gastos para os próximos 20 anos, ocorrendo num congelamento dos gastos sociais até o ano de 2036 (NAKATANI; STOCCO, 2022). Nessa linha de gestão dos recursos as perdas de receitas entre 2018 a 2020 somavam a magnitude de R\$ 22,5 bilhões, como aponta Mendes e Carnut (2022).

⁹ PEC 241/2016 que se transformou em Emenda Constitucional no mesmo ano.

A EC-95, como medida de articulação com o capital internacional, reflete no mercado de planos privados que seguiam em desaceleração econômica frente ao período de recessão. Não sendo possível investimento público que ampliasse os ganhos do empresariado da saúde, o capitalismo é chamado à sua reinvenção e busca por um novo nicho de acumulação - a atenção primária ganha atenção do sistema econômico e o Estado, na sua relação orgânica com o capital, traça novo modelo de financiamento dessa esfera da saúde, o Programa Previne Brasil¹⁰ (MENDES; CARNUT, 2022). Este programa, em consonância com o direcionamento dos relatórios do Banco Mundial, deturpa a lógica da atenção primária e universalidade em saúde. O novo financiamento sob os critérios de captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a programas específicos, reduz o financiamento, antes sob a forma per capita a partir da população total do município. Na nova proposta os valores de repasse serão ponderados a partir do número de pessoas cadastradas na Unidade de Saúde e inseridas em programas de renda mínima - uma relação a partir da pobreza e da focalização do cuidado, como orienta o neoliberalismo. Uma proposta movida pelo desempenho individual, além da intensificação e exploração sobre o trabalhador. Uma lógica gerencialista, por maior eficiência técnica, por meio da racionalização dos serviços, que prega universalidade para poucos.

Não se invoca o coletivo, nem a população em geral, como os princípios de um sistema universal de saúde exigem [...]. Ao contrário e sob um termo capcioso, já amplamente anunciado pelos aarautos do capital na saúde internacional, convoca-se a Cobertura Universal da Saúde - (CUS), sob o seguinte argumento: como os recursos são escassos, deve-se garantir cobertura universal da saúde para a populações específicas, as mais “pobres”. Essa é a questão conceitual chave da nova proposta de financiamento que segue as diretrizes do Relatório do BM (2019) [...] (MENDES; CARNUT, 2022, p. 83).

Tais medidas apontam para o cenário de austeridade nas políticas de saúde, a partir das agências internacionais que orientam a economia mundial. Em prol da dívida pública e acumulação dos países centrais, os países dependentes, como o Brasil, se submetem aos ditames da economia, ainda que ao custo da saúde de seus cidadãos. Um processo diametralmente oposto à construção da saúde pública para todos, mas

¹⁰ Portaria GM/MS nº 2.979 de 2019.

totalmente em direção à neofocalização¹¹ que o alcance da “eficiência” mercantilizada exige.

Marques e Ferreira (2022)¹² apontam que as estratégias neoconservadoras, balizadas pelo gerencialismo ainda que no sistema público de saúde, apontam para o processo antes de subfinanciamento e agora de desfinanciamento da saúde [...] isto é, não se tratava mais de um volume de recursos insuficiente para um sistema público e universal, e sim de retração efetiva dos recursos alocados no sistema (MARQUES; FERREIRA, 2022, p. 98)

O SUS deixou de ser subfinanciado e passou a sofrer um verdadeiro desfinanciamento, isto é, de uma situação de insuficiência de recursos para atender seus objetivos começou a enfrentar redução de sua disponibilidade. Rapidamente a priorização de austeridade com vista ao equilíbrio orçamentário estava deteriorando a capacidade do sistema público de atender, mesmo que de forma limitada, as necessidades em saúde da população brasileira (MARQUES; FERREIRA, 2022, p. 104).

Aliada a esse cenário cresce a exaltação ao sistema privado de saúde. O consumo de planos, convênios e seguros, a compra particular de serviços na área e a participação de empresas privadas na prestação de serviços públicos se ampliam exponencialmente a partir da crença hegemônica de melhor eficiência, rapidez e até mesmo qualidade. A gestão privada ganha os adjetivos de eficiente, ágil, poupadora e desburocratizada - ao passo da especulação de um serviço público sem verbas, sem gestão e sem credibilidade.

Paralelamente empresas nacionais e internacionais do ramo de saúde ganham proporções de conglomerados econômicos, movimentam a economia mundial e representam parcela significativa do montante financeiro em circulação. Para Oliveira et al (2021) o aumento de investimentos estrangeiros e a valorização do setor privado de saúde promovem uma concorrência desleal com o setor público. Forma-se assim um sistema segmentado, incapaz de assegurar o acesso a todos os níveis de atenção, sobretudo nos vazios sanitários e para populações vulneráveis e negligenciados, onde o

¹¹ Termo usado por Mendes e Carnut (2022).

