



Universidade de Brasília (UnB)
Instituto de Ciências Humanas (IH)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)

Géssica Oliveira de Albuquerque

**O debate sobre a EBSEH em instâncias de controle social: um estudo
exploratório.**

Brasília (DF)

Agosto/2017

Géssica Oliveira de Albuquerque

**O debate sobre a EBSEH em instâncias de controle social: um estudo
exploratório.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB).

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Guedes

Brasília (DF)

Agosto/2017

Banca Examinadora

Prof. Dr. Cristiano Guedes – Orientador
Programa de Pós-Graduação em Política Social
Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Lucélia Luiz Pereira – Membro titular
Programa de Pós-Graduação em Política Social
Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Vanessa Canabarro Dios – Membro titular
Instituto Anís; Escola Superior de Ciências Saúde

Prof^a Dr^a Denise Bomtempo Birche de Carvalho
Programa de Pós-Graduação em Política Social
Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Ana Lúgia e Edson Clebenir, pelo apoio e amor sem medidas durante toda a minha vida.

Agradecimentos

A Universidade de Brasília pela oportunidade de formação em Serviço Social e ingresso no programa de pós-graduação em Política Social.

Ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e aos colegas de curso por toda a troca de conhecimento durante esses últimos anos.

Ao meu orientador, professor doutor Cristiano Guedes, por toda paciência, generosidade, trocas, dedicação, compromisso durante todos os anos juntos, e, sobretudo, pela inspiração de como o processo de aprendizado deve ser.

Aos membros da banca de qualificação, professora doutora Denise Bomtempo, professora doutora Lucélia Luiz e professora doutora Andreia Oliveira, pelas contribuições para o desenho da pesquisa.

Aos membros da banca de defesa, professora doutora Denise Bomtempo, professora doutora Lucélia Luiz, professora doutora Vanessa Canabarro Dios, pela disponibilidade e aceitação do convite para participação da banca.

A minha equipe de trabalho, Luiz Henrique, Camila Santiago, Camila Alvarenga, Jane Leite, Rosangela Fraga, Liliane Ferreira, Juliê Pena, Lidiane Ribeiro, por toda generosidade, apoio e concessões durante esse processo do mestrado. A vocês toda gratidão pelo ensinamento da valorização da evolução do próximo.

A minha grande amiga e parceira, Fernanda Steffane, pelo incansável apoio desde o processo de submissão de candidatura ao programa de pós-graduação até a fase de conclusão do mestrado.

RESUMO

A EBSEERH configura-se como novo modelo de gestão do SUS, que se apresentam como consequências da contrarreforma do Estado, iniciada na década de 1990. O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado materializa a proposta de contrarreforma do Estado, apresentando a proposta de transferência dos setores não exclusivos do Estado para organizações sociais. Os novos modelos de gestão para o SUS vão sendo construídos, a partir de então, por meio do molde preconizado no plano diretor. As instâncias de controle social institucionalizadas integram a estrutura do sistema e se apresentam como espaços de participação da sociedade na formulação, na execução, no acompanhamento e na fiscalização da política de saúde. Considerando que a empresa representa a tentativa de privatização do maior complexo hospitalar de médio e grande porte do país, e pensando as instâncias de controle social como espaços importantes para o direcionamento da política de saúde pública do Brasil, o objetivo principal da pesquisa é investigar os debates sobre a criação e implantação da EBSEERH em instâncias institucionalizadas de controle social no período de 2011 e 2013. Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório. Realizou-se análise documental das atas do Conselho Nacional de Saúde e o Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Os resultados da pesquisa apontam para a intensa realização de discussão acerca dos novos modelos de gestão em saúde e da privatização da saúde pública. A EBSEERH aparece no contexto desses debates. Houve diversas recomendações do Conselho Nacional de Saúde e da 14ª Conferência Nacional de Saúde da não criação da EBSEERH, bem como da não adesão aos novos modelos de gestão. Apresenta-se a necessidade de uma agenda de defesa intransigente do SUS, com a garantia do financiamento suficiente para a manutenção e para a implementação real da universalização da política de saúde.

Palavras-chave: EBSEERH; Novos Modelos de Gestão; Contrarreforma do Estado; Privatização do SUS; Controle Social.

ABSTRACT

EBSEERH is configured as a new SUS management model. The new SUS management models are presented as consequences of the counter-reform of the State, which began in the 1990s. The Master Plan for the Reform of the State Apparatus materializes the State counter-reform proposal. It presents the proposal of transference of the non-exclusive sectors of the State to social organizations. The new management models for the SUS are being built, from then on, through the mold recommended in the master plan. Institutions of social control - health councils and conferences - are part of SUS structure and present themselves as spaces for the participation of society in formulating, implementing, monitoring and supervising health policy. Considering that EBSEERH represents the attempt to privatize the largest medium and large hospital complex in the country, and considering the instances of social control as important spaces for the direction of public health policy in Brazil, the main objective of the research is to investigate the Debates on the creation and implementation of the EBSEERH in institutionalized instances of social control in the period of 2011 to 2013. This is a qualitative study, exploratory in nature. Documentary analysis of the minutes of the National Health Council and the Final Report of the 14th National Health

Conference were carried out. The results of the research point to the intense discussion about the new health management models and the privatization of public health. EBSEH appears in the context of these discussions. There were several recommendations of the National Health Council and the 14th National Health Conference of the non-creation of EBSEH, as well as non-adherence to the new management models. The need for an intransigent defense agenda of the SUS is presented, with the guarantee of sufficient funding for the maintenance and real implementation of the universalization of health policy.

Keywords: EBSEH; New Management Models; State Counter-Reform; SUS privatization; Social Control.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição De Hospitais Universitários Federais.....	37
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Totalização das Dívidas dos HUs	43
---	----

Gráfico 2 - Execução do Orçamento da União em 2010.....	68
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução do Quantitativo de Servidores Civis e Aposentados do Poder Executivo.....	34
---	----

Tabela 2 - Relação de atas analisadas e eixos de discussão do CNS.....	58
--	----

Lista de Siglas e Abreviaturas

14ª CNS – 14ª Conferência Nacional de Saúde

ADIn – Ação Direta de Inconstitucionalidade

Aghu – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

Andes – Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CF de 1988 – Constituição Federal de 1988

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

Fasubra – Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil

FEDPs – Fundações Estatais de Direito Privado

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FHC – Fernando Henrique Cardoso

HUs – Hospitais Universitários

Iapas – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

Ifes – Instituições de Ensino Federais

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MEC – Ministério da Educação

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs – Organizações Sociais

PDRAE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

PL – Projeto de lei complementar

Rehuf – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

RJU – Regime Jurídico Único

STF – Superior Tribunal Federal

Suas – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

Sumário

Introdução.....	12
Capítulo 1 – A Contrarreforma no Brasil e os reflexos na política de saúde	20
Capítulo 2 – A EBSEH e suas Repercussões à Saúde	32
Os novos modelos de gestão em saúde	37
O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf).....	42
A compreensão da EBSEH: debate sobre suas implicações e significados	44
Precarização, Flexibilização e Fragmentação das Relações de Trabalho	46
Autonomia Universitária, Autonomia Profissional e Caráter Hospital-Escola dos Hospitais Universitários.....	48
O Acesso dos Usuários aos Serviços de Saúde.....	49
Controle Social em Saúde.....	50
Capítulo 3 – O Debate sobre a EBSEH e a Privatização do SUS nas Instâncias de Controle Social.	54
2011 – A efervescência dos debates sobre a privatização do SUS e a abertura das discussões sobre a EBSEH.....	62
14ª Conferência Nacional de Saúde: repercussões sobre as tentativas de privatização e a proposta da EBSEH.....	71
2012 – A consolidação da EBSEH como novo modelo de gestão para os hospitais universitários.....	73
2013 – Programa Mais Médicos e EBSEH	83
Considerações Finais	88
Referências Bibliográficas.....	91

Introdução

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) constitui-se como um dos novos modelos de gestão em saúde. O órgão foi criado pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com a finalidade de fazer a gestão dos hospitais universitários (HUs) e garantir a prestação dos serviços de assistência à saúde, bem como dos serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão para a formação de profissionais de saúde.

Segundo Cislighi (2011), Correia (2011), Granemann (2011) e Júnior (2011), os novos parâmetros de gestão em saúde, assim como a EBSERH são entendidos como resultado do processo de contrarreforma do Estado. A contrarreforma se iniciou na década de 1990, ao passo que as conquistas redemocratização – leia-se garantia de direitos sociais como saúde, educação, assistência social, previdência social no texto constitucional – do recente processo de do Brasil, procuram terreno para se firmar e estabelecer.

A contrarreforma do Estado ganha materialidade a partir da elaboração do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), de Bresser-Pereira, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). O PDRAE (1995) ambicionava criar condições para a reestruturação da administração pública em bases modernas e racionais. Procura-se criar mecanismos para que a gestão da administração pública fosse pautada pela eficiência, a partir de controle de resultados e da descentralização de serviços, para que o poder pela administração alcançasse o cidadão.

Nesse sentido, a gestão da administração pública deve fazer a transição do modelo “burocrático” para o modelo “gerencial”. O segundo garantiria que as condições ambicionadas para uma gestão moderna e racional fossem atingidas. De acordo com Brasil (1995), o modelo de administração burocrático pautava-se por padrões hierárquicos rígidos e por controle de processos – não de resultados como propõe o modelo gerencial – e isso resultou numa administração lenta e ineficiente para a magnitude e complexidade dos desafios que o Brasil passou a enfrentar com a globalização econômica.

Dentre as várias propostas do PDRAE, destacar-se-á aqui o programa de publicização, que se baseia na transferência de serviços não exclusivos do Estado – saúde, educação, cultura e pesquisa científica – para a o setor público não estatal, com

vistas a estabelecer uma parceria entre o Estado e a sociedade para seu financiamento e controle. Aponta-se que o importante é atender milhões de cidadãos com qualidade a baixo custo. Como estratégia para a efetivação do programa de publicização adota-se a transformação das fundações públicas em organizações sociais (OSs). Caracteriza-se as OSs como entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para contrato de gestão com o poder executivo.

A apresentação do PDRAE trouxe como consequência à criação e à regulamentação das OSs, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), por meio das Leis nº 9.637/98 e nº 9.790/99 respectivamente. E, ainda, a proposta de regulamentação das Fundações Estatais de Direito Privado por meio do Projeto de Lei Complementar nº 92/2007. É com a criação e regulamentação dessas instituições que o debate sobre os novos modelos de gestão no SUS vem à tona.

A EBSEH configura-se como o mais recente modelo de gestão e apresenta implicações tanto para a política de saúde quanto para a política de educação. Entende-se a criação da empresa como a continuidade do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (Rehuf), instituído pelo Decreto nº 7.082/2010. O programa tem como principal objetivo

[...] criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. (BRASIL, 2010).

O Rehuf coloca como diretriz para os hospitais universitários a melhoria nos processos de gestão e aponta como uma das medidas a ser tomada a modernização da gestão dos hospitais universitários (BRASIL, 2010). Dessa maneira, percebe-se que já havia intenção de criação da EBSEH. No entanto, a empresa constitui a tentativa de privatização do maior sistema hospitalar brasileiro (CORREIA, 2011).

A EBSEH é problematizada como uma ameaça de destruição aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) garantidos na Constituição Federal de 1988 (CF de 1988). Essa interpretação se justifica com base na configuração da empresa como entidade pública de direito privado. A base legal de sustentação das empresas públicas de direito privado provém da época de ditadura militar, não sendo compatível com o projeto de expansão da política de saúde.

De acordo com Bahia (2006), sobre o SUS, faz-se necessário destacar que ele é constituído com base na CF de 1988, que é uma declaração de compromisso com a construção de um Estado democrático de direito, fundamentado no princípio da cidadania. A saúde se consagra como direito de todos e todas e dever do Estado. As Leis Orgânicas da saúde, nº 8.080, de 1990, e a nº 8.142 de 1990, dão materialidade ao SUS e estabelecem as condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Dessa forma, são estabelecidos os princípios e diretrizes norteadoras para o funcionamento do SUS. Noronha, Lima e Machado (2012); Albrecht, Bordin e Rosa (2017) destacam:

- 1) A universalidade de acesso em todos os níveis de assistência – o acesso universal significa que todos têm o mesmo direito a obter as ações e serviços de saúde que necessitam. A universalidade implica na substituição do modelo contributivo de seguro social que condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social. Assim, as condições socioeconômicas e o acesso ao trabalho não devem interferir no acesso da população aos serviços de saúde;
- 2) Equidade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie – o acesso ao SUS deve ser orientado somente por razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde. Reitera-se, a partir desse princípio, que não pode haver discriminação no acesso aos serviços de saúde por qualquer que seja o motivo. Inicialmente o conceito de equidade estava relacionado a igualdade (quando é apresentado pela primeira vez numa cartilha do Ministério da Saúde), contudo o enfoque de igualdade passa a ser substituído gradualmente pela ênfase na redução das disparidades sociais e regionais existentes do país;
- 3) Integralidade na assistência – conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. No âmbito mais geral, pode-se entender a integralidade também como a articulação necessária entre as políticas econômicas e sociais no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde/doença;
- 4) Participação da comunidade – garantia de que a população, por meio de suas entidades representativas, possa participar dos processos de formulação de diretrizes para a saúde, fiscalização, controle e avaliação de ações e serviços executados nas diferentes esferas do governo;
- 5) Descentralização política-administrativa – a partir da descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Reforça-se a importância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde.

A Lei nº 8.142/1990, em complementariedade à Lei nº 8.080/1990, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e também dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Assim, como menciona Correia (2006), concebe-se, na área da saúde, a participação da sociedade civil na formulação dos planos, projetos e programas, no acompanhamento de suas execuções e até mesmo na definição de alocação dos recursos para o atendimento dos interesses da coletividade a partir de instâncias de participação da comunidade.

As instâncias institucionalizadas de controle social são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. A segunda tem a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Já os Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. É importante dizer que a composição dos conselhos, sendo: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades de trabalhadores de saúde; 25% de representação do governo e de prestadores de serviço. (BRASIL, 1990b).

Os novos modelos de gestão, incluso a EBSEH, trazem preocupações acerca da proposta e regulamentação legal do SUS. Correia (2011) aponta implicações como:

- 1) A privatização do que é público – trata-se de uma tendência do fundo público ser colocado a favor da reprodução do capital, apropriando-se dos recursos disponibilizados a política pública de saúde.
- 2) Contrariedade a legislação do SUS – o sistema privado de saúde passa a ser continuamente usado como substitutivo do sistema público de saúde, sendo que os mecanismos legais limitam o sistema privado de saúde à complementariedade do sistema público de saúde.
- 3) Precarização das relações de trabalho – abre-se a possibilidade de contratação sem concurso público, além de estabelecer como regime de contratação a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que aponta para a quebra da estabilidade do servidor público.
- 4) Limitação do controle social – não há previsão do controle social nessas entidades e flexibiliza procedimentos de contratação de serviços e compras, na tentativa de contornar os sistemas de fiscalização e controle interno e externo dos gastos públicos.

Para além desses apontamentos, a EBSEH traz implicações para a autonomia universitária nas suas dimensões didático-científica, administrativa e de gestão

financeira e patrimonial, prevista no art. 207 da CF de 1988, e para a formação profissional, já que a formação de profissionais de saúde terá orientação a partir da lógica de saúde como mercadoria.

Tendo em vista as considerações feitas, apresenta-se como objetivo principal desse trabalho investigar os debates sobre a criação e implantação da EBSEH em instâncias institucionalizadas de controle social no período de 2011 e 2012. Como objetivos específicos, têm-se: 1) analisar os discursos nos documentos das instituições de controle social; 2) analisar os argumentos que fundamentam as posições dessas instituições; 3) verificar em que medida existem tentativas de privatização ou redução do papel do Estado a partir do debate sobre a EBSEH.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo, já que irá trabalhar com o universo dos significados (MINAYO, 2010), uma vez que nesse tipo de pesquisa a análise dos dados se constitui a partir de interpretações feitas pelo pesquisador acerca do conteúdo dos dados. Além disso, o caráter qualitativo da pesquisa se justifica pela análise documental com vistas a compreender os novos modelos de gestão em saúde.

A pesquisa tem cunho exploratório, pois apresenta como uma finalidade: a aproximação com um tema pouco estudado. Em pesquisa rápida na plataforma Scielo encontrou-se somente quinze artigos com a palavra-chave “EBSEH”, dois artigos com o termo “privatização da gestão em saúde” e três artigos para “contrarreforma e saúde”. As pesquisas exploratórias apresentam como objetivo apresentar uma visão mais geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 2012). O mesmo autor (2012, p. 27) aponta que as pesquisas exploratórias “habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso”.

Adotou-se, nesse estudo qualitativo, a concepção reivindicatória participativa. Creswell (2010) sinaliza que essa concepção defende que a investigação e a pesquisa devem estar interligadas à política e à agenda política. A pesquisa contém um papel transformador e com efeito pode mudar a vida dos participantes e do pesquisador, as instituições nas quais os indivíduos se vinculam. Estudos guiados com essa concepção tratam questões relacionadas a questões sociais atuais, tais como desigualdade, opressão, dominação, alienação. Ressalta-se que, embora não haja participação direta de indivíduos no desenho dessa pesquisa, essa perspectiva pode trazer contribuições e

transformações à sociedade, que, até, se caracteriza como o principal objetivo da pesquisa científica.

Utilizou-se a pesquisa bibliográfica para elaboração do referencial teórico do trabalho. Esse tipo de coleta de dados se constitui a partir de material já elaborado, tais como livros e artigos científicos. Foram utilizados os principais portais de pesquisa de artigos científicos, Scielo, bem como bancos de teses e dissertações – Capes, BDTD, UnB – disponíveis *online*. Para o levantamento bibliográfico, explorou-se as palavras-chave: Contrarreforma do Estado, EBSEH, Novos modelos de gestão.

Também se fará uso de pesquisa documental para compor o estudo. Essa pesquisa se utiliza de materiais que ainda não receberam tratamento analítico (GIL, 2012). As fontes documentais podem ser de inúmeras espécies. Para este estudo, manuseamos as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Nacional de Saúde¹ (CNS) no período de 2011 a 2012, que apresentem discussão dos membros integrantes do conselho referente a EBSEH. Documentos elaborados pelo CNS relacionados ao tema dessa pesquisa também poderão constituir fontes documentais. O relatório final da 14^o Conferência Nacional de Saúde (14^a CNS) será documento de análise.

O período da pesquisa limita-se aos anos de 2011 e 2013, tendo em vista a efervescência do debate sobre a EBSEH. A empresa teve seu processo de consolidação nos anos citados. Assim, o recorte temporal proposto abarca a discussão mais intensa sobre a EBSEH.

O CNS foi escolhido por ter como finalidade

[...] atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados. (BRASIL, 2008).

Portanto, o CNS pode fiscalizar as ações e os serviços de saúde fornecidos pela EBSEH, bem como apontar se a direção da Política Nacional de Saúde vai de encontro ou não aos novos modelos de gestão.

A 14^a CNS foi escolhida primeiro por estar dentro do período temporal proposto de análise, e segundo porque reflete as discussões ocorridas durante todo o ano de 2011

¹ As atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CNS estão disponíveis *online* em: Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 20 ago. 2017.

acerca dos novos modelos de gestão e da proposta da EBSEH – proposta está aprovada como lei, após a realização da conferência nacional de saúde. Além disso, tendo em vista que o papel das conferências em saúde é o de avaliar a situação e de saúde e propor diretrizes para a política de saúde, considera-se que a análise dos debates nesse espaço é importante para o objetivo desse trabalho.

Os passos no processo de análise e interpretação dos dados do material levantado serão aqueles identificados por Gil (2012) e Creswell (2010): 1) seleção e organização dos dados a serem analisados; 2) Leitura e percepção geral das informações disponíveis para interpretação; 3) codificação dos dados, que consiste na construção de um sistema de categorias definidos através leitura do material coletado; 4) definição de unidades de análise que permitirá descrição de informações sobre o objeto de análise; 5) definição de como de como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa; 6) análise e interpretação dos dados obtidos, extração de significados.

A confiabilidade e a validade da exposição dos resultados é um processo constante em todas as etapas da pesquisa. Significa dizer que o pesquisador pode verificar a clareza dos dados com base na documentação do máximo de passos possível dos procedimentos. Assim, é necessário a exposição de todos os passos e procedimentos realizados no estudo a fim de verificar a precisão e credibilidade dos resultados.

Além de se pensar em todo o processo metodológico de pesquisa, deve-se considerar as questões éticas que podem surgir durante todo o processo de estudo. Creswell (2010, p. 116) aponta a necessidade dos pesquisadores de

[...] proteger os participantes de sua pesquisa, desenvolver uma relação de confiança, promover a integridade da pesquisa, proteger-se contra conduta inadequada e impropriedades que possam refletir em suas organizações ou instituições, e enfrentar problemas novos e desafiadores. (CRESWELL, 2010, p. 116)

A Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida pela própria resolução.

Destaca-se que a Resolução nº 510, de 2016, caracteriza-se como uma extensão da Resolução nº 466 de 2012, a qual salienta no dispositivo XIII.3 que coloca que

[...] as especificidades éticas das pesquisas nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas serão contempladas em resolução complementar, dadas suas particularidades. (BRASIL, 2012b).

A Resolução nº 510 de 2016 do CNS considera vários aspectos relativos à pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais para sua construção, outrora desconsideradas na construção de diretrizes de pesquisa². Aponta-se, por exemplo, que

As Ciências Humanas e Sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência na qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico (BRASIL, 2016).

