

O desmonte da política de saúde sob a gestão das organizações sociais
El desmantelamiento de la política de salud bajo la gestión de las organizaciones sociales

The dismantling of health policy under the management of social organizations

Recebido: 02/06/2020

Aprovado: 31/10/2020

Publicado: 13/11/2020

Nathália Moreira Albino¹

Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni²

Esta é uma reflexão realizada no período entre outubro de 2019 e abril de 2020 com o objetivo de analisar as contrarreformas na política de saúde a partir das recorrentes privatizações no âmbito da política, com enfoque às Organizações Sociais da Saúde. O estudo considerou 17 referências e, é apresentado em duas vertentes temáticas: *a privatização da saúde e a valorização do capital*; e, *as organizações sociais na gestão da saúde*. Verificou-se a subsunção do Sistema Único de Saúde às macrodeterminações do capital financeiro. Como expressão dos ataques do capital, ressaltam-se os entraves para garantir uma saúde estatal e de qualidade, a partir das diversas formas de privatização e apropriação dos recursos públicos, especificamente da saúde. As Organizações Sociais têm sido apresentadas como uma nova estratégia de ampliar a cobertura assistencial e modernizar a gestão dos serviços de saúde, porém, na prática se configura como novo modelo de gestão privatizante sem compromisso com os princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde.

Descritores: Política de saúde; Privatização; Organização social.

This is a reflection carried out in the period between October 2019 and April 2020 with the aim of analyzing the counter-reforms in health policy from the recurring privatizations within the scope of the policy, focusing on Social Health Organizations. The study considered 17 references and, is presented in two thematic areas: *health privatization and capital appreciation*; and *Social organizations in health management*. There was a subsumption of the Unified Health System to the macro-determinations of financial capital. As an expression of attacks by capital, the obstacles to guarantee state and quality health are highlighted, based on the various forms of privatization and appropriation of public resources, specifically health. Social Organizations have been presented as a new strategy to expand assistance coverage and modernize the management of health services, however, in practice it is configured as a new privatizing management model without commitment to the principles defended by the Unified Health System.

Descriptors: Health policy; Privatization; Social organization.

Esta es una reflexión realizada en el período comprendido entre octubre de 2019 y abril de 2020 con el objetivo de analizar las contrarreformas en la política de salud a partir de las recurrentes privatizaciones en el ámbito de la política, con énfasis en las Organizaciones Sociales de Salud. El estudio consideró 17 referencias y se presenta en dos áreas temáticas: *la privatización de la salud y la valorización del capital*; y, *las organizaciones sociales en la gestión de la salud*. Se verificó la subsunción del Sistema Único de Salud a las macrodeterminaciones del capital financiero. Como expresión de los ataques del capital, se destacan los obstáculos para garantizar la salud estatal y de calidad, a partir de las diversas formas de privatización y apropiación de los recursos públicos, específicamente de la salud. Las Organizaciones Sociales se han presentado como una nueva estrategia para ampliar la cobertura de la atención de salud y modernizar la gestión de los servicios de salud, pero en realidad se configura como un nuevo modelo de gestión privatizadora sin compromiso con los principios que defiende el Sistema Único de Salud

Descritores: Política de salud; Privatización; Organización Social.

1. Assistente Social. Especialista em Políticas Públicas e Sociais da Saúde. Mestre em Política Social. Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Franca, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-4055-7319 E-mail: natiiii_13@hotmail.com

2. Assistente Social. Especialista em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. Mestre em Ciências Médicas. Doutora em Serviço Social. Pós Doutora em Ciências Sociais Aplicadas. Professora do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UNESP, Franca, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-0691-7528 E-mail: andreialiporoni@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Direito garantido não se compra e não se vende. Essa assertiva, proclamada pelos movimentos em defesa de um sistema público de saúde, vem sendo rechaçada com mais intensidade pelo atual governo, com o discurso de inviabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema público.

As propostas de reforma na saúde visam integrar o setor privado, a saúde suplementar, o mercado, o SUS e incluem a adoção de planos populares de saúde. Esse conjunto de medidas faz parte da alternativa central do capital em seu processo de desregulamentação, que teve ascensão com os neoliberais, e atualmente tem apostado nos mecanismos do mercado para recuperar o equilíbrio.

No Brasil foram adotadas diversas iniciativas voltadas para o enquadramento “negativo” da ação do Estado, como cortes em gastos públicos, privatizações e desregulamentação, bem como para reconfigurar de forma “positiva” a gestão e administração pública, a chamada reforma administrativa do aparelho de Estado, ou a contrarreforma do Estado¹.