¹² Mendes e Carnut (2022) também debatem o desfinanciamento da saúde.

setor privado não tem interesse, pelo pouco retorno financeiro – reflexo da saúde sob a lógica da acumulação.

Considerações – o SUS ameaçado

O que se retrata é um contínuo ataque ao SUS por dentro. Como política democrática e progressista, a saúde pública tem sido desfeita por meio de portarias e cortes financeiros, numa proposta racional, mercadológica e afrontosa. Sob o discurso de um Estado ineficiente se propagam meios de uma nova saúde pública marcada pelo mínimo para as minorias. As novas formas de gerir os espaços de saúde aparecem como novas estratégias do capital na remodelação de sua forma de acumular – dessa vez sobre o trabalho na saúde pública.

Os novos arranjos de gestão da saúde são marcados pela importação de conceitos, técnicas e práticas do serviço privado e empresarial. Moraes e Bahia (2022) listam os elementos que se destacam nesse fenômeno: ênfase no desempenho; preferência por formas organizacionais desagregadas; substituição de contratos por relações hierarquizadas na coordenação; importação de mecanismos de mercado; tratamento dos usuários como clientes – em síntese “*pode ser expressa na fórmula: desagregação + competição + incentivo* (p. 152)”. Nesse cenário se inserem as fundações estatais, as empresas públicas de direito privado, as organizações sociais e outros formatos de repasse da gestão pública ao mercado.

A diversificação do formato de gestão na área da saúde aponta para a redução das políticas públicas e a aceitação do esgotamento do governo enquanto mediador das tensões sociais geradas pela ordem capitalista. A lógica do bem-estar social utilizada no pós-guerra como reconstrução e fomento de renda mínima para consumo e circulação do capital não está mais em pauta. As corporações financeiras apostam agora no setor privado como responsáveis pela provisão dos serviços antes de responsabilidade do Estado, apresentando a imagem pública e social das empresas como fonte de lucro e visibilidade. A partir de consensos emergentes, numa espécie de superioridade moral da nova sociedade civil, Dupas (2003) aponta o deslocamento do governo para o terceiro

setor, num empobrecimento da discussão pública e política, em que se modifica o sentido das relações as partes: privatiza-se o público e publiciza-se o privado.

O processo de publicização das instituições privadas, ou seja, a inserção do privado no espaço público e a redução do tamanho do Estado na prestação dos serviços sociais, se fortalece a partir de aparato político e econômico que mantém progressivamente o processo de desfinanciamento da saúde, fragmentação da força de trabalho e flexibilização das garantias sociais.

O contexto apresentado fala das marcas que o processo de austeridade neoliberal tem deixado nos anos mais recentes, sobretudo nos países periféricos e dependentes da economia das “grandes nações”. Um processo marcado pela ampliação da pobreza, da miséria, da violência, da barbárie, da fome e da morte. Um processo marcado pelo descarte do social, do humano, da saúde, da educação, da moradia, da alimentação. Um processo de austeridade que fala de números, taxas, percentuais, mas não fala de cuidados, direitos e acesso universal. Um processo que descarta o SUS em prol do lucro e da acumulação. Que traz novos formatos de gestão, desconsiderando a saúde pública como sistema de construção de um outro formato de cuidar. Um processo que merece e exige o debate no intuito de revelar os reais interesses, quem ganha e quem perde nessa relação de forças.

Referências

BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 4ª ed, São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2022. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional** : conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília. Disponível em:

<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf>.

Acesso em 05 de maio de 2023.

DUPAS, G. **Tensões contemporâneas entre o público e o privado**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FILIPPON, J., et al (org). Introdução. In: FILIPPON, J., et al. **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022, p. 11-25.

MARQUES, R.M.; M.R.J., FERREIRA. A situação financeira do SUS na pandemia de Covid-19. In: FILIPPON, J., et al. **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022, p. 96-116.

MENDES, A.; CARNUT, L. A política do capital na crise e o desmonte recente da saúde pública no capitalismo dependente brasileiro. In: FILIPPON, J., et al. **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022, p.148-174.

MORAES, L.; BAHIA, L. Organizações sociais de saúde: interseções entre o gerencialismo, a terceira via e o terceiro setor. **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022, p.56-95.

NAKATANI, P.; STOCCO, A.F. Austeridade e crise nas últimas décadas. In: FILIPPON, J., et al. **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022, 29-55.

OLIVEIRA, L. M et al. Análise da dinâmica de redes dos atos de concentração econômica em empresas da área da saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 30, n. 3, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190785> . ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190785>. Acesso em 21 de maio de 2024.

SODRE, F.; LAZARINI, W.S.; SIQUEIRA, C.E. Agências multilaterais e o papel prescritor de políticas de saúde. In: FILIPPON, J., et al. **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022, p.211-225.