Para fins deste trabalho, a Resolução nº 510, de 2016, determina, em seu parágrafo primeiro, inciso II, a dispensabilidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa projetos de pesquisa que utilizem informação de acesso público. Conceitua-se como informação de acesso público todos os dados que se encontram “disponíveis sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso” (BRASIL, 2016).

Essa dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo fará a discussão sobre a contrarreforma do Estado e seus impactos na política pública de saúde. O segundo capítulo direcionará para o debate sobre a EBSEH e suas implicações. Por fim, o terceiro capítulo trará a análise dos dados obtidos a partir das atas das reuniões do CNS e do relatório final da 14ª CNS.

² Até a Resolução 466 de 2012 do CNS – que aponta que as especificidades da pesquisa em ciências sociais deverão ser tratadas em resolução complementar – os debates sobre ética em pesquisa, o próprio sistema CEP/CONEP e a avaliação dos cuidados éticos em pesquisa social eram construídos a luz de particularidades do âmbito biomédico de pesquisa.

Capítulo 1 – A Contrarreforma no Brasil e os reflexos na política de saúde

A política de saúde no Brasil, impressa como política social, materializa-se através do Sistema Único de Saúde (SUS), que se orienta pelos princípios e diretrizes da universalidade, da equidade, da integralidade, da participação da comunidade, da descentralização político-administrativa, entre outros (BRASIL, 1990a). A política de saúde é posta em evidência, sob uma perspectiva ampliada, com base nas suas diretrizes, impressa no rol dos direitos sociais que devem ser garantidos pelo Estado.

Do ponto de vista legal, a regulamentação da saúde como direito e dever do Estado se dá, a priori, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF de 1988). De acordo com Bravo (2006), a CF representou a promessa de afirmação de direitos sociais em um país que enfrenta altos índices de desigualdade social. Posteriormente, o SUS foi regulamentado e sistematizado pelas Leis n^{os} 8.080/ 90 e 8.142/90.

Para Ocké-Reis (2010), o SUS foi criado como um modelo redistributivo inspirado nas premissas igualitárias do Estado de bem-estar social europeu. Assim, tem-se por pressuposto, que

[...] as disposições legais para que cada cidadão evite o risco de adoecer, tenha suas necessidades médicas e hospitalares atendidas e trate de qualquer sofrimento resultante de lesão, independentemente de sua renda per capita domiciliar e de sua posição no mercado de trabalho. (OCKÉ-REIS, 2010: 101).

Faz-se necessário, portanto, que as políticas que compõem a seguridade social – assistência social, previdência social e saúde – sejam complementares para o alcance da finalidade de cada uma. No caso da política de saúde, a necessidade da articulação das políticas que compõem a seguridade social fica evidente uma vez que os determinantes sociais de saúde englobam a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

A exemplo do que seria a complementariedade entre as políticas da seguridade social, pode-se citar as práticas e as ações intersetoriais entre saúde e assistência social. A política de assistência social é apresentada como parceiro de programas indicados pela saúde.

Contudo, para Couto (2015), cabe ressaltar que a política de assistência social foi regulamentada ainda mais tardiamente que a da saúde. O SUAS, pautado pela Política Nacional de Assistência Social de 2004, apresenta-se como um sistema único de gestão nacional, pública, de dever do Estado e de direito de cidadania.

O SUS é fruto de lutas sociais pela garantia do direito à saúde, sendo a mais notável delas o Movimento de Reforma Sanitária. Segundo Aguiar (2011), esse movimento faz parte de um projeto articulado ao longo dos anos de 1970 e 1980 e tinha como ambição um sistema de saúde público que garantisse a universalização do direito à saúde, um modelo com ênfase na integralidade e uma clara defesa da participação social de forma institucionalizada para a discussão dos rumos da política de saúde.

Para Escorel (2015), a articulação do movimento sanitário se iniciou com base em uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e compartilhavam de uma visão e linha de atuação que tomou forma como movimento sanitário. Correa (2006) e Escorel (2012) salientam que o movimento contava com a congregação de profissionais de saúde e pessoas vinculadas ao setor, movimentos sociais, intelectuais que pensavam na mudança do modelo médico assistencial-privatista para uma abordagem com referencial médico-social em prol da consecução da saúde como direito de cidadania.

A proposta do projeto do Movimento de Reforma Sanitária foi legitimada na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Na ocasião, propunha-se um sistema único de saúde como alternativa ao modelo em vigor a época, desvinculando o acesso à saúde da contribuição com a previdência social³. Tais princípios se vinculavam a três eixos principais: 1) organização dos serviços – descentralização dos serviços, integralização das ações, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços, fortalecimento do papel do município, entre outros –; 2) condições de acesso e

³ Cabe ressaltar que até a Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, a assistência à saúde era garantida àqueles vinculados e contribuintes do sistema de previdência social. Ao longo da história do Brasil, os sistemas de previdência social sofreram reformulações. Inicialmente, em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Em 1930, foram substituídos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A fusão dos IAPs, em 1964, culminou no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que se fundiu com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), em 1990, para formar o Instituto Nacional de Seguridade Social. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que funcionava junto ao INPS, para a cobertura de assistência médica aos contribuintes do sistema previdenciário, foi extinto para que os serviços de saúde passassem a ser cobertos pelo SUS, com a diferença de que o acesso aos serviços de saúde pelo Sistema único de Saúde passou a ser garantido sem a necessidade de contrapartida contributiva.

qualidade – universalização em relação a cobertura populacional, equidade em relação ao acesso daqueles que necessitam de atenção, respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, entre outros –; e 3) política de recursos humanos – isonomia salarial entre as categorias profissionais nos três níveis da federação, capacitação e reciclagem permanentes, admissão por meio de concurso público, estabilidade no emprego, entre outros.

Em 1988, dentre os movimentos, sindicatos e parlamentares que se articularam para fazer pressões na Assembleia Nacional Constituinte, encontra-se o Movimento de Reforma Sanitária para inserir a conquista do SUS no texto constitucional. Segundo Correia (2006), apesar das tensões entre os setores mais progressistas e os mais conservadores, houve a garantia à saúde como direito de todos e dever do Estado.

Destarte, pode-se afirmar que Reforma Sanitária é um projeto civilizatório que compreende um processo de transformação da situação sanitária. Escorel (2012) salienta que alguns elementos são centrais para a Reforma Sanitária. O primeiro seria a democratização da saúde, que implica na elevação da consciência sobre a saúde e seus determinantes, e o reconhecimento do direito à saúde. O segundo é a democratização do Estado e dos seus aparelhos, assegurando a descentralização do processo decisório sobre a política de saúde e o controle social. E, por fim, para a democratização da sociedade, com base no alcance de espaços de organização econômica e de cultura, e/ou distribuição de riquezas e saber, ou ainda mediante uma reforma intelectual e moral.

Entretanto, ressalta-se que a Reforma Sanitária ainda se faz presente como um movimento atemporal. Contudo, não se trata mais de fazer profundas transformações no marco legal-institucional da saúde. Essas mudanças ocorreram e se materializaram em 1988 e 1990. Zigato (2015) diz que reformar, agora, significa cuidar do processo de efetivação dessas mudanças já regulamentadas.

Ockés-Reis (2010) afirma que, apesar dos vinte anos de existência do SUS, o Estado enfrenta dificuldades para materializar o direito social constitucional de assistência à saúde em seu caráter universal e integral. O subfinanciamento não permite a expansão do SUS e causa o racionamento de serviços. Assim, a universalização não se conclui, uma vez que não consegue atender a todos. Observa-se, portanto, um movimento que de um lado

[...] favorece a privatização do sistema de saúde brasileiro por meio do patrocínio do complexo médico-industrial privado, do mercado hospitalar e de planos de saúde, do empresariado médico e da ampliação de subsídios regressivos. De outro, estimula a mercantilização do SUS, a partir do descaso administrativo do ressarcimento; da generalização ilegal do copagamento; da existência de tabelas de pagamento descolada dos custos; da destinação de leitos públicos para o mercado; da apropriação particular dos hospitais universitários; e da desigualdade no acesso ao SUS pela clientela da medicina privada – em contexto de medicalização da sociedade e do consumismo desenfreado de bens, serviços e tecnologias (OCKÉS-REIS, 2010, p. 102).

Importa colocar que apesar da CF de 1988 apontar a saúde como constituinte da seguridade social, algumas contradições são encontradas na redação da constituição. Essas contradições implicam no retardamento ou no embaraço da materialização da saúde em sua universalidade e integralidade.

A CF de 1988, apesar de absorver direitos reivindicados por movimentos sociais – como é o caso da saúde –, incorpora, por outro lado, todo o aparelho estatal estruturado durante a ditadura⁴. Assim, a lógica organizacional adotada sob a Reforma Gerencial introduz o “espírito de gestão empresarial que busca maximizar o lucro da empresa estatal, ao invés da persuasão do interesse público” (ALVES, 2014, p. 157).

A Constituição atribui ao poder público a prestação de serviços públicos, algumas vezes em caráter de exclusividade⁵. Entretanto, os serviços públicos sociais, em especial a saúde e a educação, não fazem parte do rol de serviços públicos exclusivos ao poder público. Para Pietro (2012), no caso desses serviços, apresenta-se dupla possibilidade: prestação pelo poder público com participação da comunidade ou prestação pelo particular.

No que diz respeito especificamente à saúde, o art. 197 estabelece que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública e sua execução deve ser feita “diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988). Nessa mesma linha, o art. 199 aponta que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). Ademais, prevê-se que as instituições privadas poderão atuar de maneira complementar ao SUS e possibilita-se a parceria entre público e privado para a prestação de serviços de saúde.

Ao limitar a reforma da política de saúde ao setor público e garantir liberdade à iniciativa privada, exceto quando presta serviços sob a responsabilidade estatal, a CF de

⁴ Ver DL 200/1967 e DL 900/1969.

⁵ Ver art. 21, X, XI, XII e art. 25 § 2º.

1988 consagrou a dualidade do sistema de atenção à saúde do Brasil. Operam duas lógicas na política de saúde: uma publicista, com vistas a viabilizar o SUS; e outra privatista, no sentido de ampliar a cobertura por planos e seguros de saúde (Menicucci, 2010).

A atuação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde produz efeitos nocivos sobre o SUS

[...] no que se refere à regulação (ausência de planejamento), ao financiamento (elevação dos custos com a duplicação de procedimentos médico-hospitalares, renúncia de arrecadação fiscal, boicote ao ressarcimento, socialização de custos a partir de bens públicos como o banco de sangue, programa de imunização etc.), à organização dos profissionais de saúde (dupla ou tripla militância), à regulação da incorporação tecnológica (pressão do complexo médico-industrial privado) e à equidade de acesso (dupla porta de entrada, dada a capacidade de pagamento da clientela da medicina privada). (OCKÉS-REIS, 2010, p. 104).

Para o mesmo autor, o crescimento da iniciativa privada na saúde, por meio dos planos de saúde, que confronta o SUS, não se inicia a partir da constituição de 1988. Importa colocar que o estímulo ao sistema privatizado de saúde é fomentado por um movimento iniciado em 1968 com convênios entre os Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e as empresas, quando seus segurados passam a ser cobertos por esquemas privados. Desse modo, o Sistema não foi capaz, ainda, de atrair a classe média e o polo dinâmico do trabalho.

O subfinanciamento do SUS, como um dos elementos necessários para análise da atual conjuntura da política pública de saúde no país, está associado as reformas neoliberais. Essas reformas têm atacado o caráter universal e público da saúde por meio de processos “de universalização excludente, de mercantilização e de privatização da saúde” (ZIGATO, 2015, p. 22).

De acordo com Menicucci (2010), outros mecanismos indiretos contribuem para o subfinanciamento do SUS. A insuficiência de recursos, em um primeiro momento, e atualmente suficientes tem barrado avanços na implantação do sistema público. A aprovação da Emenda Constitucional (EC) 29/2000 não demonstra avanços para uma solução satisfatória.

Segundo Menicucci (2010), a EC 29 vincula recursos para a saúde nos três níveis de governo. Contudo, a principal fonte é de origem federal, e as divergências em

relação à sua regulamentação e a origem de recursos têm trazido uma alocação de recursos aquém do esperado com a aprovação dessa emenda.

Dessa forma, entende-se que as reformas neoliberais fazem parte do movimento de contrarreforma do Estado devido ao seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. A contrarreforma constitui-se como um processo que busca recompor a hegemonia burguesa no país adaptando-se às requisições do capitalismo mundial. Esse processo corresponde a programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos agentes financeiros internacionais.

Assim, faz-se necessário compreender a conjuntura em que se realiza a contrarreforma no Brasil. Em contramão, estão as conquistas da Constituição de 1988 e a avalanche neoliberal que atinge o Brasil a partir da década de 1990. O Estado neoliberal, por teoria, deve “favorecer fortes direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio” (HARVEY, 2008, p. 75). Sustenta-se, com base no neoliberalismo, que a eliminação da pobreza pode ser garantida por meio das liberdades de mercado e de comércio.

Em confronto com os direitos sociais conquistados com a Constituição de 1988, assistimos o enfrentamento das crises do capital sob a ideologia neoliberal a partir da década de 1990. Nesse sentido, Behring; Boschetti (2008), dizem que a política econômica de recorte neoliberal apresenta como tendência geral ameaça às políticas sociais, a partir da redução e da restrição de direitos sob o argumento da crise do Estado.

Todavia, observa-se a defesa de um “estado mínimo”, que acabou acarretando a desresponsabilização do Estado sobre as políticas sociais. Assim, as políticas sociais passam a ser continuamente transferidas do Estado para a sociedade civil e acabam se transformando em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos da crise. Para tais autores, prevalece, nesse contexto, o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais: a privatização, a focalização e a descentralização.

Assim, a partir de 1990, nota-se a existência de uma

[...]contraposição entre as políticas econômicas e sociais. Essa se manifesta sobretudo no impacto que as políticas de ajuste e estabilização econômica tiveram na possibilidade de se implementar políticas sociais de impacto efetivo sobre o desenvolvimento social. (COHN, 2013, p. 108).

Essa relação de contraposição, produz um movimento de redução ao mínimo da rede de seguridade social. Logo:

À medida que reduz os recursos dedicados ao bem-estar social e reduz o seu papel em áreas como assistência à saúde, o ensino público e a assistência social, que um dia foram tão fundamentais para o liberalismo embutido, o Estado vai deixando segmentos sempre crescentes da população expostos ao empobrecimento. (HARVEY, 2008, p. 86).

Para Castelo (2012), os danos da agenda neoliberal foram sentidos com efeitos desastrosos sobre as expressões da questão social, ou seja, aumento do desemprego estrutural e perda de direitos sociais básicos, como a precarização das relações trabalhistas e a privatização de bens públicos: saúde, previdência e educação.

Os rebatimentos da política de recorte neoliberal podem ser evidenciados no fundo público, que envolve “toda a capacidade de mobilização dos recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público” (SALVADOR, 2012, p. 7).

De acordo com o mesmo autor, as políticas sociais – educação, saúde, assistência social, previdência, trabalho – têm a maior parte dos recursos de natureza obrigatória e vinculada, por isso conseguem preservar sua execução. No entanto, a vinculação dos gastos não significa que eles serão realizados para garantir justiça social e expandir os benefícios. Fato esse que cerca de ¼ dos recursos liquidados nas funções saúde, previdência e assistência social não passam pelos seus respectivos fundos sociais.

A contrarreforma do Estado materializa-se por meio do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado em 1995, por Bresser-Pereira, como plano de governo de Fernando Henrique Cardoso, em um contexto de tensionamento entre os padrões universalistas das políticas sociais e a política neoliberal. O PDRAE tem como objetivo a “reforma” do Estado com base no conceito de administração gerencial, que consiste em temas atuais de administração e eficiência voltados para o controle de resultados e a descentralização administrativa.

A elaboração do PDRAE se justifica por causa da crise que o Estado brasileiro estava vivenciando. Assim, três elementos eram apontados como integrantes da crise do Estado brasileiro:

(1) como uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa; (2) o

esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no terceiro mundo, e o estatismo nos países comunistas; e (3) a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática (BRASIL, 1995).

O PDRAE distingue a reforma do Estado da reforma do aparelho do Estado. A primeira é “um projeto amplo que diz respeito às várias áreas do governo e, ainda, ao conjunto da sociedade brasileira” (BRASIL, 1995, p. 12). A última, por sua vez, consiste em “tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania” (BRASIL, 1995, p. 12). O PDRAE trata desse segundo conceito. As medidas e as diretrizes apontadas no Plano Diretor são focalizadas para a administração pública federal, mas muitas das propostas poderiam ser aplicadas em âmbito estadual e municipal.

Em relação à administração pública, a ideia do Plano Diretor é transformá-la em “administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão” (BRASIL, 1995, p. 13).

A Plano Diretor aponta, por exemplo, que a administração pública carece de gestão de recursos humanos coerentes. Coloca-se que o Regime Jurídico Único (RJU), que rege o trabalho de servidores nas três esferas de governo, não é adequado pelo seu caráter protecionista e inibidor do empreendedorismo. Assim:

São exemplos imediatos deste quadro a aplicação indiscriminada do instituto de estabilidade para o conjunto de servidores públicos civis submetidos a regime de cargo público e de critérios rígidos de seleção e contratação de pessoal que impedem o recrutamento direto no mercado, em detrimento do estímulo à competência. (BRASIL, 1995, p. 27).

Nessa perspectiva, há uma clara tendência de desregulamentação do trabalho a partir da não estabilidade de servidores, que ficam vulneráveis aos ditames do capital na gestão do trabalho.

Ainda no PDRAE, segundo Pietro (2012), foram considerados quatro setores de atuação do Estado:

- 1) Núcleo estratégico –corresponde aos órgãos do governo no seu sentido *lato*; compreende os poderes Legislativo, Judiciário, Ministério Público e, no Poder Executivo, o presidente da República, os ministros e os demais responsáveis diretamente pelo planejamento e pela formulação de políticas públicas.

- 2) Atividades exclusivas – somente o Estado pode prestar e onde entram os poderes de regulamentar, de fiscalizar, de fomentar, tais como: a cobrança e fiscalização dos impostos; a polícia; a previdência social básica; o serviço de desemprego; a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias; o serviço de trânsito; a compra de serviços de saúde pelo Estado; o controle do meio ambiente; o subsídio à educação básica; o serviço de emissão de passaportes, etc.
- 3) Serviços não exclusivos – correspondem aos setores em que o Estado pode atuar simultaneamente com organizações privadas ou públicas não estatais; são os serviços sociais do Estado, a exemplo das universidades, dos hospitais, dos centros de pesquisas e dos museus.
- 4) Setor de produção de bens e de serviços para o mercado – corresponde à área de atuação das empresas, abrangendo atividades econômicas voltadas ao lucro.

O PDRAE estabelece objetivos específicos a cada um dos setores do aparelho do Estado para o alcance dos objetivos globais do plano. São objetivos globais: aumentar a capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência; limitar a ação do Estado às atribuições que lhe são próprias, passando os serviços não-exclusivos do Estado para propriedade pública não estatal e a produção de bens e de serviços para a iniciativa privada; transferir ações de caráter local da União para os estados e municípios; e transferir ações de caráter regional parcialmente da União para os estados, de acordo com Pietro (2012).

Para o núcleo estratégico, objetiva-se uma política de profissionalização do serviço público, introdução de uma cultura gerencial baseada na avaliação de desempenho, definição e supervisão de contratos de gestão, junto às agências autônomas, responsáveis pelas atividades exclusivas do Estado e às organizações sociais para os serviços não exclusivos.

Para o setor de atividades exclusivas, estabeleceu-se maior participação popular na fixação de políticas públicas, instituição de controle de resultados, transformação de autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências autônomas, escolha de dirigentes de acordo com critérios profissionais.

Para o setor de produção para o mercado, a proposta é a continuidade do programa de privatização, reorganização e fortalecimento dos órgãos de regulação dos

monopólios naturais privatizados, implantação de contrato de gestão com as empresas que não puderem ser privatizadas.

Para o setor dos serviços não exclusivos do Estado, propõe-se um programa de publicização, que consiste na descentralização da execução dos trabalhos que não envolvem o exercício do poder do Estado para o setor público não estatal. Assim, propõe-se a transformação das atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, “entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária” (BRASIL, 1995).

Sobre o programa de publicização e a descentralização da execução dos serviços não exclusivos do Estado, faz-se necessário ter a clareza sobre o significado de descentralizar. Fleury (2014) aponta que existem divergências de modelo para descentralização entre o projeto de reforma sanitária e o projeto neoliberal. O primeiro tem um modelo de descentralização que colocava a necessidade de flexibilidade e adaptação de estratégias a fim de permitir o avanço da universalidade do acesso. A descentralização por orientação do projeto neoliberal, incorporado na contrarreforma do Estado, impõe um contexto de redução do papel do Estado, colocando as políticas sociais em prol da política econômica voltada para a “[...] estabilização monetária e equilíbrio fiscal estrito, conflitos federativos por investimentos (guerra fiscal) e um sistema privado subsidiado por incentivos fiscais” (FLEURY, 2014, p. 83).

De acordo com a literatura de administração pública, a descentralização pode ser definida como um:

[...] conjunto de modalidades de transferência das funções de planejamento, tomada de decisão ou gestão do governo central e suas agências para unidades hierarquicamente subordinadas ao governo central, organizações locais, agências regionais, autoridades funcionalmente especializadas, organizações não governamentais ou instituições privadas (FLEURY, 2014, p. 85).