O termo reforma, historicamente vinculado à luta das classes subalternas e na perspectiva de ampliação de direitos, foi capitaneado pela ideologia neoliberal para justificar a necessidade de enxugamento do Estado, resultando num processo de contrarreformas², com vistas a reduzir e eliminar os direitos conquistados pelos trabalhadores.

Os neoliberais não identificam a crise como do capital, mas a concebem como uma crise do Estado e a principal medida é investir na relação entre Estado e mercado na “promoção do desenvolvimento”³.

As Organizações Sociais da Saúde (OSS) surgiram no Brasil a partir da abertura de possibilidades para a gestão pública após a Reforma do Estado, nos anos 1994/1995. Emergiram como nova modalidade voltada à função social da gestão e oferta de serviços de saúde, vinculadas ao modelo de parcerias público-privadas⁴.

O discurso anunciado no processo de sua criação foi o de permitir a produção não lucrativa de bens e serviços não exclusivos do Estado. Para um dos principais idealizadores da Reforma⁴ o “terceiro setor” se apresenta como uma das formas de redefinição do papel do Estado, ao passo que deixa de ser o responsável direto pela provisão de bens e serviços e se fortalece enquanto promotor e regulador deste desenvolvimento econômico e social. As recomendações para a reforma do Estado foram introduzidas pelo governo Collor e com mais radicalidade pelo governo Fernando Henrique Cardos e, posteriormente, usado pelos governos Lula e Dilma.

Com os ideários neoliberais, a contrarreforma do Estado instituiu numa 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. Assim, este estudo tem como objetivo analisar as contrarreformas na política de saúde a partir das recorrentes privatizações no âmbito da política, com enfoque às Organizações Sociais da Saúde.

MÉTODO

Esta é uma reflexão que utilizou artigos e documentos, com análises da política de saúde no Brasil; da privatização no âmbito da política, em especial, a transferência da gestão das unidades públicas para OSS. Na pesquisa documental, se focou em leis e documentos que discorrem sobre o aprofundamento da contrarreforma da saúde sob a gestão das Organizações Sociais (OS).

Foram estudados documentos como o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), leis, portarias governamentais, reportagens de jornais e revistas sobre a política de saúde, bem como as propostas defendidas pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde,

que se apresenta como mecanismo de articulação dos movimentos contra-hegemônicos na saúde.

A fundamentação teórica e metodológica deste trabalho baseou-se na razão dialética da teoria social crítica. E as reflexões que embasaram a construção deste trabalho ocorreram no período entre outubro de 2019 e abril de 2020.

RESULTADOS

O estudo considerou 17 referências e, é apresentado em duas vertentes temáticas: *a privatização da saúde e a valorização do capital*; e *As organizações sociais na gestão da saúde*.

DISCUSSÃO

A formulação da Lei nº 9.637/1998⁵ serviu de base para as promulgações posteriores das leis subnacionais e teve como base a definição de OS apresentada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que preconizava um modelo de organização pública não estatal responsável pelas atividades “publicizáveis”, para estabelecer uma parceria entre Estado e sociedade baseada em resultados de desempenho.

As OS não se conformam como um tipo novo de pessoa jurídica, isto é, esta condição diz respeito apenas ao título jurídico especial conferido pelo poder público para atender aos requisitos de constituição e funcionamento instituídos por lei. O Estado continua a financiar as atividades públicas, absorvidas pelas OS que foram habilitadas para assumir os serviços e estas serão responsáveis pelos resultados acordados via contratos de gestão⁶.

Entretanto, é possível identificar algumas divergências no âmbito jurídico no que tange ao poder discricionário do Executivo na qualificação das OS. Ao contrário do que preconiza o MARE e legislações decorrentes, a decisão administrativa de viabilizar o título de uma OS e negar outra, quando ambas atendem as condições legais, se traduz em ato que fere o princípio da isonomia⁷.

As OS por se configurarem como entidade de direito privado possuem uma autonomia administrativa maior que aquelas possíveis dentro do Estado, o que representa vantagens na contratação de profissionais, nas condições do mercado, na criação de normas e regimentos próprios para compras e contratos, que ficam dispensados de realizar licitação, além de terem flexibilidade na execução orçamentária e financeira⁸.

A possibilidade de contratação de pessoal fora dos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) demonstra as vantagens sobre outras formas de organizações estatais. As condições e abertura para o setor privado apontam a flexibilidade assumida pela administração pública e também explicam a grande adesão ao modelo de gestão das OSS por gestores estaduais e municipais de saúde em todo país⁹.

Outra questão importante está no fato de a Lei nº 9.637/1998 e as subsequentes leis subnacionais aceitarem a remuneração dos dirigentes destas OS, no qual o valor é estipulado pelo conselho administrativo da entidade, o que não era possível pelas legislações anteriores à Reforma do Estado, no que tange as entidades privadas sem fins lucrativos¹⁰.