Segundo o mesmo autor, a descentralização tem representado componente essencial – tanto em países centrais quanto naqueles em desenvolvimento – nos movimentos de reforma do Estado. As justificativas são diversas em ambos os cenários para se realizar a descentralização, como ampliar a eficiência de programas, reduzir custos de estruturas administrativas, expandir a cobertura de políticas setoriais, fomentar o crescimento econômico, promover a democracia, entre outros.

Para ele, ainda, anuncia os modelos de descentralização:

- 1) Desconcentração – envolve a transferência de autoridade administrativa e as responsabilidades por meio do deslocamento das funções dos ministérios para organismos, agências e órgãos que fazem parte da estrutura do governo central.
- 2) Delegação – compreende a transferência de funções de autoridades regionais ou locais especializadas, organizações para estatais que operam livre das regulações do governo central.
- 3) Devolução – trata-se da transferência de funções para autoridades locais e regionais legalmente constituídas como estados, províncias, municípios e distritos.
- 4) Transferência para instituições não governamentais – envolve o deslocamento de responsabilidades e as funções do setor público para o setor privado ou organizações quase públicas que não são parte da estrutura governamental.

Segundo Fleury (2010), para a descentralização, aponta-se como justificativa a produção de efeitos positivos sobre o conjunto de questões relacionadas ao funcionamento do Estado moderno, por exemplo, a democratização dos espaços e dos processos decisórios, a ampliação da equidade no acesso ao bem-estar, a eficiência na alocação de recursos, a melhoria da qualidade de bens e serviços públicos.

Contudo, é a partir dessa última modalidade de descentralização – transferência para instituições não governamentais – que se estabelece as parcerias público-privado. No que diz respeito as parcerias, cabe lembrar a promulgação das Leis nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, e nº 9.074, de 7 de julho de 1995, que disciplina a concessão e a permissão de serviços e obras públicas; a promulgação da Lei nº 9737, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre as chamadas organizações sociais e o seus contratos de gestão com o poder público para a execução de atividades não exclusivas do Estado; a promulgação da Lei nº 9.790, de 2 de março de 1999, que regulamente as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) e sobre os termo de parceria que pode ser celebrado entre as entidades e o poder público; a promulgação da Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que determina normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios; e, por fim, há a proposta de regulamentação das Fundações

Estatais de Direito Privado por meio do Projeto de Lei Complementar n° 92/2007 e a promulgação da Lei n° 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que regulamenta a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares para a gestão dos hospitais universitários federais.

Dessa forma, entende-se que as novas modalidades de gestão da saúde derivadas de modelos de descentralização e da instrução do PDRAE sobre a transferência da execução dos serviços não exclusivos do Estado para organizações sociais configuram-se como tentativas de privatização dos serviços sociais e, conseqüentemente, do SUS. As diferentes modalidades de privatização têm como denominador comum a transformação da saúde como direito em mercadoria, que derivam de uma dupla necessidade: “favorecer as políticas de ajuste e impulsionar a mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de atenção à saúde” (MENICUCCI, 2010, p. 187).

Pode haver divergências sobre o termo privatização quando se trata dos serviços de saúde. Para esse estudo, consideramos a privatização, segundo Menicucci (2010), como ação mediante em que as relações de propriedade, de controle e de usufruto passam para as mãos de entidades de personalidade jurídica de direito privado. Nesse sentido, considera-se que toda transferência da execução de serviços de saúde para entidades de personalidade jurídica de natureza privada é privatização da saúde, com vistas à mercantilização dos serviços e da obtenção de lucro.

Destarte, a contrarreforma no Brasil e a priorização da agenda macroeconômica de estabilização monetária constituem desafio para a garantia do SUS. A descentralização da execução dos serviços de saúde se constitui como resposta às exigências de mecanismos internacionais orientados pela política neoliberal. O subfinanciamento, os incentivos fiscais ao sistema privado de saúde e o embarreamento para a ampliação do SUS são questões que se agravam com contrarreforma.

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) encontra-se relacionada à discussão da contrarreforma e os reflexos dela na política de saúde. A empresa foi criada pela Lei n° 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com o objetivo de gerir os hospitais universitários. A discussão e elucidação acerca dela será debate dos próximos capítulos.

Capítulo 2 – A EBSEERH e suas Repercussões à Saúde

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares aparece pela primeira vez no cenário nacional por meio da MP nº 520, de 31 de dezembro de 2010. A MP cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A e a estabelece sob forma de sociedade anônima, que significa dizer que se constituiria como sociedade de economia mista, com personalidade jurídica de direito privado, composta por capital público e privado, sendo que ações com direito a voto devem pertencer, em sua maioria, à União ou à entidade da administração indireta do Estado.

Pietro (2012) salienta as sociedades de economia mista como atrativas para o poder público pela possibilidade de ser uma única empresa voltada para a execução de serviços públicos de natureza comercial e industrial, conseguindo acumular grandes volumes de recursos financeiros que somente o Estado não conseguiria levantar, e, ainda, atuar sob o mesmo regime das empresas privadas.

Segundo o mesmo autor, com base nas sociedades de economia mista⁶, e também de empresas públicas, verifica-se o fenômeno da descentralização de serviços, em que o poder público cria a pessoa jurídica e a ela outorga a titularidade de determinado serviço público. A EBSEERH caracteriza-se como resultado desse fenômeno de descentralização de serviços na área da saúde e educação, uma vez que tem por finalidade

[...] a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar, segundo Cislachi (2011), que a criação da EBSEERH S.A., por medida provisória, aconteceu no apagar das luzes de 2010, e antes da efetiva implantação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). A urgência da assinatura da MP foi justificada pela necessidade de

⁶ Sociedade de economia mista é a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou a entidade da Administração Indireta (BRASIL, 1967).

resolver o impasse dos terceirizados nos hospitais universitários federais, em razão do Acórdão 1520/2006, do Tribunal de Contas da União (TCU), que apontava a ilegalidade na situação de 26 mil contratados precarizados e demandava a solução dessa situação até 31 de dezembro de 2010.

O Acórdão nº 1250/2006, do TCU, aponta que o objetivo do relatório de instrução não é o de discutir o problema da terceirização e as suas nuances, uma vez que não há dúvidas para o órgão quanto às irregularidades na terceirização de postos de trabalho fora das possibilidades previstas em lei, fato admitido pelo próprio Poder Executivo. O acórdão aponta dados referentes aos gastos com terceirização e com pessoal próprio. Alguns dados ganham destaque no relatório. Os gastos com terceirização do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no ano de 2004, corresponderam a mais de quatro vezes os gastos com pessoal próprio. Aponta-se, também, gastos maiores com terceirização em relação aos com pessoal no Ministério do Turismo, Ministério do Transporte, Ministério do Esporte, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio, correspondendo a uma relação de 185%, 159% e 110%, respectivamente.

Com base nos números constantes do relatório sobre a terceirização no serviço público, o TCU aponta que, embora as informações apresentadas não sejam suficientes para avaliar se há inobservância da legislação que rege a terceirização, pode concluir que os elevados gastos com terceirização “são indícios de que alguns setores do governo federal podem estar utilizando a execução indireta de forma desproporcional” (referência nos comentários).

Segundo Brasil (2012c), Dados do Boletim Estatístico de Pessoal corroboram com a afirmação do relatório de que há uma utilização desproporcional da terceirização. Os números quantitativos absolutos revelam queda nos servidores ativos civis do Poder Executivo e Empregados das Estatais entre o período 1989 a 2001, conforme tabela a seguir.

Tabela 1 - Evolução do Quantitativo de Servidores Civis e Aposentados do Poder Executivo

Ano	Evolução do Quantitativo de Servidores Civis Ativos e Aposentados - SIAPE		Empregados das Estatais **	Totais de Servidores Ativos Civis do Poder Executivo e Empregados das Estatais *	Percentual dos Servidores Ativos Civis do Poder Executivo sobre o Total Geral (%)	Percentual dos Empregados das Estatais sobre o Total Geral (%)
	Ativos ¹	Aposentados				
1988	705.548	-				
1989	712.740	-		1.488.608	47,9	
1990	628.305	-		1.312.682	47,9	
1991 ³	598.375	244.875	640.442	1.238.817	48,3	51,7
1992 ⁴	620.870	306.036	640.167	1.261.037	49,2	50,8
1993	592.898	313.734	643.640	1.236.538	47,9	52,1
1994	583.020	323.305	633.038	1.216.058	47,9	52,1
1995	567.689	364.892	573.022	1.140.711	49,8	50,2
1996	554.736	377.899	448.046	1.002.782	55,3	44,7
1997 ⁵	531.725	372.622	415.860	947.585	56,1	43,9
1998	513.720	395.175	345.222	858.942	59,8	40,2
1999	497.125	394.651	338.092	835.217	59,5	40,5
2000	486.912	390.340	322.673	809.585	60,1	39,9
2001	485.303	385.939	330.719	816.022	59,5	40,5
2002	485.741	382.260	339.165	824.906	58,9	41,1
2003	485.980	387.257	344.847	830.827	58,5	41,5
2004	499.138	385.810	368.405	867.543	57,5	42,5
2005	508.963	377.059	382.467	891.430	57,1	42,9
2006	528.124	369.542	398.899	927.023	57,0	43,0
2007	528.420	366.016	407.294	935.714	56,5	43,5
2008	539.235	364.559	426.639	965.874	55,8	44,2
2009	552.893	369.392	444.639	997.532	55,4	44,6
2010 ⁶	567.808	372.371	457.573	1.025.381	55,4	44,6
2011	571.405	376.026	474.969	1.046.374	54,6	45,4
2012 ⁷	577.556	379.712	492.277	1.071.833	53,9	45,9

Elaborado: SEGEP/MP.

Fonte: SEGEP-DEST/MP.

1 - Número de servidores civis ativos do Poder Executivo (administração direta, autarquias e fundações).

- Até 1991, uma parcela significativa destes servidores eram celetistas.

2 - Inclui servidores civis ativos do Poder Executivo e empregados das estatais (Empresa não dependente).

3 - Em 1991 => ocorreu desligamento de servidores - Governo Collor.

4 - Em 1992 => ocorreu a reintegração dos servidores - Governo Collor.

5 - De jun/97 a 2009, considera-se o critério de Força de Trabalho = quantidade de vínculo (-) cedido. Inclui contrato temporário.

6 - A partir de 2010, considera-se o novo critério de Força de Trabalho = quantidade de vínculo (-) exercício descentralizado (-) lotação provisória (-) cedido (-) anistados públicos e privados (-) estagiários. Inclui contrato temporário.

7 - Posição de novembro/2012

De 1988 a 2010 foram considerados os quantitativos do mês de dezembro de cada ano.

Nota 1 - Nesta tabela estão incluídos os servidores do Ministério da Saúde cedidos ao SUS (L8270/91).

** As empresas estatais federais que tem PDG (Programa de Dispêndios Globais) e OI (Orçamento de Investimento): são as empresas estatais federais não dependentes.

Empresa Estatal não Dependente: É aquela constituída para exploração de atividade econômica, dotada de personalidade jurídica de direito privado, sob a forma de empresa pública ou de sociedade anônima, que não recebe da União recursos financeiros para pagamento de despesas com pessoal ou de custeio em geral ou de capital, excluído neste caso os aportes provenientes de aumento de participação acionária.

Por fim, o Acórdão nº 1520/2006, do TCU, apresenta o quantitativo de trabalhadores terceirizados em situação de contratação precária e ilegal nos hospitais universitários federais. Sobre a precarização do trabalho nos HUs, Sodré (2013, p. 366) discorre que

Atualmente, os HUFs apresentam quadros de servidores insuficientes, instala es físicas deficientes e subutiliza o da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços   comunidade. Essa conjuntura tem implicado fechamento de leitos e serviços, bem como em contrata es de mão de obra terceirizada (situa o considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União). Dados do MEC mostram que em 2008, 1.124 leitos foram desativados nessas institui es sob a justificativa de escassez do quadro de pessoal. Com

um *deficit*, desde 2008, de 5.443 servidores, a questão dos recursos humanos dos hospitais se agrava com a perspectiva de aposentadoria de 3.741 servidores, entre 2008 e 2010, dos quais 996 são auxiliares e técnicos de enfermagem, 319 enfermeiros e 370 médicos. (SODRÉ, 2013, p. 366).

Várias entidades representativas dos trabalhadores, como a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior (Andes) e a Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos em Instituições de Ensino Superior do Brasil (Fasubra), bem como reitores e conselhos universitários manifestaram-se contra a aprovação da MP nº 520. A MP chegou a ser apreciada e alterada pelo Congresso Nacional, mas em 5 de junho de 2011 seu prazo de votação se encerrou.

A Fasubra, à época da apreciação da MP nº 520 no Congresso Nacional, emite parecer jurídico⁷, acerca da proposta da EBSEH, e conclui que a empresa: reafirma a prática da terceirização; que há sérios riscos de que no dia a dia haja uma sensível redução da autonomia das IFEs; e que é duvidosa a constitucionalidade da contratação temporária para implantação da empresa. Dessa forma, a MP é omissa quanto ao controle social. Além disso, a Fasubra elaborou documento de manifestação em relação a proposta da EBSEH⁸, levantou discussões sobre o tema em encontros da entidade⁹, aprovou indicativo de greve para 28 de março de 2011¹⁰ tendo como uma das pautas a MP nº 520, engendrou revista eletrônica¹¹ com o propósito de discutir a proposta da medida provisória.

O Andes divulga, em 31/1/2011, nota¹² sobre os principais motivos para a rejeição da proposta da EBSEH, questionando se o acesso aos serviços prestados pelos HUs, a autonomia universitária, a precarização do trabalho como a proposta da criação da empresa. Além da manifestação pública de repúdio, a alegação da medida provisória,

⁷ Cf. Disponível em: http://www.fasubra.org.br/documentos/mp/Nota_tecnica_n01_2011_MP_520_hospitais_universitarios.pdf. Acesso em: 15 ago. 2017.

⁸ Cf. Disponível em: <http://www.fasubra.org.br/documentos/mp/mp.pdf>. Acesso 15 ago. 2017.

⁹ Cf. Disponível em: http://www.fasubra.org.br/documentos/juridico/ata_do_encontro_2011_completa_versao_final.pdf. Acesso em: 15 ago. 2017

¹⁰ Cf. Disponível em: http://www.fasubra.org.br/documentos/plenaria/documentos/relatorio_plenaria_16_de_fevereiro.pdf. Acesso em: 15 ago. 2017

¹¹ Disponível em: <Cf. <https://www.fasubra.org.br/index.php/modules-menu/category/35-publicacoes?download=202:revista-mp520>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

¹² Cf. Disponível em: <http://portal.andes.org.br/imprensa/documentos/imp-doc-25807225.rar>. Acesso em: 15 ago. 2017.

o Andes divulgou durante todo o ano de 2011 notícias referentes à empresa. Todas encontram-se disponível *online*.

Destarte, a proposta da EBSEH foi reapresentada como Projeto de Lei nº 1749. Algumas modificações foram realizadas ao longo da sua tramitação. A PL nº 1749 foi aprovada como Lei Ordinária nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Na ocasião, criou-se, por lei, a EBSEH como empresa pública de direito privado com a finalidade de gerir os hospitais universitários federais.

As empresas públicas são regulamentadas pelos Decretos-Lei nº 200, de 1967, e nº 900, de 1969, e evidenciam a incorporação de todo o aparelho estatal estruturado no período da ditadura militar. Diferente da sociedade de economia mista, a empresa pública é constituída por capital exclusivamente público. Porém, a finalidade de exploração da atividade econômica se situa como uma característica comum entre a sociedade de economia mista e a empresa pública, assim como a possibilidade de atuação sob o mesmo regime das empresas privadas.

A emergência da EBSEH, no cenário brasileiro, apresenta-se como a tentativa de privatização do maior complexo hospitalar público brasileiro – um total de cinquenta hospitais universitários federais vinculados a 35 instituições de ensino federais. Do total, 39 hospitais universitário federal já tem contrato com a EBSEH para sua gestão.

Figura 1 - Distribuição De Hospitais Universitários Federais
IFES COM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Fonte: Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

Faz-se necessário que algumas questões sejam consideradas antes de iniciarmos o debate sobre a EBSEH e suas implicações para a saúde. Nesse sentido, explicitar-se-á o movimento de criação de novos modelos de gestão para a execução da política de saúde a partir da década de 1990, assim como o debate sobre o sucateamento dos hospitais universitários federais e justificativas para a criação e adesão a EBSEH.

Os novos modelos de gestão em saúde

Como já mencionado no capítulo anterior, em concomitância com a elaboração da CF de 1988 – que traz consigo grandes conquistas sociais, a exemplo da política de saúde como pública, universal e gratuita –, há um movimento de contrarreforma do Estado com vistas a compreender uma política econômica de recorte neoliberal, alicerçado tanto na redução e restrição de direitos sociais quanto na ameaça de políticas sociais sob a justificativa de crise do Estado.

O PDRAE, materialização do movimento de contrarreforma do Estado, aponta a necessidade de se adotar o modelo de administração pública gerencial. Esse padrão de administração pública se fundamenta na necessidade de restringir os custos e aumentar a qualidade dos serviços. Sendo assim, a diferença fundamental para o exemplo de administração burocrática seria a flexibilização de procedimentos e de controle com base em resultados, segundo Pietro (2012).

Ainda de acordo com Pietro (2012), a administração gerencial tem como características definição de metas de cada órgão com precisão, melhor autonomia em relação a gestão de recursos humanos, matérias e financeiros para alcance das metas estipuladas e da instituição de controle por resultados. Além disso, incentiva-se maior participação do cidadão e das entidades privadas na administração pública.

Com base na administração gerencial, o Plano Diretor reconhece a necessidade de definir estratégias diferenciadas para cada setor do Estado. Assim, propõe que os serviços não exclusivos sejam transferidos para organizações sociais, mediante contratos de gestão, para sua execução. Ao Estado, cabe apenas o papel regulador desses serviços. Como resultado do PDRAE, tem-se a criação e a proposição de diversos novos modelos de gestão para os serviços não exclusivos do Estado, sendo a mais recente criação a EBSEH.

A criação das Organizações Sociais (OSs) foi a primeira como novo modelo de gestão para serviços sociais estatais. Regulamentada pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, as OSs estavam sendo anunciadas desde o lançamento do PDRAE. A aprovação da lei anunciava, 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.

Dessa forma, entidades de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, poderão ser qualificadas como OSs (BRASIL, 1998). Outros critérios como ser entidade de interesse social e utilidade pública, ter notória capacidade profissional e idoneidade moral e possuir representantes do Poder Público e membros da comunidade em sua composição são avaliados para a qualificação de entidade em OSs (BRASIL, 1998).

Para a realização de parceria entre o Poder Público e a entidade qualificada como OSs, deverá ser celebrado um contrato de gestão entre as partes, o qual deve compreender: especificação do programa de trabalho proposto pela organização social; a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução; a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade; a estipulação dos limites e dos critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções. A fiscalização do contrato de gestão com as organizações caberá ao órgão ou à entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada (BRASIL, 1998).

As OSs podem ter também regulamento próprio sobre procedimentos de contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade. Essas atividades são apontadas como privativas do Conselho de Administração que deve fazer parte da composição das organizações.

Pietro (2012); Correia (2011) e Júnior (2011) apontam que a Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998, privilegiou as organizações sociais ao colocar como hipótese de dispensa de licitação a “celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contato de gestão” (BRASIL, 1998).

Do mesmo modo, as contratações de pessoal para compor a força de trabalho e a fiscalização do cumprimento das diretrizes e das metas definidas e aprovação dos demonstrativos financeiros e contábeis, e as contas anuais da entidade são determinadas pelo Conselho de Administração da entidade.

Dessa forma, segundo Correia (2011), entende-se que as questões do trabalho, do controle social e da transparência sob os recursos públicos ficam prejudicadas com a celebração de contrato de gestão com OSs para o fomento de atividades e serviços sociais. Ao que parece, a organização social exercerá atividade de natureza privada, com incentivo do poder público, e não serviço público delegado pelo Estado, como apontam Pietro (2012); Correia (2011) e Junior (2011).

Por meio das OSs, idealiza-se, na verdade, a privatização sob outra modalidade que não a da venda de ações, uma vez que a qualificação de uma entidade como

organização social implica na extinção de órgão público, o de pessoa jurídica de direito público, para o surgimento de pessoa jurídica de direito privado não enquadrada no conceito de Administração Pública.

No ano posterior à criação da lei que regulamenta a qualificação de entidades em OSs, estabeleceu-se a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), e instituiu e disciplinou o Termo de Parceria.

Dessa forma, ressalta-se que, para os fins da lei, entidade sem fins lucrativos é aquela que

[...] não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social. (BRASIL, 1999).

A principal diferença entre as OSs e as Oscips é que a primeira é qualificada para receber a gestão de um serviço público estatal, ao passo que a segunda exerce atividade de natureza privada com o incentivo do Estado. Ademais, as Oscips englobam outras áreas não previstas para as OSs como: a assistência social; o voluntariado; o desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; a promoção de direitos estabelecidos; a construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar; a promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais; entre outros (BRASIL, 1999).

O vínculo das Oscips com a Administração Pública se estabelece por meio da celebração do termo de parceria, que deve conter: o objeto, com a especificação do programa de trabalho; a estipulação das metas e dos resultados a serem atingidos e os respectivos prazos de execução ou cronograma; a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado; a previsão de receitas e despesas; a obrigatoriedade de apresentação de relatório anual com comparativo entre metas e resultados; e a publicação na imprensa oficial do extrato do termo de parceria e demonstrativo de sua execução física e financeira (BRASIL, 1999).