Verifica-se que 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.

Nas leis federais das OS constata-se que não existe garantia de exclusividade do atendimento aos usuários do SUS, desconstruindo o aparente perfil público destas entidades, pois, essa condição fere o princípio constitucional de acesso universal e igualitário aos serviços. Faz-se necessário ressaltar que as instituições que ofertam a “dupla porta” historicamente privilegiam os interesses privados, como por exemplo, planos e seguros de saúde, o que justifica a forte interlocução das OSS com o mercado e nichos lucrativos no âmbito da política¹¹.

A privatização da saúde e a valorização do capital

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 privado⁵.

A privatização consiste na transferência de funções e responsabilidades do setor público, integralmente ou em parte, para o setor privado¹². A privatização pode ser definida como *processo em que as entidades não governamentais são envolvidas e participam do financiamento e da provisão de serviços de saúde*. A “privatização ativa” é o estímulo realizado pelos próprios governos, que através de suas decisões políticas, fortalece o crescimento da participação privada na saúde¹³.

No 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” (Organizações Sociais - OS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, Fundações Estatais de Direito Privado - 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”.

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 Constituição Federal – CF - de 1988¹⁴ e as diferentes formas de interpretá-la) que instâncias governamentais, situadas nas três esferas do governo, tem 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 pública e filantrópica-privada 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, ou seja, o setor privado, que deveria atender de forma complementar, assumiu centralidade no setor público.

Ao instituir essas entidades, o Estado busca apresentar soluções para 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 intenta 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.

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 cumpre com as metas 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.

As organizações sociais na gestão da saúde

Os chamados “novos modelos de gestão” trouxeram mudanças e desafios importantes na configuração do sistema de saúde brasileiro que se expressam a partir de mudanças na legislação e na criação de novas personalidades jurídicas como, as OS e as fundações estatais de direito privado. No entanto, a primeira instituição não é recente. Ela advém das propostas de contrarreforma do Estado, idealizadas por Bresser Pereira em 1995⁴, mas foi a partir do final dos anos 2000 que diferentes governos municipais e estaduais intensificaram sua adoção.

Paralelo ao modelo assistencial privatista surge no governo de FHC o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) que visava reorganizar a máquina pública, isto é, uma administração que passaria a ser chamada de “gerencial” e seria orientada pelos valores da eficiência, efetividade, eficácia e flexibilidade, ressaltando que: “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado”⁴.

Nessa direção, de tornar mínimo o papel do Estado e seguir com a focalização (atendimento aos mais pobres), o plano reformista apontou quatro setores fundamentais que redirecionariam as prioridades das ações estatais, afetando principalmente o setor saúde, que foram: 1) núcleo estratégico, sendo o setor que define as leis, o planejamento e a formulação das políticas públicas; 2) atividades exclusivas, que somente o Estado realizaria; 3) serviços não exclusivos, que corresponde a simultaneidade entre a ação do Estado com organizações públicas não estatais e privadas; 4) produção de bens e serviços para o mercado, voltada para o lucro⁴.

O intuito do governo era converter os serviços públicos de educação, saúde e meio ambiente para as OS, isto é, entidades de direito privado, sem fins lucrativos, realizando sua administração através do orçamento público. Em outras palavras, a proposta da reforma administrativa transferir atividades que até então eram exercidas pelo Poder Público, para as OS e que melhor seriam exercidas pelo setor privado, sem exigência de concessões ou permissões.

A contrarreforma neoliberal do Estado apostou nas OS 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”.

De acordo com o documento (PDRAE) o aparelho do Estado abrangeria quatro setores. O primeiro núcleo estratégico corresponderia ao poder executivo, o poder legislativo, o judiciário e o Ministério Público. O segundo, diz respeito ao setor de atividades exclusivas, em que o

Estado exerce o poder de fiscalizar, regulamentar e fomentar, como por exemplo, a cobrança de impostos e serviços de trânsito⁴.

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 denominados de conglomerados¹⁵. Esses grandes grupos contam com empresas de seguro 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 ações¹⁶.

Esses projetos que visam transformar o modelo de gestão das políticas sociais estão alinhados ao mercado privado e segue as recomendações dos agentes financeiros internacionais, ao utilizarem do discurso de ineficiência do setor público e, introduzir modalidades privatizantes que tem como foco central, a acumulação do capital financeiro internacional, em detrimento de políticas universais¹⁷.

CONCLUSÃO

O Estado brasileiro, que deveria cumprir as funções de coordenar, financiar e executar as políticas públicas segue o modelo de administração pública gerencial que foi proposto pelo MARE, desde o governo de Fernando Henrique Cardoso, com as propostas de enxugamento do Estado, a partir das parcerias público-privadas, gestão não exclusiva do Estado, livre mercado. 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.

Fica evidente que a lógica da gestão privada é destruir um conjunto de direitos sociais, ao flexibilizar os direitos dos trabalhadores do serviço público e ao transferir a execução das políticas sociais de saúde e educação para entidades de direito privado, o que inviabiliza 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.

As OS são resultado da contrarreforma do Estado que combina redução de direitos sociais com fortes tentativas de anular as possibilidades de luta e organização política da classe trabalhadora.

Por isso, considera-se necessário resistir aos interesses do capital na saúde que desmontam o SUS e afastam a possibilidade de efetivação dos princípios da Reforma Sanitária. Trabalhadores e usuários da saúde pública poderão discutir e agir de forma coletiva sobre os rumos de uma política pública, universal e de qualidade, e ressaltando a necessidade de um novo projeto societário que atenda aos reais interesses e necessidades da classe trabalhadora, onde a política de saúde e a vida não sejam negociadas e mercantilizadas.

Como limitações deste estudo, ressalta-se a escassez de pesquisas acerca do processo de privatização da política de saúde via OS. Por outro lado, este trabalho aponta relações similares com experiências que adotam a gestão por estas organizações no Brasil, o que permite compreender as particularidades, o desvelamento das contradições e as resistências existentes nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira MA. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. 3ed. São Paulo, Editora Cortez; 2011.
2. Behring ER. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo, Editora Cortez; 2003.
3. Banco Mundial. O desafio do desenvolvimento: relatório sobre o desenvolvimento mundial 1991. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Banco Mundial; 1991
4. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Brasil). A Reforma administrativa do sistema de saúde [Internet]. Brasília, DF: MARE; 1998 [citado em 01 abr 2020]. (Cadernos

- MARE; 13). Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf>
5. Presidência da República (Brasil). Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 15 maio 1998 [citado em 24 mar 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm
6. Cislighi JF. Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto [Internet]. 2010 [citado em 24 mar 2020]. Disponível em: <https://fopspr.files.wordpress.com/2010/08/hospitais-universitarios.pdf>
7. Perim MCM. Organizações sociais e a diretriz da complementariedade: desafios da participação social na saúde. Curitiba: CRV; 2014.
8. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuzu AKI, Silva NAF. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saúde Públ. [Internet]. 2018 [citado em 26 mar 2020]; 34(1):e00194916. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00194916.pdf>
9. Santos VM. A captura do fundo público na política de saúde: o fortalecimento do setor privado. Argumentum [Internet]. 2018 [citado em 26 mar 2020]; 10(3):203-16. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18682>
10. Avança a privatização do SUS por organizações sociais. Rumos [Internet]. 2018 [citado em 26 abr 2020]; 1(1):1-6. Disponível em: <https://sindsaudepr.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-Rumos-abr-mai2018.pdf>
11. Ocké-Reis CO. O plano B ao SUS: entrevista concedida a Maíra Mathias [Internet]. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FioCruz, Notícias, 12 ago 2016 [citado em 24 mar 2020]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-plano-b-ao-sus>
12. Correia MVC, Santos VM. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão. In: Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB, Lima JSB, Souza RO organizadores. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius NPROTEC; 2015. p. 33-41
13. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Públ. [Internet]. 2015 [citado em 24 mar 2020]; 31(4):663-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00663.pdf>
14. Presidência da República (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 5 out 1988 [citado em 24 mar 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
15. Andreazzi MFS. O seguro saúde privado no Brasil. dissertação. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
16. Bravo MI, Andreazzi F. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. Trab Educ Saúde [Internet]. 2014 [citado em 24 mar 2020]; 12(3):499-518. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>
17. Bravo MI, Pelaez EJ, Pinheiro WN. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. Argumentum [Internet]. 2018 [citado em 24 mar 2020]; 10(1):9-23. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>

CONTRIBUIÇÕES

Nathália Moreira Albino participou na concepção, coleta e análise dos dados, redação e revisão. **Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni** contribuiu na redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Albino NM, Liporoni AARC. O desmonte da política de saúde sob a gestão das organizações sociais. REFACS [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(Supl. 3):1086-1098. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

ALBINO, N. M.; LIPORONI, A. A. R. C. O desmonte da política de saúde sob a gestão das organizações sociais. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, p. 1086-1098, 2020. Supl. 3. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Albino, N.M., & Liporoni, A.A.R.C. (2020). O desmonte da política de saúde sob a gestão das organizações sociais. *REFACS*, 8(Supl. 3), 1086-1098. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.