A fiscalização acerca do cumprimento do termo de parceria será realizada por órgão do Poder Público da área correspondente à atividade fomentada, e também pelos

Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, em cada nível de governo (BRASIL, 1999).

Na prática, a participação do Poder Público deve se enquadrar na atividade de fomento. O objetivo é o incentivo na prestação de atividade privada de interesse público. As Oscips devem atuar paralelamente ao Estado e não substituir a Administração Pública. Entretanto, como salienta Correia (2011), percebe-se que há, na verdade, a intencionalidade de transferência da responsabilidade de execução de funções do Estado para o setor privado.

Há, ainda, um projeto de lei complementar, PL nº 92, apresentado em 2007, que trata da autorização de instituição de fundação pública, sem fins lucrativos, de personalidade jurídica de direito público ou privado para desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva do Estado nas áreas de saúde, de assistência social, de cultura, de desporto, de ciência e tecnologia, de meio ambiente, de previdência complementar do servidor público, de comunicação social e de promoção do turismo nacional.

A PL nº 92/2007 completa as ações de tentativa de privatização das políticas sociais e, conseqüentemente, da de saúde. O projeto das Fundações Estatais menciona seu objetivo de regular a Emenda Constitucional nº 19, de 1998, a qual define que as entidades da administração indireta deveriam rever seus estatutos quanto à natureza jurídica em razão de sua finalidade e competência. Ademais, coloca que cabe a lei complementar definir as áreas de atuação das fundações estatais.

Ressalta-se, ainda, que o texto do projeto compreende os hospitais universitários federais como integrados à área da saúde. Entretanto, antes do encaminhamento da proposta de autorização de hospital universitário federal sob forma de fundação estatal de direito privado, deve ser apresentada manifestação favorável do respectivo conselho universitário. Assim, percebe-se a intencionalidade de privatização do complexo de hospitais universitários federais antes mesmo da aprovação da lei de criação da EBSERH.

Apesar das diferenças entre cada um dos novos modelos de gestão, todos apresentam características comuns que merecem destaque. Os modelos apresentados têm personalidade jurídica de direito privado, isso significa dizer que os serviços sociais assumirão forma de atividade econômica, o que influencia de maneira direta em como o

serviço será prestado. Adota-se, a partir da personalidade jurídica de direito privado, a perspectiva de mercantilização dos serviços sociais estatais, por conseguinte, abandonando a perspectiva de garantia de direito expressa na CF de 1988.

Nota-se que a criação da EBSEH somente seguiu o fluxo de intencionalidade de privatização dos serviços não exclusivos do Estado. Por privatização, seguindo a concepção de Pietro (2012), entendemos qualquer ação que objetive a redução da atividade pública na produção e na distribuição de bens e serviços, mediante o repasse dessas funções para a responsabilidade da iniciativa privada.

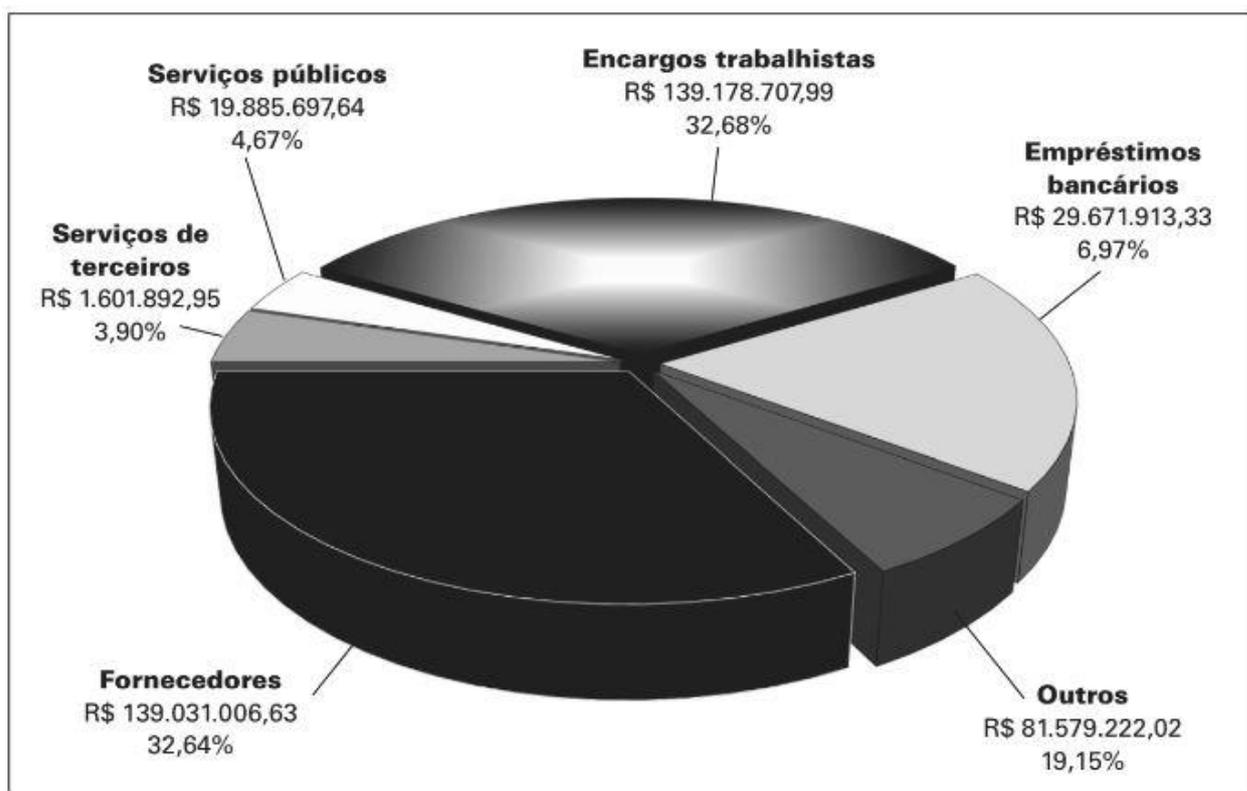
O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf)

O Rehuf foi decretado pelo governo em 27 de janeiro de 2010 com o objetivo de reestruturar e revitalizar os hospitais universitários federais integrados ao SUS. Para cumprimento dessa meta, o programa define algumas estratégias: financiamento compartilhado e progressivo dos hospitais universitários federais entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde; melhoria dos processos de gestão; adequação da estrutura física; reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde; recuperação e modernização do parque tecnológico (BRASIL, 2010).

A criação do Rehuf justifica-se pelos diversos problemas enfrentados pelos hospitais universitários federais

[...] oriundos da **falta de definições relacionadas à estrutura institucional (personalidade jurídica)** e às formas de custeio das atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa neles desenvolvidas, associada ao sub-financiamento e ao insuficiente investimento na atualização dos seus parques tecnológicos e das suas estruturas físicas, além da **progressiva redução do quadro de recursos humanos, sem adequada reposição por meio de concursos públicos** (BRASIL, 2010b, grifo nosso).

Além das justificativas apontadas para a criação do Rehuf, Sodré et al. (2013) aponta que o programa se fez necessário para conhecer o tamanho real da dívida dos HUs. O autor aponta que os hospitais acumulam um *deficit* total de R\$ 30 milhões/ano, resultado da tabela defasada do SUS. Esse cenário leva a uma dívida acumulada de R\$ 425 milhões, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 1 - Totalização das Dívidas dos HUs

Fonte: Brasil, 2009a.

Percebe-se, dessa forma, que as justificativas para a criação do Rehuf já apontavam para a criação da EBSEH como novo modelo de gestão para os hospitais universitários federais quando se referem à falta de definições relacionadas à personalidade jurídica dos HUs. Ademais, o texto da lei também aponta a necessidade de melhoria dos processos de gestão.

A questão do quadro de pessoal também se apresenta como uma justificativa forte para a criação do Rehuf. O Acórdão nº 1520/2006 do TCU aponta que parte substancial dos terceirizados irregulares, no âmbito da administração indireta, encontra-se nas universidades federais, nos seus respectivos hospitais universitários e nas demais instituições de ensino. Aponta-se que dos 67.035 trabalhadores vinculados aos HUs, 26.211 eram terceirizados.

A EBSEH surge no período de vigência do Rehuf como solução para os problemas enfrentados pelos HUs, especialmente no que se refere a modernização do sistema de gestão e a terceirização nos hospitais. Contudo, deve-se debater quais são as implicações da criação da empresa para a gestão desses espaços de saúde.

A compreensão da EBSEH: debate sobre suas implicações e significados

A EBSEH é uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, que muito tem a nos dizer. Coloca como finalidade a participação no mercado econômico. Assim, a EBSEH, mesmo sendo empresa pública, nivela-se as demais empresas para exploração da atividade econômica, objetivando a obtenção de lucro, a priori, e colocando em segundo plano o interesse público e social da oferta de serviços de saúde.

Existe, portanto, uma inversão da lógica de oferta dos serviços de saúde dos hospitais universitários. Ou seja, ganham a perspectiva de mercadoria/favor. Entretanto, os serviços devem ser oferecidos e garantidos pela perspectiva do direito. Cohn (2013) expõe essa tendência para as políticas sociais:

Transplanta-se a lógica da empresa privada para o interior dos serviços públicos estatais, que deveriam estar, por definição, com suas portas abertas para a infinidade de demandas e demandas sociais que a diferenciação social da nossa realidade impõe. Cria-se portanto uma seletividade, mesmo que seja “para mais” no sentido de poder haver serviços assim geridos e que têm alta qualidade, mas talvez em detrimento de outros que têm de absorver o excesso da demanda deixada por eles. (COHN, 2013, p. 99)

Essas novas modalidades de privatização das políticas sociais possuem sustentação pela política neoliberal alavancada no Brasil a partir da década de 1990. Harvey (2008) aponta que, no neoliberalismo, setores que antes foram geridos e regulados pelo Estado têm de ser passados à iniciativa privada e desregulados. A privatização e a desregulação, combinadas com a competição,

[...] eliminam os entraves burocráticos, aumentam a eficiência e a produtividade, melhoram a qualidade e reduzem os custos – tanto os custos diretos do consumidor (graças a mercadorias e serviços mais baratos) como, indiretamente, mediante redução da carga de impostos. (HARVEY, 2008, p. 76).

As justificativas para a criação e a adesão dos hospitais universitários à EBSEH conversam com a defesa da privatização e da desregulação de serviços sociais estatais pela ótica neoliberal. As principais motivações tanto para a criação quanto para a adesão à EBSEH dizem respeito a otimização dos recursos orçamentários destinados à manutenção dos hospitais e à melhoria da qualidade dos serviços. De fato, os hospitais universitários são onerosos. Médici (2001) aponta que o custo de manutenção dos hospitais universitários é 12% mais elevado que a de hospitais não universitários de alta tecnologia.

Contudo, as questões de ordem orçamentária podem ser resolvidas sem que haja o repasse desses hospitais para a gestão de instituições como a EBSEH. Mérci (2001) também aponta a falta de integração aos demais níveis de atenção à saúde e à formação dos profissionais de saúde, que acontece, majoritariamente, em hospitais de alta complexidade. Isso representa as razões para a onerosidade dos hospitais universitários.

Salvador (2012) assinala que o estudo do orçamento deve ser considerado como elemento importante para a compreensão da política social¹³, pois reflete a correlação de forças sociais e de interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos. Nesse sentido, não basta somente a discussão das razões sobre a onerosidade dos hospitais universitários, mas também sobre a alocação do orçamento público. Uma análise de Salvador (2012) sobre o orçamento público, mostra-nos que ¼ do orçamento público brasileiro é comprometido com a esfera financeira da economia.

Dessa forma, percebe-se que as políticas sociais não são a real prioridade do Estado. Os argumentos sobre a questão orçamentária e de melhoria de prestação de serviços sociais para a criação da EBSEH não se mostram válidos já que a prioridade para a execução das políticas sociais não está impressa no orçamento público. Ademais, os serviços sociais que deveriam ser estatais e a favor da população são colocados a benefício dos agentes do capital, a fim de obtenção de mais lucro.

Para Castelo (2012), os danos da agenda neoliberal foram sentidos com mais intensidade a partir da década de 1990, como é o caso do Brasil, com efeitos desastrosos sobre as expressões da questão social – aumento do desemprego estrutural e perda de direitos sociais básicos, como a precarização das relações trabalhistas e a privatização de bens públicos, como saúde, previdência e educação.

Nesse contexto, acontece o movimento de oposição da classe subalterna à política neoliberal, elegendo coalizões partidárias com posicionamentos antineoliberais. Contudo,

[...] em alguns casos, as lideranças não mantiveram a sua linha de resistência após a posse e aderiram ao neoliberalismo por intermédio do

¹³ Salvador (2012) traz informações importantes em suas considerações sobre o orçamento público. A Desvinculação dos Recursos da União (DRU) chegou a desviar do orçamento da seguridade social, no período de 2000 a 2007, R\$ 278,35 bilhões para o orçamento fiscal e devolveu somente 58% desse montante. Além disso, a política de educação tem uma aplicação de no mínimo 18% dos impostos para a manutenção e o desenvolvimento do ensino. Contudo, até 2011, o valor da educação era calculado após a retirada dos recursos da DRU, então em vez de 18% eram aplicados somente 13%.

social-liberalismo: o governo Lula é o caso mais emblemático dessa adesão ao projeto de supremacia burguesa (CASTELO, 2012, p. 624).

Cohn (2013) sinaliza que durante o período do governo Lula, em diante, observou-se uma significativa mudança ao se enfrentar a questão social no país, ou seja, as políticas sociais ganharam centralidade sendo capitaneadas pelas políticas de transferência de renda. Mas não se conseguiu implementar maior integração das ações da área social. A partir desse período, também, se percebe a lógica de que não há que se distinguir o Estado provedor do Estado produtor de serviços segundo Cohn (2013). E, assim, a onda das privatizações dos serviços sociais segue seu curso com as novas modalidades de privatização ou novos modelos de gestão. Na prática, o que se constata é que todo esse movimento sobre o neodesenvolvimentismo se enquadra perfeitamente na pauta neoliberal como uma “versão ultra *light* da estratégia de ajuste da economia brasileira aos imperativos do capital financeiro” (SAMPAIO JR, 2012, p. 680).

Todas as reflexões postas são fundamentais para entender que as motivações para a adesão dos hospitais universitários à EBSEH são questionáveis. Isso porque toda a articulação política-ideológica-econômica, desde a década de 1990, aponta para a desregulamentação dos serviços sociais estatais e a desresponsabilização do Estado em relação a garantia dos direitos sociais. A EBSEH é mais uma manobra, com fundamentos sólidos da política neoliberal, que vai ao encontro da obtenção, cada vez mais, de lucro. As novas modalidades de privatização dos serviços sociais estatais se confrontam com a garantia dos direitos sociais arduamente conquistados na Constituição Federal de 1988, dentre eles o direito à saúde.

Precarização, Flexibilização e Fragmentação das Relações de Trabalho

A legislação da EBSEH, como a de todos os outros novos modelos de gestão do SUS, determina que o regime de pessoal permanente da EBSEH será o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Estabelece também que deverá ser realizado concurso público para contratação. Entretanto, coloca a possibilidade de contratação temporária por processo seletivo simplificado conforme art. 10 e seguintes:

Art. 10. *O regime de pessoal permanente da EBSEH será o da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração.*

Parágrafo único. Os editais de concursos públicos para o preenchimento de emprego no âmbito da EBSEH poderão estabelecer, como título, o cômputo do tempo de exercício em atividades correlatas às atribuições do respectivo emprego.

Art. 11. *Fica a EBSEH, para fins de sua implantação, autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado.*

§ 1º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput somente poderão ser celebrados durante os 2 (dois) anos subsequentes à constituição da EBSEH e, quando destinados ao cumprimento de contrato celebrado nos termos do art. 6º, nos primeiros 180 (cento e oitenta) dias de vigência dele.

§ 2º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput poderão ser prorrogados uma única vez, desde que a soma dos 2 (dois) períodos não ultrapasse 5 (cinco) anos.

Art. 12. *A EBSEH poderá celebrar contratos temporários de emprego com base nas alíneas a e b do § 2º do art. 443 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT¹⁴, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, mediante processo seletivo simplificado, observado o prazo máximo de duração estabelecido no seu art. 445. (BRASIL, 2011a, grifos nossos).*

Ademais, servidores de instituições federal de ensino ou congêneres poderão ser cedidos para a EBSEH, caso exerçam atividades relacionadas ao objeto da empresa.

Fica claro a inexistência de responsabilidade com os trabalhadores da EBSEH. A possibilidade de pelo menos três tipos de vínculos empregatícios, estabelecidos em lei de criação, para uma mesma instituição, fragmenta a categoria de profissionais dos hospitais universitários. Isso significa que as demandas dos profissionais serão diferentes a depender do vínculo empregatício que possuem. Assim, não pode existir o fortalecimento do movimento de trabalhadores nos hospitais universitários que aderirem a gestão pela EBSEH, uma vez que a categoria dos trabalhadores dessas instituições se fragmenta em decorrência da diversidade de vínculos empregatícios.

Ao mesmo tempo que se exige qualificação do trabalhador, já que ele deve passar por concurso público, coloca-o em situação de precarização, já que não terá direito a estabilidade. Isso implica na insegurança¹⁵ dos trabalhadores em relação à sua condição de trabalhador assalariado da empresa. A contratação de temporários por processo seletivo simplificado é ainda mais grave, pois abre espaço para o clientelismo e flexibiliza ainda mais os vínculos de trabalho.

¹⁴ “a) de serviço cuja natureza ou transitoriedade justifique a predeterminação do prazo; b) de atividades empresariais de caráter transitório” (BRASIL, 1943).

¹⁵ Cabe informar a existência de Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin 4895) ajuizada no STF contra os dispositivos da lei de criação da EBSEH.

Salvador (2012) revela que existe um crescimento de novas formas de contratação que buscam cada vez mais a precarização e a flexibilização das relações de trabalho, como é o caso das contratações temporárias e de prazo determinado. O autor aponta uma tendência à redução dos direitos trabalhistas e de proteção social, “pois não há garantia de estabilidade provisórias (por exemplo, a de gestante) e também não é devido aviso prévio, reduzindo-se o recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)”. (SALVADOR, 2012, p. 135). O trabalhador também não tem o direito ao seguro desemprego e ao gozo de férias.

Autonomia Universitária, Autonomia Profissional e Caráter Hospital-Escola dos Hospitais Universitários.

As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, visando a dissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1988). Os hospitais universitários incorporam a universidade e OS seus serviços, portanto devem estar em consonância com o princípio da autonomia universitária. As três dimensões dessa autonomia vinculam-se umas às outras numa relação de integração.

A gestão dos hospitais universitários pela EBSEERH prejudica a autonomia universitária em todas as suas dimensões. A gestão dos estabelecimentos de saúde, pela empresa, coloca em xeque a dimensão da gestão financeira e patrimonial, e a dimensão administrativa, já que as instituições federais e congêneres ficam autorizadas a ceder os bens e direitos necessários à execução dos serviços. Automaticamente, a dimensão didática-científica – razão pela qual os hospitais universitários operam – fica lesada, já que todas as dimensões devem se articular de forma integrada.

O documento elaborado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, intitulado *Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH* traz denúncias de desrespeito a autonomia universitária em diversas instituições de ensino federais. Destaca-se, por exemplo, que a decisão sobre a adesão das universidades a EBSEERH não passou por aprovação do conselho universitário em diversas universidades, como é o caso da UFMA14, Ufal, UFTM, Ufes, UFS e Univasf.

A precarização das relações de trabalho na EBSEH tem implicações na autonomia profissional dos trabalhadores. Quanto mais frágil o vínculo empregatício, mais o trabalhador deve ser adequado às demandas da instituição. A autonomia profissional fica comprometida com relações de trabalho frágeis e tensas.

O comprometimento da autonomia profissional pode ser obstáculos para a abertura de campos de estágio e espaços para pesquisa e extensão. Os profissionais podem ser limitados a operacionalizar projetos de intervenção nas disciplinas de estágio que não sejam de interesse da empresa, assim como podem não receber incentivos para a abertura de campos de estágio. O mesmo pode acontecer com a pesquisa e extensão, pois os incentivos podem ser limitados somente aos projetos de pesquisa e de extensão de interesse da empresa. Sendo assim, aqueles não interessantes se deparam com obstáculos para a sua realização.

O caráter hospital-escola dos hospitais universitários pode ser ferido caso a gestão seja feita pela EBSEH. Isso porque questões como autonomia profissional e a autonomia universitária podem interferir diretamente na função principal dos hospitais universitários – ser um espaço tanto de oferta de serviços de assistência à saúde quanto de fornecimento das condições para o ensino, a pesquisa e a extensão em saúde.

O Acesso dos Usuários aos Serviços de Saúde

Uma das principais justificativas para a criação da EBSEH, e também para os outros modelos de gestão do SUS, refere-se à otimização de recursos e dos processos de gestão para ofertar melhores serviços de assistência à saúde para a população. Contudo, é necessário pensar primeiro no acesso dos usuários aos serviços de assistência à saúde.

A legislação que regulamenta a EBSEH prevê a prestação de

[...] serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o *estabelecimento de metas*. (BRASIL, 2011a, grifo nosso).

A previsão de metas a princípio não pode ser considerada como algo danoso à prestação dos serviços. Entretanto, as metas também podem limitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, e a empresa se comprometer somente a atender as metas estabelecidas. Iamamoto (2008) revela, no que tange as políticas sociais, que

São instituídos critérios de seletividade para o atendimento dos direitos sociais universais, constitucionalmente garantidos, expressando um efetivo desmonte do legado de direitos conquistados nos últimos séculos. Esse processo se expressa em uma dupla via: de um lado na transferência de responsabilidades governamentais para “organizações sociais” e “organizações da sociedade civil de interesse público”; e de outro lado em uma crescente mercantilização do atendimento às necessidades sociais, abrindo espaços ao capital privado na esfera de prestação de serviços sociais (IAMAMOTO, 2008, p. 39).

Assim, a gestão pela EBSEH não só não garante a melhoria efetiva dos serviços de assistência à saúde, como também pode limitar o acesso dos usuários aos serviços prestados. Os princípios norteadores do SUS – como a universalidade, integralidade e equidade – são deixados para segundo plano em detrimento de uma política de saúde seletiva, focalizada, privatizada e descentralizada. Fica claro que as novas modalidades de privatização dos serviços sociais estatais, entre elas a EBSEH, se apresentam como ameaça aos direitos sociais universais, que foram conquistados nos últimos séculos e garantidos constitucionalmente.

Controle Social em Saúde

O Controle Social em Saúde é uma garantia legal no Sistema Único de Saúde regulamentada pela Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das instâncias colegiadas dos Conselhos e Conferências de Saúde. Tal controle se encontra em consonância com o princípio da participação da comunidade no Sistema. Correia (2006) aponta que a participação social na saúde acontece num campo contraditório, mas que a tendo como premissa, o conceito de controle social surge como “atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses das classes subalternas” (CORREIA, 2006, pp. 121, 122).

O controle social na EBSEH merece atenção. É colocado que ele, na empresa, será feito por meio de um conselho consultivo – na estrutura organizacional da empresa –, não fazendo referência alguma a Lei nº 8.142/90. É interessante destacar que no corpo da mesma lei é colocado que

Art. 3º [...] § 1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º No desenvolvimento de suas *atividades de assistência à saúde*, a EBSEH *observará as orientações da Política Nacional de Saúde*, de responsabilidade do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2011a, grifos nossos).

Ora, se as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde estão inseridas integralmente no SUS, porque ao se falar em controle social não se faz referência as instâncias colegiadas regulamentadas pela Lei nº 8.142/90? Harvey (2008) aponta que dada a suspeita do neoliberalismo em relação à democracia, tem que se criar mecanismos de integrar a tomada de decisões do Estado à dinâmica de acumulação do capital. Por esses motivos, surgem no cenário as parcerias público-privadas e as novas modalidades de privatização dos serviços sociais estatais. A EBSEH, no contexto brasileiro, é um claro exemplo do que Harvey (2008) aponta. Assim, fica evidente que existe tentativa de desmobilização da participação social democrática na gestão dos hospitais universitários.

A proposta de controle social pelo conselho consultivo da EBSEH não aparece de maneira paritária como nos Conselhos de Saúde. O Conselho Consultivo da EBSEH deve ser composto por

Dois representantes do Ministério da Educação; um representante do Ministério da Saúde; um representante dos usuários dos serviços de saúde; um representante dos residentes em saúde dos hospitais universitários; um representante dos trabalhadores dos hospitais universitários; e pelo Presidente da EBSEH (BRASIL, 2011b).

Já os Conselhos de Saúde possuem como composição 50% de entidades de usuários; 25% de entidades de trabalhadores de saúde; 25% de representação do governo e de prestadores de serviço (BRASIL, 1990b).

Cabe informar que os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados e possuem caráter deliberativo e permanente, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. As conferências de saúde têm a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. O Conselho Consultivo da EBSEH, como próprio nome já diz, é um órgão apenas de consulta e não possui caráter permanente, devendo ser reunido ordinariamente uma vez ao ano. Isso implica que usuários, trabalhadores de saúde e outros sujeitos não participem efetivamente do processo de tomada de decisão sobre a formulação de estratégias e o controle de exceção da política de saúde nos hospitais universitários.

Raichelis (2006) aponta o controle social como um dos elementos constitutivos de uma esfera pública dinâmica e articulada, ou seja, um elemento importante para a

democratização da gestão das políticas sociais. Para a autora, o controle social viabiliza “a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões” (RAICHELIS, 2006: 9). Tal controle envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados da sociedade civil têm de intervir na gestão pública, orientando as ações e os gastos do Estado em direção aos interesses da maioria da população. (CORREIA, 2006).

Devemos entender os espaços de controle social como lugares que tornam possível o exercício da democracia. Mas é preciso perceber que, em tempos neoliberais, a democracia assume nova configuração, vira uma democracia liberal. Assim, “a democracia liberal deixa intocada toda a nova esfera de dominação e coação criada pelo capitalismo, sua transferência de poderes substanciais do Estado para a sociedade civil, para a propriedade privada e as pressões do mercado” (WOOD, 2006, p. 201).

Coutinho (2008), entretanto, afirma que é um equívoco pensar que um novo patamar de democracia só possa se manifestar depois de uma plena conquista do poder pelos trabalhadores. Nesse sentido, é necessário ocupar os espaços de tensionamento político e ideológico, com a finalidade de garantir o lugar da população nos processos decisórios democráticos. O fortalecimento da participação nesses lugares que garantam que os interesses da sociedade sejam garantidos.

Segundo Raichelis (2006), o controle social caracteriza-se como uma das formas de democratização de gestão das políticas sociais, e, por trabalhar com o universo das políticas sociais, está situado em um campo de relações contraditórias, de lutas de classes e de interesses de poder. Na estrutura do Estado, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, o controle social já esbarra com fortes conflitos de interesses. No entanto, quando o controle social é realizado dentro da estrutura do Estado, o objetivo será atender ao interesse social. Ao se realizar o controle social dentro da estrutura da empresa, esse objetivo pode ser desfocado, visto que as ações e os projetos serão pensados para atender aos objetivos da empresa.

Logo, o controle social visa garantir a democratização da gestão das políticas sociais para assegurar os interesses dos segmentos mais desfavorecidos. Assim, o esse controle, por meio do Conselho Consultivo da EBSEH, configura-se não só uma ameaça, mas também um ataque ao direito de participação da comunidade na gestão da

política de saúde e dos hospitais universitários. Nos moldes em que está colocado, não pode ser garantido as demandas da sociedade.

Capítulo 3 – O Debate sobre a EBSEH e a Privatização do SUS nas Instâncias de Controle Social.

O controle social em saúde foi regulamentado pela Lei nº 8.142/1990, que institui, em cada esfera de governo, instâncias colegiadas para a participação da comunidade na gestão do SUS, que são: os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Esse modelo institucional tem como propósito fortalecer a participação social nas políticas de saúde.

O Conselho de Saúde é o órgão colegiado, de caráter deliberativo e permanente, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, até mesmo nos aspectos econômicos e financeiros. A Conferência de Saúde se constituiu como instância de avaliação da situação da mencionada área. E deve se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para propor as diretrizes à formulação da política de saúde (BRASIL, 1990b).

Cabe ressaltar que a existência de conselhos na gestão pública não é novidade na história do Brasil. De acordo com Neves (2012a), desde a década de 1990 se trabalha com conselhos gestores e de direitos e conselhos fiscalizadores. Entretanto, assumiram outras configurações, como: conselhos comunitários de 1970 e conselhos populares nos anos de 1990.

O CNS foi criado em 1937, por meio da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, e tinha como função debater questões internas no Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, voltando-se para controle de endemias e higiene pública. Segundo Brasil (2013a), em 1954, o CNS passa a ser regulamentado pelo Decreto nº 34.347, de 8 de abril de 1954, e sua função passa a ser de assistir o Ministro de Estado nas determinações das bases gerais dos programas de proteção à saúde.

Na década de 1970, o CNS reformula suas funções por meio Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. A promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos debates. A partir dos anos de 1970, aumentou-se o conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública. Ressalta-se como fator importante o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária para o desencadeamento de

discussões mais progressistas no campo da saúde. Desse modo, começam as primeiras manifestações acerca da importância do controle social no Brasil (BRASIL, 2013a).

Somente na década de 1990 que os conselhos de saúde passam a ser espaço de participação social e controle social para a política de saúde, nos moldes reivindicados a partir do movimento de reforma sanitária. Neves (2012) aponta que a participação social tão reivindicada pela esquerda e por intelectuais na luta para a redemocratização do Estado acontece num contexto adverso na sociedade brasileira, marcado pela hegemonia neoliberal. Nesse sentido, faz-se necessário destacar a existência de dois projetos societários em disputa da ideia de participação da sociedade civil: o projeto neoliberal e o projeto democrático-popular.

Bravo e Correia (2012) apontam que o controle social em saúde foi concebido a partir da ideia de participação social na política de saúde desde sua formulação, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos que contemplem os interesses da coletividade. Entretanto, as autoras ressaltam que a expressão “controle social” é cunhada como base em uma suposta oposição entre Estado e sociedade civil. Devido ao contexto de lutas sociais contra a ditadura e ao processo de redemocratização do país, é designado o controle social da sociedade civil sobre o Estado.

Destarte, a sociedade civil torna-se sinônimo de tudo o que contrapunha o Estado ditatorial, que passam a ser interpretados como polos de oposição. Essa dicotomia serviu para, no início da década de 1990, com a avalanche neoliberal, demonizar tudo que provém do Estado e fazer uma apologia à sociedade civil. Assim:

Na proposta de contrarreforma do Estado brasileiro, a sociedade é convocada a ser parceira com o objetivo de contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados. O que se propõe é a desresponsabilização do Estado com a proteção social, justificada pela necessidade de “encontrar soluções inovadoras, que envolvam as empresas, os sindicatos, as famílias e os grupos comunitários” (Banco Mundial, 1997, p. 6). Desta forma, as organizações da sociedade civil são convocadas para substituir o Estado. (BRAVO; CORREIA, 2012: 130-131).

Dessa forma, duas perspectivas de controle social são apontadas de acordo com (Bravo; Correia, 2012). Uma se pauta na linha de redefinição do papel do Estado, sob orientação do Banco Mundial, que coloca a responsabilidade pelos serviços e pela gestão pública para a sociedade por meio da descentralização da prestação de serviços

para Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, entre outras. O papel do Estado é reduzido a regulador e provedor financeiro. Por consequência, o protagonismo da sociedade civil se manifesta no sentido de assumir a responsabilidade pela oferta dos serviços, não cobrando do Estado o que não é sua atribuição exclusiva. A participação da comunidade significa que ela possui o dever de aprender a distribuir e a utilizar racionalmente os recursos. Logo, os usuários são cobrados como responsáveis por prestar os serviços.

A segunda perspectiva de controle social diz respeito à participação social concebida no sentido de setores organizados da sociedade participarem das políticas públicas e sociais, desde sua formulação, acompanhamento de execuções, até a definição de alocação de recursos para que estas atendam o interesse da coletividade, segundo Bravo e Correia (2012). Essa é a perspectiva de controle social pensada e formulada para incorporar o que seria a participação social no SUS.

Neves (2012) aponta que uma das ideias norteadoras para as políticas públicas e para o frágil fortalecimento da jovem democracia no Brasil pós-constituente foi a de

[...] participação da sociedade civil no sentido de ter o poder de influenciar, de dar a direção, de mudar uma concepção de mundo, uma ideologia é uma reivindicação no sentido de poder decidir a política, de poder decidir os rumos das políticas públicas a partir de novas práticas políticas democráticas dos sujeitos políticos coletivos (NEVES, 2012, p. 111-112).

A área da saúde foi pioneira na idealização e na concretização da participação social como um dos eixos norteadores da política pública de saúde. Correia (2008) e Neves (2008) sinalizam que isso se evidenciou a partir da efervescência política, que a caracterizou desde o final da década de 1970, e à organização do Movimento de Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta com vistas a mudar o modelo “médico-assistencial privatista” para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

Cabe destacar que os mecanismos de controle social do SUS foram implementados a partir dos anos 1990, num cenário de regressão de direitos sociais. Nesse cenário, o controle social sobre as ações do Estado e o destino dos recursos públicos se torna importante para que se criem resistências à redução das políticas

sociais, à sua privatização e mercantilização.

Contudo, apresenta-se como um desafio que os sujeitos políticos sejam resgatados a partir da ruptura com práticas como o autoritarismo, o controle, as trocas, o clientelismo, o populismo e o favoritismo. Deve-se romper a relação entre o público e o privado no trato da construção das políticas públicas pelo Estado. A defesa dos interesses públicos e da democratização das suas relações no sentido de combater a corrupção mediante ampliação dos processos decisórios é o grande desafio. Neves (2008) assinala que somente abolindo essas práticas que a sociedade civil poderá ampliar as decisões do Estado e de fato transformá-lo.

O controle social, a partir da CF de 1988 e da regulamentação das leis orgânicas de saúde, tem de ser entendido como o controle da sociedade (ou de setores organizados da sociedade) sobre as ações do Estado. Assim, existe a possibilidade de controlar as ações do Estado a favor dos interesses das classes subalternas. Esse controle, em saúde, se dá a partir da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização da política de saúde de acordo com Correia (2005).

A autora aponta, também, que o controle social é um espaço contraditório e de disputas de interesses entre as classes dominantes e subalternas. Nesse sentido, faz-se necessário a atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão de políticas públicas para que as demandas e os interesses da coletividade sejam atendidos. Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se apresentam como espaços contraditórios de controle social.

Neves (2012) coloca que os conselhos de saúde enfrentam desafios para romper com as práticas políticas que representam a perversidade à democracia. Uma das práticas ela sinaliza como o clientelismo e, nesse sentido, deve-se romper com a relação público e privado no trato da construção de políticas públicas de Estado. Assim, o desafio está na “defesa dos interesses públicos e na democratização das relações no sentido de combater a corrupção mediante a ampliação dos processos decisórios entre sociedade civil e Estado” (NEVES, 2012, p. 116).

Diante das discussões sobre o controle social na saúde e da emergência no debate sobre a EBSEH, pesquisou-se a EBSEH – inserido como novo modelo de gestão a saúde de cunho privatizante – nas atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde de 2011 e 2013, e no relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde (14ª

CNS), que aconteceu em 2011. Tanto as atas das reuniões do CNS quanto o Relatório Final da 14ª CNS estão disponíveis *online* no *site* do CNS.

As atas das reuniões do CNS se encontram em formato doc. Para primeira filtragem das atas que seriam analisadas para essa pesquisa, foram localizados os termos EBSEH, Privatização, OSs, Hospitais Universitários, REHUF. Das quarenta e uma atas das reuniões referentes a esses anos, 29 continham os termos pesquisados, os quais foram analisados. Na tabela abaixo estarão relacionadas as atas que continham os termos pesquisados nos eixos de debate da pauta do CNS.

Tabela 2 - Relação de atas analisadas e eixos de discussão do CNS

Número das atas do CNS analisadas	Eixos de discussão onde algum dos termos pesquisados aparecem.
Ata nº 217 do CNS, de 2011	MEDIDA PROVISÓRIA Nº. 520/2010
Ata nº 222 do CNS, de 2011	ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO BRASIL
Ata nº 223 do CNS, de 2011	TEMA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE. FINANCIAMENTO NECESSÁRIO BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE – FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Ata nº 224 do CNS, de 2011	SEMINÁRIO INTERNACIONAL: INCLUSÃO DOS CIDADÃOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE APRESENTAÇÃO DAS DELIBERAÇÕES DO CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO ACERCA DO CONTROLE SOCIAL
Ata nº 225 do CNS, de 2011	TEMA DA 14ª CNS: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE – RESOLUÇÃO FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Ata nº 226 do CNS, de 2011	-TEMA DA 14ª CNS: GESTÃO MOÇÕES DE REPÚDIO

Ata nº 227 do CNS, de 2011	BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA SAÚDE - COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH – APROVAÇÃO DE PARECER - CURSO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE
Ata nº 228 do CNS, de 2011	-BALANÇO DA 14ª CNS
Ata nº 229 do CNS, de 2012	BALANÇO DO ANO DE 2011 NA SAÚDE
Ata nº 230 do CNS, de 2012	BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE – OMISSÃO DE SOCORRO
Ata nº 231 do CNS, de 2012	LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012 DENÚNCIA SOBRE PRIVATIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO RIO GRANDE DO NORTE
Ata nº 232 do CNS, de 2012	COMBATE À CORRUPÇÃO E AO DESPERDÍCIO NA SAÚDE
Ata nº 233 do CNS, de 2012	COMBATE À CORRUPÇÃO E AO DESPERDÍCIO NA SAÚDE
Ata nº 235 do CNS, de 2012	BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: TRABALHO E CARREIRA NO SUS COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO COFIN/CNS – PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - PAS 2012 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - RAG 2011 – RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE 2012 – PROPOSTA DE RESOLUÇÃO
Ata nº 236 do CNS, de 2012	BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: SAÚDE NO MUNICÍPIO

	-
Ata nº 237 do CNS, de 2012	<p>BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH/MEC</p> <p>COMISSÃO ELEITORAL – APROVAÇÃO DO CALENDÁRIO</p>
Ata nº 238 do CNS, de 2012	<p>BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH/MEC</p> <p>POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: FARMÁCIA POPULAR E SAÚDE NÃO TEM PREÇO</p>
Ata nº 240 do CNS, de 2012	<p>PROPOSTA DE RECOMENDAÇÃO REFERENTE À IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA</p>
Ata nº 241 do CNS, de 2013	<p>COMPETÊNCIAS DO CNS: BALANÇO E EXPECTATIVAS PARA O PERÍODO DE 2013 A 2015</p> <p>PLANO ESTRATÉGICO PARA 2013/2015: HISTÓRIA E MISSÃO DO CNS, O PAPEL DO CONSELHEIRO E ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CNS</p>
Ata nº 242 do CNS, de 2013	<p>ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DO CNS PARA O PERÍODO 2013/2015</p> <p>CONSULTA PÚBLICA Nº. 19/2012 SOBRE A MINUTA DE PORTARIA QUE TRATA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITAL</p>
Ata nº 243 do CNS, de 2013	<p>ANÁLISE DE CONJUNTURA: FINANCIAMENTO</p>

	DO SETOR PRIVADO DA SAÚDE
Ata nº 244 do CNS, de 2013	SEGURANÇA DO PACIENTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Ata nº 245 do CNS, de 2013	SAÚDE DO TRABALHADOR E DESENVOLVIMENTO ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO
Ata nº 246 do CNS, de 2013	INTEGRALIDADE, MODELO DE ATENÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE.
Ata nº 247 do CNS, de 2013	SAÚDE E DEMOCRACIA: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA DEFESA DOS SUS PÚBLICO, DE QUALIDADE E PARA TODOS
Ata nº 248 do CNS, de 2013	MEDIDA PROVISÓRIA 621/2013 - PROGRAMA MAIS MÉDICOS COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP
Ata nº 250 do CNS, de 2013	TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA, CONTROLE SOCIAL, CONTROLE INTERNO
Ata nº 251 do CNS, de 2013	TEMA DO MÊS – BALANÇO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NOS 25 ANOS DO SUS, O PROGRAMA + MÉDICOS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FINANCIAMENTO DO SUS E NEGOCIAÇÕES NO CONGRESSO NACIONAL – SAÚDE + 10
Ata nº 252 do CNS, de 2013	A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E A PARCERIA INSTITUCIONAL DO CNS/CNMP COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH/CNS RESOLUÇÕES DO CNS NÃO HOMOLOGADAS

2011 – A efervescência dos debates sobre a privatização do SUS e a abertura das discussões sobre a EBSEH.

A primeira reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2011 teve como uma das pautas a Medida Provisória nº 520/2010, que autorizava o poder executivo a criar a EBSEH S.A., uma vez que foi assinada em 31 de dezembro de 2010.

Os debates sobre a EBSEH se iniciaram com um posicionamento favorável à criação da empresa. Recuperou-se que, ao se apresentar o REHUF ao pleno da CNS, foi possível apontar pontos que demonstraram avanço, como a gestão e o financiamento. Entretanto, a questão da reposição de pessoal e da contratação ilegal de 24 mil profissionais para a atuação nos HUs não apresentava qualquer avanço.

Ao apresentar o diagnóstico de necessidade de contratação de pessoal em caráter emergencial para o Ministério do Planejamento foi colocado que não haveria qualquer contratação até que não houvesse acordo sobre um novo modelo jurídico de gestão dos hospitais universitários federais. O presidente, durante esse íterim, recebeu reitores das Instituições de Ensino Federais (Ifes) e se comprometeu a negociar o envio da proposta para o Congresso Nacional. Todavia, não houve tempo hábil para esse encaminhamento, ficando na dependência de um texto como medida provisória.

Ainda apontando justificativas favoráveis a MP nº520/2010, foi destacado que a MP acenava para a solução da contratação ilegal dos 24 mil profissionais. Destaca-se, até então, que para os HUs já existentes há a possibilidade de não adesão a empresa com vistas à autonomia universitária. Por fim, coloca-se que a medida é superficial e que o regimento interno definirá o funcionamento da empresa. Espera-se que a instituição seja vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com capital público e responsável por gerenciar e oferecer serviço gratuito e leitos destinados 100% SUS.

Algumas posições relutantes em relação ao MP nº 520/2010 também surgiram entre os conselheiros do CNS nesse primeiro momento de debate sobre a EBSEH. Avaliou-se como um equívoco do governo a criação de uma empresa para terceirização de pessoal. Criticou-se a forma como isso ocorreu por meio de medida provisória

editada no último dia de mandato sem debate com a sociedade.

Dessa forma, foi colocado que a maneira como o governo decidiu resolver a questão das contratações ilegais ocorreu da pior maneira possível, tendo em vista a inexistência de debate com os atores sociais acerca do modelo de gestão proposto. Ressaltou-se também que a proposta em forma de MP é uma versão piorada da sugestão de fundação. Demonstrou-se preocupação com a opção de instituição sob lógica de direito privado, ainda mais por se tratar de hospitais universitários. Por fim, apontou-se a necessidade do CNS se manifestar em relação a questão.

Como sugestões de manifestações acerca da MP, os conselheiros apresentaram a possibilidade da elaboração de uma moção de repúdio do CNS, bem como a entrada com Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), no STF, por parte de entidades ligadas ao CNS. Como deliberação, foi aprovada, com seis abstenções, a Moção de Repúdio contra a MP nº 520/2010.

Após a discussão sobre a MP nº 250/2010, o debate sobre a EBSEH e as formas de privatização do SUS, por meio de novos modelos de gestão em saúde, permaneceu sem apreciação nas reuniões do CNS por alguns meses. As discussões retornam quando, em uma reunião, um dos itens da pauta se referia à análise situacional da saúde no Brasil. Diversas considerações acerca da política de saúde no Brasil foram feitas com o objetivo de iniciar os debates para a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

O debate sobre privatização do SUS aparece de maneira contextualizada. Aponta-se que os países que construíram grandes sistemas de bem-estar social nos famosos “anos de ouro” do estado, que se findaram na década de 1970, passam por crise econômica e, por consequência, reduziram seus direitos sociais. A financeirização é colocada como elemento importante para se analisar a situação de saúde no país. O Brasil aparece na agenda internacional por conta da sua janela demográfica, do seu crescimento econômico e da sua estabilidade democrática.

Dessa forma, Mendes e Marques (2009) discutem a necessidade de registrar que quando se debate a saúde no Brasil, deve-se assinalar que o padrão de proteção social que garantiu a universalização da saúde pública se desenvolveu de forma tardia, em relação aos países desenvolvidos, tanto em relação ao tempo quanto ao momento histórico que lhe fundamentou.

Ao contrário do período em que a proteção social do Estado de Bem-Estar Social europeu e norte-americano se desenvolveu, não era mais o capital industrial que comandava o processo capitalista. A partir da década de 1980, observa-se que o capital produtor de juros, aquele que busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, passa a determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo de acordo com Mendes e Marques (2009).

Esse capital financeirizado teve impacto sobre o arranjo de proteção social do Estado de Bem-Estar Social. Assim, econômico Behring e Boschetti (2008) apontam que a proteção social, por meio de políticas redistributivas, é pernicioso para o desenvolvimento. Os efeitos dessa nova configuração do capital foram destrutivos para a vida da classe trabalhadora, logo provocaram aumento do desemprego, redução de salários, destruição de postos de trabalho não qualificados e redução das políticas sociais, de acordo com os autores.

O Brasil sentiu os efeitos problemáticos dessa nova situação mundial quando, a partir de 1982, recorreu ao Fundo Monetário Internacional e se comprometeu a cumprir uma série de condicionalidades que vai desde as várias tentativas de controlar o processo inflacionário até as privatizações das empresas estatais, e o estímulo à entrada de capitais externos mediante a manutenção de elevada taxa de juros, como explicitam Mendes e Marques (2009).

Dessa forma, é necessário apontar também que o país está inserido na era da globalização. Sobre essa questão, Lobato (2016) coloca a necessidade de se considerar os sistemas de proteção social, principalmente com a abertura do mercado nacional sobre os setores relacionados aos serviços sociais. A autora aponta como exemplo a saúde no Brasil e os novos atores e arranjos de interesses advindos “das mudanças no mercado hospitalar privado no Brasil, nas empresas de planos de saúde ou o crescimento das empresas de serviços médicos, como as Organizações Sociais” (LOBATO, 2016, p. 92).

Uma vez situado esse contexto, o debate sobre a situação da saúde sinaliza um movimento de “policialização das políticas sociais e estadualização do Estatismo-Privatista” (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 222 CNS). Correia (2005) aponta que os traços da influência neoliberal se tornaram mais nítidos a partir do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Como características da influência neoliberal no Brasil,

sinaliza metas de diminuição do Estado que envolviam

[...] abdicar dele como agente econômico produtivo e empresarial, privatizando-se empresas estatais, e como provedor de serviços públicos, abrindo-se oportunidades para a iniciativa privada como fornecedora de tais serviços. (CORREIA, 2005: 29).

Nesse sentido, a política macroeconômica do Brasil continua a favorecer investidores, e esse contexto “não pode ter uma linearidade com sistemas universais” (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 222 CNS).

Ressalta-se, por membros do CNS, a necessidade de discussão sobre o “trilema”: financiamento, acesso e qualidade da política de saúde – e como harmonizar esses três elementos. Anuncia-se a indispensabilidade dessa discussão, porque se nota uma dinâmica contraditória na saúde. Por um lado, declara-se o direito de cidadania as ações e dos serviços de saúde, proporcionando acesso a todos, a partir da defesa de recursos financeiros seguros. De outro, identifica-se uma reação em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é essencial para o combate ao *deficit* público e a manutenção do *superávit* primário, como explicam Mendes e Marques (2009).

Seguindo as discussões, procura-se esclarecer que argumentos como o que gastos com saúde geram *deficits* fiscais e progressão da dívida pública servem de base para o desmonte da saúde pública. Cabe ressaltar que alguns conselheiros rebatem essa alegação para tentativas de desmonte da política de saúde apresentando argumentos como “despesas com saúde gera riqueza de cidadania, de direitos, de bem-estar” (Ata Reunião Ordinária nº 222 CNS) e que na verdade “o superávit primário é o que gera *deficit*” (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 222 CNS).

Convém salientar que, de acordo com Ugá; Porto; Piola (2012), a saúde tem representado, desde os anos 2000, menos de 17% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e cerca de 5% da despesa total efetiva federal. Além disso, nas palavras de Ugá, Porto e Piola (2012), a Desvinculação dos Recursos da União (DRU), implantada em 1994 como Fundo Social de Emergência, é evidência da prioridade do ajuste fiscal em detrimento do financiamento de políticas sociais, uma vez que desvincula do OSS 20% dos recursos arrecadados.

Diante da conjuntura apresentada, destaca-se a importância do SUS, mas aponta-se que se trata de uma reforma parcial na política de saúde, uma vez que ainda não foi

possível avançar de um padrão seletivo para um padrão inclusivo. Para Lobato (2016), essa questão dificulta manter a solidariedade social em tempos de globalização e de mudança do perfil do trabalho. A autora afirma que

A noção de cidadania, base política da construção do modelo constitucional, parece não ter alcançado o fundamento da solidariedade social que lhe é inerente. A noção prevalente é a do direito; direito à educação, à saúde etc., e da responsabilidade do Estado. Mas esse direito não está necessariamente acompanhado da noção de igualdade, expressa na prestação pública e coletiva, mas, antes, no direito individual. (LOBATO, 2016, p. 93).

O acesso a planos privados de saúde por parte da população não é trivial do ponto de vista da construção coletiva do direito à saúde, até mesmo dificulta a difusão de uma cultura de proteção social ampliada e igualitária.

Sobre isso, os conselheiros colocam que as instituições privadas podem participar de maneira complementar ao sistema único de saúde, sendo vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei. Entretanto, lembra-se a existência de entidades que têm capital estrangeiro na assistência à saúde.

Como uma das novas modalidades de gestão do SUS foi problematizada a dupla porta de entrada no Hospital das Clínicas de São Paulo, com ênfase para as associações de funcionários com convênio nessa porta. Questiona-se como fazer que o SUS seja público se há funcionários com planos privados. Aponta-se também, como perspectiva, a expansão da oferta pública de serviços de saúde acompanhado da melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada, criação de barreiras à entrada desses novos modelos de gestão com base no reordenamento do mercado e da explicitação dos conflitos de interesses.

Teixeira e Patrício (2011) fazem uma análise sobre o fenômeno das duplas portas de acesso ao sistema de saúde. Os autores interpretam que ao abrir diferentes portas do hospital para pacientes de dois sistemas de saúde, implementa-se um sistema que segrega e exclui os pacientes do SUS. Desse modo, significa tratamento diferenciado nas acomodações, nas esperas, nas filas e nos tipos de acolhimento. Esse fenômeno fere o princípio da impessoalidade da administração pública, que garante que nenhuma pessoa (na condição de usuário de serviço público) pode ser favorecido ou prejudicado por suas exclusivas condições e características.

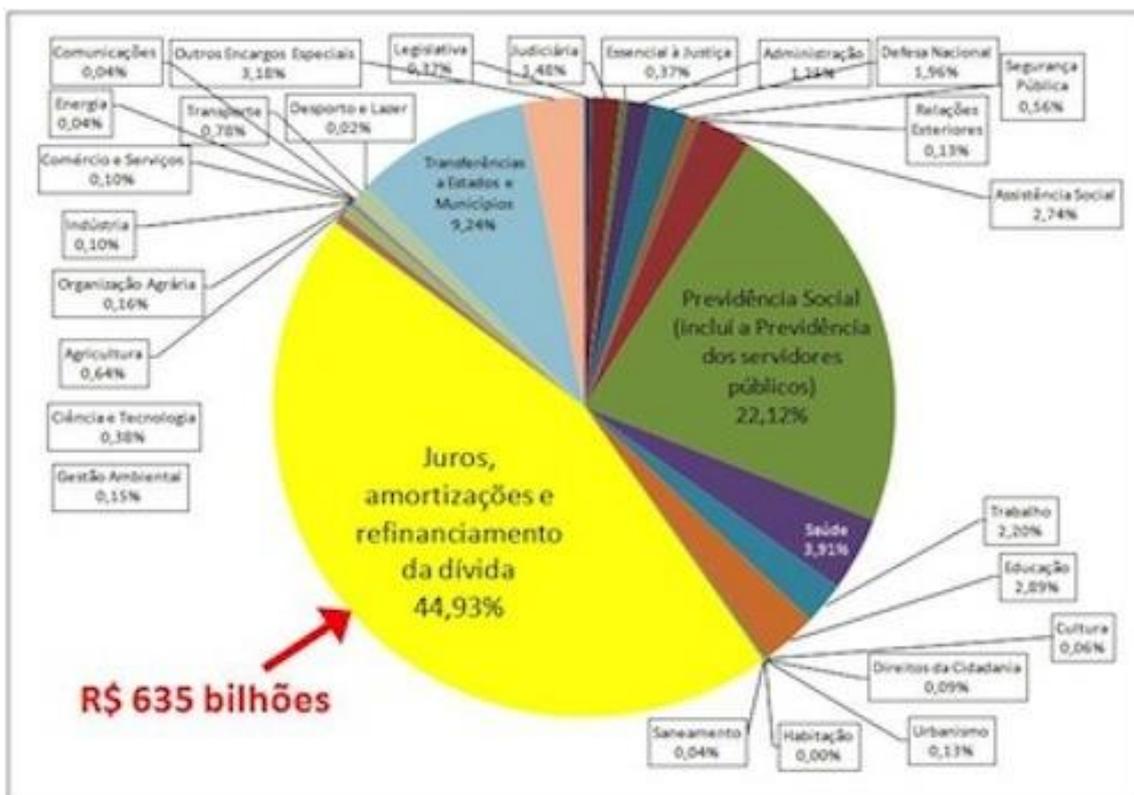
Diante disso, a EBSEH é destacada no debate por alguns conselheiros com tom de regozijo, uma vez que o prazo para a apreciação da MP nº 520/2010 havia se encerrado sem a apreciação do conteúdo. Destaca-se que os HUs são essenciais no processo de formação e na qualificação de pessoal para a transformação na saúde do país, e, por isso, considera-se uma vitória a não apreciação da medida provisória. Entretanto, é feito o alerta aos demais conselheiros para atenção em relação à empresa, uma vez que existia a intensão de reedição da proposta como projeto de lei.

Após o início dos debates com a finalidade de preparação para a 14ª CNS, todas as reuniões do CNS do restante do ano de 2011 apresentaram, em maior ou menor grau, questões referentes à tendência de privatização da saúde, aos novos modelos de gestão e à EBSEH.

O financiamento do SUS aparece de maneira articulada ao debate da tendência de privatização e do desmonte da saúde pública. Os conselheiros trazem diversos dados orçamentários para embasar suas falas. Para fins de análise, traremos alguns desses dados a fim de ilustração.

Aponta-se, em diversas falas, que a questão do pagamento da dívida pública se apresenta como grande problema para a política de saúde e das demais políticas sociais. Apresenta-se um gráfico elaborado pela Auditoria Cidadã da Dívida, a partir de dados do Siafi, sobre a execução orçamentária da União do ano de 2010. Indica-se que do orçamento da União os gastos com saúde equivalem a 3,91%; previdência social (incluída a previdência dos servidores) equivale 22,12%; transferência estados e municípios representa 9,24%; educação equivale 2,8%. Citou-se esses dados para destacar que é preciso discutir a lógica do orçamento da União, tendo em vista que 44,3% do total do orçamento de 2010, R\$ 635 bilhões, destinou-se ao pagamento de juros, amortização e refinanciamento da dívida.

Gráfico 2 - Execução do Orçamento da União em 2010



Fonte: SIAFI – Banco de Dados Access para download (execução do Orçamento da União) – Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/orcament/bd/exe2010mdb.EXE>>. Acesso em: 18 ago. 2017. Elaboração: Auditoria Cidadã da Dívida.

Situa-se também que o “Orçamento da Seguridade Social 2010 foi de R\$ 458,6 bi e, nesse ano, houve um *superávit* no financiamento da seguridade social de mais R\$ 58 bi” (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 223 CNS). Ressaltou-se que esses dados se contrapõem ao discurso insistente da mídia de que não há recurso para a saúde e que o problema das finanças do país se refere à previdência.

Correia (2005) coloca que o financiamento da política de saúde sobre as determinações do ideário neoliberal que se caracterizam pela tendência à descentralização, à focalização de gastos nas populações mais miseráveis e à privatização por meio do repasse de recursos públicos a iniciativa privada.

Para Correia (2005), a privatização dos recursos foi incentivada a partir do Programa Nacional de Publicização do governo FHC, que criou as organizações sociais. Assim, permite-se que o Estado transfira sua responsabilidade na área social delegando a tais organizações a gestão de bens e serviços públicos. Os membros do CNS trazem o debate da privatização e apontam consequências como a

[...] precarização do trabalho e da sua remuneração; distorções salariais; absoluta dependência dos serviços privados; fuga e dependência de profissionais especialistas e de corporações organizadas; comprometimento do acesso e do financiamento; e crescente demanda reprimida (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 223 CNS).

Ao se fazer o resgate histórico sobre o financiamento do SUS ao longo dos anos, a questão da privatização se encontra inserida como um dos pontos necessários a esse resgate. Sinaliza-se a privatização como “o privado substitutivo e não complementar” (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 223 CNS) ao sistema de saúde público. E esse processo assume formatos diferentes e similares ao mesmo tempo – Organizações Sociais, OSCIPs e “Parceiros Privados”.

A articulação entre a formação profissional e a tendência de privatização do SUS também é discutida ao longo das reuniões do CNS. Cabe lembrar que a educação também está inserida como atividade não exclusiva do Estado, sendo possível a desresponsabilização do Estado, nessa área também, bem como sua privatização e a execução dos seus serviços por instituições não estatais.

Dados do MEC, de 2007, mostram que o maior número de faculdades e centros universitários estão vinculados ao setor privado, 92,5% e 96,7%, respectivamente. As universidades estão distribuídas em proporção aproximada entre o setor público e o privado, 52,5% e 47,5%, nessa ordem. Nota-se que a educação, com ênfase no ensino superior, é “um amplo e lucrativo campo de exploração para grandes grupos empresariais, sustentada por elementos ideológicos que justificam tal processo e anulam a concepção de direito transformando-a em serviço” (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 223 CNS).

Pereira (2016) coloca que há um deslocamento do ensino público, assim como de outras políticas sociais, da noção de direito a mero serviço. Nesse sentido, a política de educação orienta-se pelos princípios de gestão privada – eficiência, produtividade, flexibilidade –, e distancia-se, paulatinamente, da autonomia intelectual. Empreende-se a ideia de qualidade e dos benefícios das organizações privadas: celeridade na formação, variadas modalidades de ensino, adequação às possibilidades do aluno, baixos custos, entre outros. Há, portanto, o comprometimento da educação pública, laica, gratuita e de qualidade.

Como consequência da mercantilização do ensino, verifica-se uma formação profissional elitista voltada a especialização e ao mercado. Júnior (2011, pp. 41-42)

apresenta algumas propostas para formação profissional em saúde e combate a tendência de privatização:

Reestruturação curricular dos cursos universitários da área de saúde de modo a sintonizar a formação profissional com a realidade do país, com o SUS e suas necessidades, bem como instituir o Serviço Civil em Saúde na rede pública do SUS para todos os profissionais graduados, pelo prazo de um ano e Residência Multiprofissional como instrumentos de qualificação, convencimento, aperfeiçoamento, visibilidade e afirmação do trabalho multiprofissional, e atendimento das carências do sistema na área de Gestão do Trabalho. (JÚNIOR, 2001, pp. 41-42).

Também se discute a gestão em saúde e suas formas de flexibilização. Como modelos nesse sentido são citados as OSCIPS, as OSs e as Fundações Estatais. Fez-se referência a égide neoliberal na década de 1990 e a à consolidação do suporte legal da privatização. Como consequências do processo de desmonte da rede pública de saúde e substituição pelo setor privado, destacou-se a fuga de profissionais especialistas para a rede privada; absoluta dependência do setor privado e das corporações organizadas; desvalorização e desestímulo da atenção primária e da atuação da equipe multiprofissional em saúde; institucionalização do processo de mercantilização do trabalho em saúde; remuneração por procedimento; e consolidação da saúde como espaço fisiologista, corporativista, mercantilista e patrimonialista.

Ressaltou-se também que outros movimentos passaram a acontecer, especialmente a partir do governo Lula, que aprofundaram a privatização do sistema via contratação dos serviços privados nos estados e municípios e terceirização da força de trabalho e da gestão; Programa Farmácia Popular voltado totalmente para expansão e fortalecimento da rede privada de farmácias e drogarias; implantação de Unidades Pronto de Atendimento (UPAs) com gestão privatizada, sem qualquer planejamento mais elaborado ou obediência à hierarquização na rede; proposta de Fundação e da Empresa de direito privado, entre outros.

Sobre a EBSERH, as discussões foram mais pontuais nos meses de 2011. Os conselheiros mencionaram a empresa dentro do debate maior que é a tendência de privatização da saúde pública. A instituição foi citada nos meses finais do ano de 2011, porque retorna ao cenário brasileiro como projeto de lei complementar, uma vez que, como medida provisória, não foi apreciada em tempo hábil. A EBSERH é colocada como pauta para a elaboração e a aprovação de moção de repúdio contra o projeto de Lei nº 79/2011, que instituiria sua criação caso aprovado. A moção de repúdio foi aprovada com 21 votos favoráveis e cinco contrários.

14ª Conferência Nacional de Saúde: repercussões sobre as tentativas de privatização e a proposta da EBSEH.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde (14ª CNS) aconteceu entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, em Brasília. Sob o tema *Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro*, contou-se com a participação de mais de quatro mil pessoas, entre delegados e convidados, para se contribuir na construção de políticas públicas para a saúde.

Os eixos norteadores do tema da 14ª CNS foram três: política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade; participação da comunidade e controle social; e gestão do SUS, com ênfase no financiamento; pacto pela saúde, relação do público com o privado; gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde.

Foram aprovadas propostas para a política de saúde constantes em quinze diretrizes. As temáticas da privatização do SUS, dos novos modelos de gestão, da EBSEH, constaram dos debates ocorridos na 14ª CNS. Outras temáticas relacionadas – como o subfinanciamento do SUS e a luta pela efetivação da universalização – também se encontraram presentes nas discussões.

A diretriz *Em defesa do SUS* apresenta propostas importantes como: garantir que o Sistema Único de Saúde se mantenha como política de saúde pública e oficial do Estado brasileiro, assegurando que todos os seus serviços próprios sejam garantidos exclusivamente pelo Estado. Dessa maneira, é possível efetivar a regulamentação do sistema de saúde privado somente como suplementar ao público. A fiscalização dos serviços de saúde, incluindo os serviços privados, é apontada como necessária para estabelecer a predominância do interesse público sobre o privado e a garantia dos direitos dos cidadãos em todos os âmbitos institucionais.

A diretriz que trata do subfinanciamento do SUS aponta como medidas necessárias a regulamentação da EC nº 29 – para garantir a vinculação dos percentuais mínimos do orçamento para a saúde –, alcançar o mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para o SUS, garantir a não incidência da DRU sobre o orçamento do SUS, destinar no mínimo 10% do fundo social do pré-sal para o sistema. Essas medidas

garantiriam o investimento público necessário..

Propostas para a garantia de uma gestão para o SUS que seja 100% pública e estatal e submetida ao controle social são apontadas na diretriz *Gestão Pública para a Saúde Pública*. As recomendações vão no sentido de rejeitar os novos modelos de gestão em saúde de cunho privatizante. Nesse sentido, aprovou-se: 1) a rejeição da cessão de serviços públicos de saúde para OSs e a solicitação ao Superior Tribunal Federal (STF) de jogar procedente a ADIn nº 1.923/1998, para tornar inconstitucional a Lei nº 9.637/1998; 2), a rejeição da transferência de serviços públicos para as OSCIPs; 3) a rejeição da proposta das FEDPs, contida no projeto de lei nº 92/2007, entendida como forma velada de privatização/terceirização do SUS; 4) o repúdio de quaisquer iniciativas de gerar “dupla-porta” ao SUS; 5) rejeição da criação da EBSEH, com vistas a impedir a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais.

Em relação aos planos de saúde, também foram feitas recomendações, como: garantir o direito a indenização dos usuários de planos privados de saúde quando não assegurassem assistência em seus próprios equipamentos, levando-os para o SUS; e extinguir subsídios públicos de planos privados de saúde, a exemplo da dedução do imposto de renda dos gastos com assistência em saúde e do ressarcimento à assistência à saúde dos servidores públicos, destinando esses recursos ao SUS.

O ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privado se firmou como diretriz na 14ª CNS. Como estratégia, foi apresentado a criação do cartão SUS a fim de possibilitar o ressarcimento por procedimentos realizados na rede pública de saúde em usuários de planos de saúde privados. Desse modo, pode-se eliminar progressivamente os incentivos e os subsídios públicos aos planos de saúde privados.

As tentativas de privatização dos HUs, especialmente após a edição da proposta da EBSEH, fizeram com que os delegados da 14ª CNS também elaborassem a orientação de exigir que os HUs atendam o SUS em sua totalidade, sem dupla porta de acesso aos serviços de saúde. Cabe destacar que essa exigência de oferta de serviços de saúde vinculados somente ao Sistema foi destacada na VIII CNS, que legitimou o projeto do Movimento de Reforma Sanitária e serviu de referência para a construção do SUS.

Essas recomendações visam assegurar o respeito a CF de 1988 e as leis

orgânicas do SUS, de forma a restringir a participação da iniciativa privada no SUS a seu caráter suplementar. Objetiva-se, também, a garantia do investimento necessário para progressiva redução da contratação de serviços da rede privada até que o SUS seja provido por sua própria rede integralmente.

Foram construídas e aprovadas diversas moções na 14ª CNS. Sobre os processos de privatização do SUS e os novos modelos de gestão, foram enviadas moções – ao Governo Federal, à ex-presidenta Dilma Rousseff, ao STF – que apresentam manifestação contrária dos delegados a qualquer alternativa de cessão de serviços públicos de saúde a iniciativa privada, seja por meio da EBSEH ou de qualquer outro modelo de gestão.

2012 – A consolidação da EBSEH como novo modelo de gestão para os hospitais universitários.

No ano de 2012, ao contrário do anterior, os debates não foram iniciados com o mesmo fervor sobre a questão da privatização do SUS. 2011 foi marcado por intensos debates acerca da tendência de privatização; das articulações entre privatização, financiamento, gestão, formação profissional, entre outros; e também sobre as organizações sociais e EBSEH.

O tema da privatização da saúde pública aparece timidamente no primeiro semestre de reuniões do CNS. A privatização foi pontuada como empecilho para efetivação de outras demandas da saúde. Sinaliza-se, por exemplo, o forte avanço da privatização da saúde como balanço da saúde em 2011, a privatização como processo desfavorável a assistência integral à saúde e o fortalecimento do setor estatal como melhor forma de combate à privatização. Todas essas questões foram discutidas com maior profundidade no ano de 2011.

Em relação ao ano anterior, destaca-se como um novo debate o combate à corrupção e o desperdício de recursos na saúde. Problematiza-se a terceirização, a contratação de forma substitutiva e a privatização da gerência dos serviços como campos propícios a corrupção. Nesse sentido, denúncias como o repasse da gestão e a gerência de serviços para OSs pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás são feitas em momento de reunião do CNS.

Sobre a EBSEH, houve um debate mais profundo sobre as implicações da sua criação. Cabe ressaltar, que a lei de criação da EBSEH foi promulgada em 15 de dezembro de 2011, e o debate sobre a empresa, de maneira mais aprofundada, aconteceu somente em outubro de 2012, em que, em reunião do CNS, a EBSEH foi ponto de pauta dos conselheiros.

A reunião em que a EBSEH foi pauta de discussão contou com a presença da diretora de Departamento de Gestão de Pessoas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH/MEC) e da Assessoria de Planejamento e Avaliação (EBSEH), além de representações da sociedade civil como a Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras (Fasubra) e da Frente Nacional contra a privatização do SUS.

As falas se iniciam com a exposição do representante da EBSEH. Recupera-se que, em 2010, foi criado o Rehuf e que, a partir dele, foi diagnosticado os principais problemas enfrentados pelos hospitais universitários, tais como: dívidas, leitos desativados, gestão incipiente e precariedade na força trabalho. Destaca, em sua exposição, que o objetivo era o de criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais pudessem desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.

Como resultados do Rehuf aponta a revisão do financiamento da rede dos HUs, com aumento o aporte de recursos financeiros a serem aplicados em melhorias de infraestrutura e parque tecnológico, aumento na eficiência da gestão a partir da centralização de pregões para compra e desenvolvimento Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Destaca que em relação aos recursos humanos, do total de 69.784 trabalhadores (profissionais de saúde), 37,12% (25.907) atuam de forma irregular na rede. Entretanto, o órgãos de controle tem tomado medidas para enfrentar a questão dos trabalhadores em situação irregular e citou o Acórdão TCU 1.520/2006; Acórdão TCU 2.731/2008; Acórdão TCU 2.813/2009; e Acórdão TCU 636/2012.

Assim, o representante da EBSEH conclui que diante da precariedade de recursos humanos nos HUs, a solução apontada pelo governo federal foi a de criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio,

vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Ainda houve uma exposição sobre a legislação que regulamenta a empresa e como funcionaria o processo de adesão dos hospitais universitários.

Dessa forma, como resultados esperados foi destacado com a empresa a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho física e tecnológica e a qualificação da gestão financeira e orçamentária visando a excelência na atenção à saúde e na formação profissional. E foi apontado que até o mês agosto de 2012, 25 hospitais universitários federais aderiram à EBSEH em dezesseis instituições.

A representante da Fasubra, em sua exposição, apresenta o marco histórico para a criação da EBSEH. Indica, primeiramente, a Portaria Interministerial nº 1000, de 5/04/2004 Ministério da Saúde (MS), a qual dispõe sobre a certificação de hospital de ensino como instituições hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais e/ou especializados, de propriedade de instituição de ensino superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com instituições de ensino superior. Essa portaria coloca como condicionalidade de certificação, como hospital de ensino, que, num prazo de até quatro anos, 100% dos leitos ativos e procedimentos sejam praticados ao SUS (Brasil, 2004).

Nos anos seguintes, 2005 e 2006, apontou-se a tentativa de transferência da folha de pagamento dos técnicos-administrativos dos HUs para o Ministério da Saúde, o Projeto de Reforma Universitária, que aponta a impossibilidade de manutenção do pessoal técnico-administrativo nos hospitais universitários, culminando na suspensão de concursos para os hospitais e posterior decisão do TCU, pelo Acórdão nº 1.520/06, de substituição do pessoal terceirizado por servidores efetivos nos hospitais universitários.

Em 2007, o governo apresentou a proposta de criação de Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Brasil (2007) afirma que, no início de 2005, o governo federal começou uma série de análises sobre as formas jurídico-institucionais, com vistas a superar os estrangulamentos na área hospitalar. Nesse sentido, a proposta das FEDPs surge como mecanismo legal que permite ao Estado ajustes na gestão pública, com maior autonomia, sem abandonar o controle do Estado brasileiro.

Granemann (2011, p. 51) afirma que o projeto de Fundações Estatais de Direito Privado aparece com o objetivo de regulamentar “a Emenda Constitucional nº 19 de 04

de junho de 1998, conhecida como a emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso”. A autora ainda avalia que

Ao subverter a forma institucional do Estado o mito Fundação Estatal absorve a ‘ossatura’ material dos interesses do mercado porque ideologicamente afirma a indiferenciação entre o público e o privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe presentes nas políticas sociais. (GRANEMANN, 2011, p. 51).

Em 2010, o governo realizou um seminário internacional financiado pelo Banco Mundial para discutir novos modelos de gestão para os HUs e, no fim do ano, foi editada a MP nº 520, criando a EBSEH, uma empresa de direito privado. A MP foi alvo de discussões do CNS durante o ano de 2011 e, mesmo com posições contrárias do CNS, foi aprovada sua criação em dezembro de 2011.

A Portaria nº 442, de 25 de Abril de 2012, aparece como último ponto da contextualização sobre a EBSEH. Essa portaria delega a empresa o exercício das competências da Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior que dizem respeito aos hospitais universitários, como: coordenar, acompanhar e avaliar a execução das atividades de gestão dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior; apoiar tecnicamente e elaborar instrumentos de melhoria da gestão dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior; elaborar matriz de distribuição de recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior, com base nas informações prestadas pelos hospitais (BRASIL, 2012 – DECRETO Nº 7.690, DE 2 DE MARÇO DE 2012). Também, delega-se a EBSEH o exercício das competências relativas ao REHUF. Diante disso, a representante da F aponta que mesmo que não haja adesão a EBSEH e os HU’s ainda terão de se relacionar com a empresa.

Faz-se, em seguida, apontamentos sobre o como o “caráter público” da empresa pública de direito privado na verdade sustenta uma farsa, porque não se trata de uma empresa pública, gratuita e estatal. Para sustentar esse argumento, lembrou-se que, de acordo com os termos do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, uma empresa pública de personalidade jurídica de direito privado tem por finalidade a exploração de atividade econômica que o governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito. Assim, as atividades da EBSEH serão regidas por preceitos comerciais.

Quanto ao debate sobre as implicações da empresa, os membros do CNS e outros participantes da reunião, que se posicionaram contrariamente, destacaram a formação profissional, as universidades e a autonomia universitária, o SUS e o controle social, os trabalhadores e a terceirização como questões de relevância dentro do debate.

Sobre a EBSEH e as instituições de ensino, explica-se que a empresa se caracteriza como uma imposição às universidades, uma vez que a não adesão significa receber apenas os recursos do REHUF e a não contratação de pessoal. Dessa maneira, interpreta-se essa situação como um ataque a autonomia universitária e à indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

A autonomia universitária é garantida pelo artigo 207 da CF de 1988, que dispõe que “as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 1988). Apesar de não haver conceituação sobre autonomia universitária, perpassa que ela deve ser entendida

[...] pelo direito e pelo poder de definir suas normas de formação, docência e pesquisa, abrangendo: a) autonomia institucional (de políticas acadêmicas); b) autonomia intelectual (credos, partidos, ideologia estatal, imposições empresariais e financeiras); c) autonomia de gestão financeira (destinação de recursos segundo as necessidades regionais/ locais e da pesquisa). (FRANCO; MOROSINI, 2005: 43).

A formação profissional também é ponto de preocupação nas falas dos membros do CNS em relação à EBSEH. Os conselheiros apontam que a empresa aprofunda o modelo curativo e hospitalocêntrico, bem como reforma a ideia de saúde centrada na figura do médico. O processo de mercantilização da saúde reflete nos espaços de formação profissional e na perspectiva de saúde que será passada para os futuros profissionais da área. Nesse sentido, salienta-se que em nenhum momento é proposto uma mudança curricular com vistas à construção, no SUS, de uma política de saúde preventiva e intersetorial.

Médici (2001) afirma ainda que alguns HUs prestem serviços de atenção primária, a função básica deles é a prestação de serviços de alta tecnologia e complexidade. O argumento que fundamenta essa posição é basicamente de ordem econômica, isto é, “seria um desperdício de recursos utilizar estruturas pensadas para oferecer atividades de alta tecnologia como prestadoras de serviços básicos” (MÉDICI,

2001, p. 152). Assim, tendo na gestão dos HUs uma empresa com finalidade de exploração econômica, a perspectiva é de retrocesso em relação ao modelo de saúde proposto pelo SUS.

Sobre o significado, a EBSEH para o SUS, os conselheiros apontaram a gravidade da proposta de entregar a maior rede pública de média e alta complexidade para a iniciativa privada, na figura da empresa. Ressaltou-se que a administração será feita por grupos para atendimento de interesses próprios e não da coletividade. Problematizou-se ainda apenas uma representação dos usuários no conselho consultivo da empresa e a composição do conselho de administração somente por representantes do governo.

Ademais, resgatou-se que a empresa foi criada com a finalidade de resolver a questão da precariedade dos recursos humanos e foi questionado o porquê a saída para essa situação de precariedade não foi a aplicação de recursos para investimento nos HUs. Considerando que a solução adotada foi a criação da EBSEH, e que ela irá operar na lógica do mercado, questionamos como o mercado irá operar o direito à educação e à saúde foram levantados durante a reunião.

Por fim, denuncia-se o autoritarismo da proposta da EBSEH, tendo em vista que sua elaboração não contou com a participação do controle social. Conselheiros afirmam que em todas as instâncias de controle social, CNS e Conferência Nacional de Saúde, se manifestaram contra a proposta da empresa, e o governo continuou a implantá-la.

A respeito da EBSEH e seus trabalhadores, foi levantado que o regime de trabalho seria a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com o fim do Regime Jurídico Único (RJU) nos HUs. Com o fim da RJU, os trabalhadores perdem a possibilidade de trabalhar com estabilidade. Isso garante à empresa o poder de admitir e demitir quando quiser. A esse respeito, membros do CNS frisaram a necessidade de estabilidade no emprego e o vínculo com a instituição para profissionais que cuidam de vidas e da formação de profissionais da saúde.

Alves S.M.P. et al (2015) aponta que a flexibilização dos vínculos de trabalho e das formas de remuneração, principalmente por meio de contratações de serviços prestados, ocorreu de forma sistemática a partir da década de 1990. Medidas como a edição da Emenda Constitucional nº 19/98, que elimina a obrigatoriedade do RJU e a

possibilidade de múltiplos vínculos na administração direta e indireta, configuram-se como política de flexibilização nas três esferas de governo. Esse processo de flexibilização teve como consequência

[...] uma grande desestruturação do serviço público por práticas de terceirização sem critérios, e algumas vezes sem legalidade, fragilizando as relações de trabalho no âmbito do SUS com rotatividade e insatisfação dos trabalhadores. (ALVES S.M.P. et al, 2015: 3044).

Nesse contexto, ocorre a flexibilização das relações de trabalho nos HUs, motivo pelo qual a EBSEH foi criada. Para Alves S.M.P et al (2015), a flexibilização das relações de trabalho tornou-se um problema para a gestão dos hospitais universitários, já que o TCU constata que recursos do SUS estavam sendo utilizados para o pagamento da força de trabalho terceirizada . Entretanto, alguns conselheiros consideram que a proposta da EBSEH revela que “a opção política de retirar dos funcionários a garantia do regime jurídico único reflete a lógica neoliberal com a qual não se deve concordar”. (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 338 CNS).

Outra questão que se coloca é referente à composição do conselho de administração, o qual contará somente com um representante dos trabalhadores e respectivo suplente, de acordo com o Regimento Interno da empresa. Ressalta-se que nos termos da Lei nº 12.353, de 28 de dezembro de 2010, que dispõe sobre a participação de empregados nos conselhos de administração das empresas públicas e sociedades de economia mista, o representante dos empregados não poderá participar de deliberações sobre assuntos que “envolvam relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, inclusive matérias de previdência complementar e assistenciais, hipóteses em que fica configurado o conflito de interesse” (BRASIL, 2010, LEI Nº 12.353).

Discute-se também a terceirização e a EBSEH. Aponta-se pelos conselheiros que alguns setores dos HUs, como zeladoria, transporte, manutenção, nutrição e outros já eram terceirizados e permanecerão assim. Nesse sentido, a inexistência de controle social é considerada outro fator que possibilita a empresa intensificar os processos de precarização do trabalho.

O regimento interno da empresa ainda aponta como competência do Conselho de Administração, mediante proposta da diretoria executiva, deliberar sobre o regulamento de licitação, desobedecendo assim a Lei de Licitações, nº 8.666, de 21 de junho de 1993. A lei é clara ao dispor que

Subordinam-se ao regime desta Lei, além dos órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. (BRASIL, 1993).

Cabe informar que as licitações são responsáveis, entre outras coisas, por contratos administrativos pertinentes a serviços. Desse modo, todos os setores já terceirizados dos HUs são resultado de processo licitatório para celebração de contrato para prestação de serviços entre o hospital e a empresa prestadora de serviços.

A possibilidade de deliberação sobre o regulamento das licitações abre precedentes para a intensificação dos processos de flexibilização do trabalho, via terceirização. Sobre a flexibilização das relações de trabalho na saúde, Alves S.M.P. et al (2015) afirma que

[...] este é um dilema vivenciado pelos serviços que necessitam se adequar a métodos eficientes de estabilização econômica e controle da força produtiva, em um cenário de livre fluxo do mercado de trabalho. A flexibilidade, nesta área [saúde], se traduz pelo redesenho da relação público-privado com modificações na estrutura jurídico-administrativa das instituições de saúde, terceirização de atividades e contratação de prestadores individualizados. (ALVES S.M.P. ET AL., 2015, p. 3044)

Além disso, sobre a contratação de novos trabalhadores, se dará, inicialmente, por processo seletivo simplificado e contrato temporário de dois anos, podendo ser prorrogado por igual período. Em seguida, a diretoria executiva da EBSEH fará as normas do concurso público. Entende-se, por membros do CNS, que a criação da empresa, sobre a justificativa de resolução da situação irregular de seus trabalhadores, não será resolvida, uma vez que esses profissionais não têm garantia de emprego com a empresa.

Para finalizar as discussões dos membros do CNS que se opõem a EBSEH, coloca-se em pauta o questionamento se o problema que permeia a educação e a saúde é de financiamento ou de gestão. Para elucidar o debate, alguns dados foram apontados nessa discussão. Os gastos com saúde em 2011 representaram 4,07% dos recursos da União, ao passo que em 2012 os gastos se reduziram a 3,98%. Ainda em relação ao financiamento, até abril de 2012 a dívida do país consumiu R\$ 369 bilhões, correspondente a 58% do gasto federal. Ademais, o governo vetou a proposta de 10% de recursos da União para saúde.

Dessa forma, os procedimentos de média e alta complexidade são realizados em hospitais privados e, cada vez mais, os serviços de saúde são repassados à iniciativa

privada por meio dos novos modelos de gestão – OSs, OCIPS, FEDP, EBSEH. Ademais, cresce diariamente a demanda por exames especializados que, invariavelmente, são realizados pela iniciativa privada. Cabe ressaltar que o Hospital de Clínica de Porto Alegre – criado sob a forma de empresa pública de direito privado –, em 2011, teve um orçamento público de R\$ 432.590.086 e houve questionamento se teria esse montante de recursos para todos os HUs.

Feitas essas considerações, concluiu-se que precisa ser enfrentada uma crise relativa à gestão e ao financiamento. Nesse sentido, o problema dos HUs está inserido numa instabilidade que atinge todo o sistema de saúde, com pouco financiamento para o desenvolvimento desejado da política nessa área e uma gestão, por vezes, prejudicada.

Como propostas para enfrentamento da questão de privatização dos HUs, foram pontuados: apoio formal do CNS a ADIn contra a EBSEH; luta contra a EBSEH nos conselhos universitários; mudança do modelo curricular dos cursos da área da saúde com vistas à efetivação do SUS; mudança no modelo de atenção à saúde, com a prática de promoção à saúde e com as necessárias ações intersetoriais; definição das políticas de educação e saúde como Políticas de Estado, e não de governos; e financiamento dos HU pelo MEC, MS e MCT.

Algumas falas também assinalaram posicionamentos favoráveis à criação da EBSEH para a gestão dos HUs. Ao contrário do posicionamento de outros conselheiros, houve sim discussão sobre a proposta da EBSEH, mas o debate ocorreu no Congresso Nacional – “a casa do povo”. Destacou-se que a EBSEH é uma empresa pública instituída para gerenciar instituições públicas, configurando-se em um modelo de gestão para melhorar as condições de trabalho nos hospitais universitários. Sendo assim, coloca-se a EBSEH como a solução para a questão do financiamento em relação a pessoal dos hospitais, tendo como garantia dos recursos para a reestruturação do REHUF.

Sobre algumas questões apontadas por conselheiros que se manifestaram contra a criação da empresa, foi dito, por aqueles que se posicionaram favoráveis, que a contratação será realizada por meio de concurso público sob o regime da CLT, e que, no caso das licitações, todas as empresas públicas devem obedecer ao disposto da Lei nº 8.666/ 1993. Dessa forma, ressaltou-se a importância de não se falar em

terceirização, visto que se trata do governo gerenciando um órgão de governo. Destacou-se que os HUs têm problemas conforme demonstrado pelo TCU, e que o próprio tribunal reconhece a EBSEH como solução adequada para a situação.

Em relação a possibilidade de dupla porta nos hospitais universitários, apontou-se que há um consenso sobre a posição contrária em relação à dupla porta. O objetivo da EBSEH é o de apoiar na reestruturação dos HUs, e as unidades sobre a gestão da empresa deverão atender 100% ao SUS, apontando, assim, a impossibilidade de trabalhar com leitos que não sejam destinados ao atendimento de usuários do sistema.

Dessa maneira, foi apresentada a necessidade de encontrar mecanismos que possibilitem a gestão dos HUs, utilizando os recursos legais existentes, mas com facilidades. A título de exemplo, colocou-se que a opção pelo regime de trabalho da CLT possibilita a realização de contratos, de concursos temporários para cobrir licenças, de atualização de salários, entre outros. Nesse sentido, salientou-se a necessidade de oferecer boas condições de trabalho, ótima infraestrutura e mecanismos de gestão que possibilitem aos hospitais garantir assistência, ensino e pesquisa.

Destacou-se que os resultados esperados do processo de implementação da EBSEH são a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho física e tecnológica, a qualificação da gestão financeira e orçamentária visando a excelência na atenção à saúde e na formação profissional. A empresa, portanto, representa a priorização da qualificação dos hospitais para oferecer condições para formação adequada nos hospitais de ensino e realização de pesquisas de interesse para o SUS.

Como resultados dos debates do CNS sobre a EBSEH, no ano de 2012, foi elaborado uma moção de repúdio contra a EBSEH – a saber a Moção nº 13 de 2012. Também foi encaminhado recomendação – nº 25 de 2012 – do CNS ao Poder Executivo e ao Congresso Nacional, que revogue a Lei nº 12.550/2011, a qual cria a EBSEH, e ao MEC e MS que firmem contratos de gestão diretamente com as universidades, visando dotar os Hospitais Universitários de Autonomia Administrativa e Financeira com recursos financeiros adequados ao seu funcionamento e imediata recomposição de seu quadro funcional por meio de concursos públicos pelo Regime Jurídico Único. E, por último, foi elaborada uma proposta de resolução que reafirma o posicionamento do CNS contra a EBSEH e delibera que o MS garanta o financiamento e a força de

trabalho necessários ao pleno funcionamento dos HUs – essa última não se encontra em vigor.

2013 – Programa Mais Médicos e EBSEH

O ano de 2013 se inicia com nova composição de conselheiros no CNS para mandato no período de 2013 a 2015. Por esse motivo, os debates sobre a EBSEH, privatização da saúde e novos modelos de gestão em saúde são apontados pontualmente, durante o primeiro semestre de reuniões, como questões que o CNS deve considerar na gestão de 2013 a 2015. Destaca-se que o CNS deve enfrentar de maneira mais incisiva o problema crescente da privatização dos serviços de saúde no país.

Os novos conselheiros do CNS apontaram a necessidade de aprofundamento do debate sobre a implantação da EBSEH, os prejuízos desse processo e seu impacto na formação e no ensino, como um dos pontos para o plano estratégico de 2013-2015. A representante da Fasubra no CNS coloca sua posição de defesa do SUS e dos “hospitais universitários como espaço de ensino e extensão e é contra qualquer tipo de terceirização e privatização como a EBSEH, que representa um retrocesso para o SUS” (ATA REUNIÃO ORDINÁRIA Nº, 241 CNS).

O plano estratégico para atuação do CNS 2013-2015 contou com cinco finalidades: 1. Fortalecer o SUS e seus órgãos de Controle Social e mobilizar a sociedade em defesa do direito à saúde; 2. Participar da formulação da política nacional de saúde; 3. Participar do controle da execução da política nacional de saúde; 4. Deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS; e 5. Acompanhar o processo de incorporação científica e tecnológica no País.

Ações contra a EBSEH e a luta contra a privatização e a terceirização nas três esferas de governo aparecem como ações permanentes necessárias ao cumprimento das finalidades, especialmente no que diz respeito a assegurar o SUS no seu caráter público e estatal. A privatização da saúde também é sinalizada como ameaça a efetivação das finalidades destacadas para o plano estratégico do CNS 2013-2015. Entre as ações para a agenda estratégica do CNS são apontadas como necessárias ações para a revogação da Reforma do Aparelho do Estado e priorização das ações contra as privatizações e

terceirizações do SUS. Assim, entende-se que as várias tentativas de privatização dos serviços de saúde durante os anos anteriores, 2011 e 2012, apresentam-se como questões importantes a serem enfrentadas durante os anos seguintes para que não avancem e impactem ainda mais o caráter público estatal e a efetiva implantação do SUS.

O debate sobre a EBSERH ressurgiu de maneira mais incisiva no CNS a partir da criação do Programa Mais Médicos. O programa foi criado pela Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, e dentre os objetivos do programa constavam: 1. diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; 2. fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; 3. aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; 4. aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 2013b).

Os objetivos do programa se justificam pela dificuldade de prover profissionais de saúde, em especial médicos, para regiões rurais e remotas. Sobre essa questão, L. L. Pereira et al (2016: 3) apontam que “the country’s efforts to attract and retain health workers to its inland regions; small and mid-sized municipalities; and rural, remote, hard-to-access, and socially vulnerable areas date back to the 1960s”. (L. L. PEREIRA ET AL (2016: 3))

Além das dificuldades de inserção de médicos em áreas rurais, pode-se apontar o Programa Mais Médicos como resultados das manifestações de junho de 2013. As manifestações de junho de 2013 tiveram como alvo o alto custo e/ou obscena precariedade dos serviços públicos básicos, dos quais depende a maioria esmagadora da população brasileira (DEMIER, 2017). Os manifestantes então pediam por “mais Saúde”, “mais Educação” e pela “redução da tarifa” (ou “passe livre”) nos transportes coletivos.

Cabe ressaltar, que as manifestações de junho de 2013, tão multifacetados no plano de propostas, foram socialmente heterogêneos no sentido de haver todo tipo de imputação ideológica. O viés progressista, que poderia pronunciar um novo ciclo de luta dos trabalhadores, apareceu em meio das manifestações assim como a vertente à direita, que pretendeu desencadear uma pressão regressiva em relação ao campo popular que

está no governo com o lulismo desde 2003. Assim, as manifestações, com todas as bandeiras ideológicas difusas, adquiriram um viés oposicionista aos governos federal, estadual e municipal (SINGER, 2013).

Pressionado pela população, o governo federal edita a MP de criação do Programa Mais Médicos como uma das respostas as reivindicações das manifestações de junho de 2013. O programa oferece oportunidades de participação aos médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado e aos médicos formados em instituições de ensino superior estrangeiras, por meio do intercâmbio médico internacional, nas unidades de atenção primária a saúde em regiões prioritárias (BRASIL, 2013b). Como resultado do Programa Mais Médicos, foi assinado acordo de cooperação com a Organização de Saúde Pan-Americana para criar parceria entre Brasil e Cuba para as posições não preenchidas por médicos brasileiros serem ocupadas por médicos cubanos (PEREIRA ET AL, 2016).

A EBSEH entra como ponto de discussão dos conselheiros de saúde sobre o Programa Mais Médicos porque a medida provisória de criação do programa dispõe, no art. 20, que

Fica a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH autorizada a **conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais, e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos**, observada a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2013b, grifo nosso).

Nos anos anteriores, 2011 e 2012, foi realizada densa discussão no CNS sobre as implicações da implantação da EBSEH para os hospitais universitários e para o SUS. Moções e resoluções foram editadas com posicionamento contrário a EBSEH por entender que a empresa representa a privatização dos serviços de saúde do maior complexo hospitalar de média e alta complexidade do país.

Nessa linha, os conselheiros problematizam a vinculação da EBSEH ao Programa Mais Médicos entendendo que a empresa poderá atingir negativamente a atenção primária a saúde. Aponta-se que o Programa Mais Médicos

[...] traz medidas paliativas que **aprofundam a lógica de mercantilização da saúde**, não se propõe a realizar uma reestruturação da atenção primária, não vem acompanhado de medidas estruturantes para alterar a situação vigente. Esse programa acaba por aprofundar **a precarização do trabalho em saúde por privar a categoria de direitos trabalhistas, por alimentar as Parcerias**

Público-Privadas (PPP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) aprofundando as privatizações (Ata Reunião Ordinária nº 248 CNS, grifo nosso).

Destarte, ao indicar a EBSERH como estruturante para a efetivação do mais médicos, pode-se entender que a tentativa de privatização dos serviços de saúde procura se estender a atenção primária a saúde. A EBSERH deve então ser questionada para além da gestão dos hospitais universitários, uma vez que as implicações da sua criação se estendem a outras medidas propostas pelo governo federal para a política de saúde. Por essa razão, foi sugestão do CNS que a EBSERH não seja estruturante ao Programa Mais Médicos.

Ressalta-se que, apesar da recomendação de que a EBSERH não seja estruturante para o Programa Mais Médicos, o mérito da medida provisória de criação do Mais Médicos foi analisado e transformado na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, em que a EBSERH não só se mantém como estruturante para o programa – a partir da concessão de bolsas, ressarcimento de despesas e outras medidas – como também é inserido Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) como responsável por tais ações também. Vale relembrar que o HCPA é empresa pública de direito privado e foi o modelo para a criação da empresa.

Constata-se, mais uma vez, que há desconsideração sobre as recomendações do CNS em relação a matéria que diga respeito as tentativas de privatização do SUS por parte do governo federal. Percebe-se a necessidade de fortalecimento das instâncias de controle social para que se possa lutar com mais força contra os novos modelos de gestão em saúde.

Além dos debates sobre a vinculação da EBSERH e o Programa Mais Médicos, a empresa aparece pontualmente em outros debates realizados pelo CNS, mas as discussões sobre a empresa não ganham densidade como ocorrido em 2012. Entretanto, faz-se necessário ressaltar denúncias como a feita na 250ª Reunião Ordinária do CNS onde uma conselheira apontou que em visita técnica, juntamente com representação do DENASUS, ao Hospital Federal do Piauí, foi constatado que a produção do referido hospital correspondia a apenas 1,64% do valor pago pelo SUS. O SUS pagou a EBSERH R\$ 10 milhões (de abril a agosto de 2013) para a gestão do hospital e só haviam sido utilizados R\$ 664,184,26 do valor repassado. Diante da gravidade dos

fatos, sugeriu-se que o CNS criasse mecanismos de acompanhamento e fiscalização do repasse financeiro do SUS para a EBSEH.

Por conseguinte, faz-se necessário constante problematização acerca dos novos modelos de gestão do SUS e da EBSEH. Verifica-se que tendência de expansão da abrangência da EBSEH com a criação do Programa Mais Médicos e sua vinculação a empresa. Ainda percebe-se, a partir de denúncias como a citada, a necessidade de acompanhamento próximo as ações da empresa, tendo em vista o alto repasse de verba e baixa execução do montante disponível. Reforça-se mais uma vez que é indispensável a discussão acerca da relação financiamento versus gestão para a efetivação do SUS em seu caráter universal, público e estatal.

Considerações Finais

O debate sobre a EBSEH nas instâncias de controle social não aparece de maneira deslocada do debate maior de privatização da política pública de saúde. Assim, a EBSEH é mais uma das consequências perversas da contrarreforma do Estado para a saúde pública. Os resultados da pesquisa apontam para uma agenda de defesa intransigente do SUS.

A questão do subfinanciamento do SUS se apresenta como fator fundamental para que a iniciativa privada consiga se apropriar da rede pública de saúde através dos novos modelos de gestão. O subfinanciamento, a partir da década de 1990, foi acompanhado de um discurso de descentralização, que correspondeu a desoneração de obrigações por parte do Estado (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2010). Como resultado do subfinanciamento há o crescimento dos planos e seguros privados de saúde.

O gasto do orçamento público é elemento importante para a compreensão das políticas sociais e das prioridades governamentais. Isso se evidencia nos debates ocorridos no CNS quando os conselheiros trazem dados da execução orçamentária e os gastos com saúde representam menos de 4% dos recursos da União, enquanto o pagamento dos juros da dívida compreende cerca de 44% do orçamento.

Compreende-se que não foi garantido ao SUS condições financeiras de se estabelecer como uma política de saúde de fato universal. A escassez de recursos e a má gestão dos recursos destinados a política de saúde impedem que o SUS seja sistema de referência em saúde para a totalidade da população. Ao contrário, entende-se o SUS como o conjunto de serviços destinados a parcela da população que não pode pagar pelos serviços de saúde.

O contexto de subfinanciamento da saúde pública somado a lógica de favorecimento a iniciativa privada – com a implementação de políticas de cunho neoliberal a partir de 1990 –, somado ao agravamento das questões sociais no país, além do aumento populacional e o surgimento de novas epidemias (MARQUES; MENDES, 2009), resulta no sucateamento dos serviços e ações de saúde públicos e na demonização da saúde pública, ao passo que o sistema de saúde privado passa a ser entendido como sinônimo de qualidade.

Os novos modelos de gestão surgem com a justificativa de maior eficiência para o Estado –, ou seja, investir menos e atender o maior número de cidadãos – de enxugamento dos gastos do governo – sustentado pelo discurso de crise econômica do país –, e de maior empoderamento da sociedade sobre a oferta dos serviços de saúde. A iniciativa privada nos serviços de saúde públicos passa a ser substitutivo e não complementar como prevê a CF de 1988.

A EBSEH surge com a motivação de resolver o problema da irregularidade dos trabalhadores nos HUs e das dívidas acumuladas pelos HUs. Entretanto, o problema do sucateamento dos HUs foi ocasionado pela falta de destinação de recursos, posteriormente a tentativa de transferência da folha de pagamento dos técnicos-administrativos para o MS e, por fim, a suspensão de concursos para os HUs. Dessa maneira, iniciam-se as contratações irregulares de trabalhadores para suprir a falta de pessoal até que, em 2006, decisão do TCU aponta para substituição do pessoal terceirizado por servidores efetivos nos hospitais universitários.

A partir do contexto instalado de sucateamento dos HUs, começam a surgir as propostas de privatização da maior rede hospitalar de média e alta complexidade. Primeiramente, apresenta-se como solução as FPDs, por meio de projeto de lei em 2007. Posteriormente, edita-se a medida provisória que cria a EBSEH no apagar das luzes de 2010.

O CNS faz densas discussões acerca dos significados da empresa para o SUS. Há, como em todo espaço de disputa, posicionamentos favoráveis e contrários à criação da empresa. Entretanto, o CNS emite documentos recomendando pela não aprovação da MP e posteriormente pela não aprovação da lei de criação da EBSEH.

A 14ª CNS também traz à tona a questão dos novos modelos de gestão para o SUS e o projeto de criação da EBSEH. Elabora-se moções de repúdio aos novos modelos de gestão, a empresa e as duplas-portas de acesso ao SUS. Recomendações de fortalecimento do sistema de saúde público estatal a partir da regulamentação imediata da EC nº 29 para garantir efetiva ampliação do orçamento da Saúde são apontadas pelos delegados e participantes da 14ª CNS.

Apesar de todas as manifestações desfavoráveis, a criação da EBSEH, o governo federal insistiu na aprovação da lei de criação da empresa. Tal medida demonstra desrespeito as instâncias de controle social institucionalizadas no âmbito do

SUS. Assim, entende-se que há a intenção do governo federal de continuar com o movimento de privatização do sistema de saúde público, apontando para a clara lógica de mercado. Compreende-se, então, a necessidade de fortalecimento das instâncias de controle social para que o princípio da participação de comunidade seja assegurado.

Conclui-se que os novos modelos de gestão e a EBSEH devem ser enfrentados para a garantia legal de saúde como direito. Entretanto, deve-se também mirar na questão central que é criar mecanismos para a efetivação real do SUS. Nesse sentido, indica-se que a universalização da política – a partir do financiamento adequado e do respeito a participação da sociedade nos processos decisórios – como uma reforma sanitária profunda no país, com vistas a processos e acessos mais democráticos e igualitários no SUS.

Como sugestão de novos estudos sobre a EBSEH, sugere-se pesquisas qualitativas sobre as condições de trabalho diferenciadas nesse modelo de gestão e em que medida diferentes tipos de regime de trabalho (CLT e RJU) numa mesma instituição para profissionais na mesma área pode precarizar as relações de trabalho.

Pode-se realizar investigações também para verificar em que medida o subfinanciamento da política de saúde favorece a criação de novos modelos de gestão, e se a criação, de fato, resolve o problema da dívida dos HUs e da irregularidade de contratação dos trabalhadores. Já existe documento¹⁶ da Frente Nacional contra a Privatização do SUS, que registra denúncias sobre os hospitais, em relação às irregularidades e os prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário causados pela EBSEH.

¹⁶ Documento “Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH”, disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVYzIXbC1UaGFYYIE/edit>>, acesso em 10 de julho de 2017.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, Zenaide Neto. *Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saude soc.* 2017, vol.26, n.1, pp.115-128.

ALVES, Giovanni. *Trabalho e neodesenvolvimentismo*. Bauru (SP): Canal 6 Editora, 2014.

ALVES, S. M. P. et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, p 3043-3050.

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

BRASIL. *Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943*. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Rio de Janeiro, 1943.

_____. *Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967*. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, 1967.

_____. *Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969*. Altera disposições do Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, 1969.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos. Brasília, 1988.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos. Brasília, 1990a.

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1990b.

_____. *Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993*. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1993.

_____. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Brasília, novembro de 1995.

_____. *Lei nº 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. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1998.

_____. *Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999*. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1999.

_____. *Portaria Interministerial nº 1000, de 15 de abril de 2004*. Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda,

formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____. *Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008*. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Octogésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de setembro de 2008, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e resolve: aprovar o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2008.

_____. *Fundação estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados*. Ministério da Saúde. Brasília, 2007.

_____. *Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010*. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2010a.

_____. *Projeto de Revitalização dos Hospitais Universitários Federais*. Plano dos povos indígenas. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Brasília, 2010b.

_____. *Lei nº 12.353, de 28 de dezembro de 2010*. Dispõe sobre a participação de empregados nos conselhos de administração das empresas públicas e sociedades de economia mista, suas subsidiárias e controladas e demais empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2010c.

_____. *Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011*. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH;

acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 2011a.

_____. *Decreto nº 7.6661, de 28 de dezembro de 2011*. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSERH, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2011b.

_____. *Decreto nº 7.690, de 2 de março de 2012*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Educação. Presidência da República, Casa Civil, Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2012a.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. CNS, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. Boletim Estatístico de Pessoal. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. v. 17 n. 200 (Dez 2012), Brasília: MP, 2012c.

_____. Para entender o controle social na saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. *Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências*. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2013b.

_____. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. CNS, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRAVO, Maria I. S. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete et al. (org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. ABEPSS/OPAS, 2006.

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do Controle Social na atualidade. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. São Paulo: Cortez, 2012.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 112. Out/dez. 2012. São Paulo: Cortez, 2012. p. 613–636.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In. BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COHN, Amélia. As políticas sociais: entre o alívio e a superação da pobreza. In: *Oficinas: Diálogos do desenvolvimento Brasileiro – As políticas sociais e a superação da pobreza*. Rio de Janeiro: Fundação João Mangabeira, 2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. Controle Social na Saúde. In. MOTA, Ana Elisabete et al (org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. ABEPSS/OPAS, 2006.

_____. Porque ser contra os novos modelos de gestão do SUS? In. BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Contra a corrente Ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2ª ed., 2008.

COUTO, Berenice Rojas. Assistência social: direito social ou benesse? *Serviço Social e Sociedade*, n. 124. São Paulo, 2015.

CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEMIER, Felipe. *Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil*. Editora Mauad X, Rio de Janeiro, 2017.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

FLEURY, Sonia. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

FRANCO, M. E. D. P.; MOROSINI, M. C.; SGUISSARDI, W. *Internacionalização, Gestão Democrática e Autonomia Universitária em Questão*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2005.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas da pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

HARVEY, David. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Loyola, 2008.

IAMAMOTO, Marilda. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (org.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

JÚNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer? In. BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; NORONHA, J. C.. O Sistema Único de Saúde – SUS. In. GIOVANELLA, Lúgia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. *Saúde Debate*, v. 40, n. especial, p. 87-97, Rio de Janeiro, 2016.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, Pp. 841-850.

MEDICI, A. C.. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 2, São Paulo, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.

MENICUCCI, Telma M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.). Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes: Petrópolis, Rio de Janeiro, 2010.

NEVES, A. V. *Cultura política e Democracia Participativa: um estudo sobre o orçamento participativo*. Rio De Janeiro: Gramma, 2008.

_____. *Os desafios da representação da sociedade civil nos arranjos participativos*. In: NEVES, Angela V; CASTRO, Alba Tereza B de. *Democracia, sociedade civil e serviço social: uma perspectiva crítica*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2012.

OCKÉ-REIS, C.O. SUS: o desafio de ser único. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.), Rio de Janeiro, Cebras, 2010.

PATRÍCIO, M. F.; TEIXEIRA, R. G.. O fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. *Revista de Direito Sanitário*, v. 11, n. 3. São Paulo, 2011, Pp 50-62.

PEREIRA, L. L.; SANTOS, L. M. P. ; SANTOS, W. ; OLIVEIRA, A. ; RATTNER, D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural and Remote Health*, v. 16, p. 3616, 2016.

PEREIRA, M. E. R.. O estágio supervisionado frente à conjuntura atual de formação em Serviço Social. *Revista Katálysis*, v.19, n.3. Florianópolis, 2016.

PIETRO, Maria Sylvania Z. D. *Parcerias na Administração Pública: Concessão, Permissão, Franquia, Terceirização, Parceria Público-Privada e outras formas*. São Paulo: Atlas, 2012.

PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D.. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In. GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a Ser Enfrentado pela Sociedade Civil. In. MOTA, Ana Elisabete et al (org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. ABEPSS/OPAS, 2006.

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. *Serviço Social em Revista*, v. 14, n. 2. Londrina, 2012. p. 04-22.

SAMPAIO JR, P. de A.. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n.112. out/dez. 2012. São Paulo: Cortez, 2012. Pp. 672-688.

SINGER, André. *Brasil, junho de 2013, classes e ideologias cruzadas*. Novos estudos. Cebrap, São Paulo, n. 97, p. 23-40, Nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010133002013000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2017.

SODRE, Francis; LITTIKE, Denilda; DRAGO, Leandra Maria Borlini and PERIM, Maria Clara Mendonça. *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?*. Serv. Soc. Soc.. 2013, n.114, pp.365-380.

WOOD, Ellen. *Democracia contra capitalismo*. São Paulo: Boitempo, 2006.

ZIGATO, Jhony Oliveira. *A implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF): dilemas presentes e perspectivas futuras*. Mestrado em Serviço Social. Instituição de Ensino: Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora Biblioteca Depositária: Faculdade de Serviço Social e Central da UFJF, 2015. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2731027>. Acesso em: 23 nov. 2016.