



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**NEYDE JUSSARA GOMES ABDALA RODRIGUES**

**OS (DES)CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: a  
EBSERH em questão.**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2014**

**NEYDE JUSSARA GOMES ABDALA RODRIGUES**

**OS (DES)CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: a  
EBSERH em questão.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

R696d Rodrigues, Neyde Jussara Gomes Abdala

Os (des)caminhos da política de saúde no Brasil [manuscrito] : a EBSEERH em questão / Neyde Jussara Gomes Abdala Rodrigues. - 2014.

61 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Ms. Sandra Amélia Sampaio da Silveira, Departamento de Serviço Social".

1. Política pública de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. EBSEERH. 4. Hospital universitário. 5. Serviço hospitalar I.

Título.

21. ed. CDD 362.11

## PARECER FINAL

A banca examinadora, instituída de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB, após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considerá-lo SATISFATÓRIO, atribuindo ao aluno (a) NOTA 10,0.

Aluno (a): NEYDE JUSSARA GOMES ABDALA RODRIGUES

Monografia: OS (DES)CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: a EBSERH em questão.

Data da Defesa 19 / 03 / 2014

Campina Grande – PB, 19 de 03 de 2014.

### BANCA EXAMINADORA:

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Sandra Amélia Sampaio da Silveira (Orientadora)  
Prof<sup>ª</sup>. Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Serviço Social

Lúcia Maria Patriota

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Lúcia Maria Patriota (Examinadora)  
Prof<sup>ª</sup>. Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Saúde Coletiva

Kathellen Leal Vasconcelos

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kathellen Elane Leal Vasconcelos (Examinadora)  
Prof<sup>ª</sup>. Universidade Estadual da Paraíba/Doutora em Serviço Social

*Dedico este trabalho ao meu Pai Norberto Pereira Abdala (In memoriam), que infelizmente hoje não pode estar presente neste momento tão feliz, ele que sempre me incentivou a estudar e por muitas vezes renunciou aos seus sonhos, para que, eu pudesse realizar os meus. Ao senhor que continua sendo o meu maior incentivador, sua imagem em meus pensamentos me fazem mais forte e me impulsiona a seguir em frente. O meu amor e a minha eterna gratidão ao meu 'painho'. Saudades eternas!*

*“Privatizaram sua vida, seu trabalho, sua hora de amar e seu direito de pensar. É da empresa privada o seu passo em frente, seu pão e seu salário. E agora não contente querem privatizar o conhecimento, a sabedoria, o pensamento, que só à humanidade pertence.”*

*(Bertold Brecht)*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus pela dádiva da vida. Ele, autor e consumidor da minha fé, sempre me ajudando a manter a fé mesmo nos momentos mais difíceis, tem me levado a lugares altos, onde nunca imaginei chegar, não tenho palavras para te agradecer meu Deus.

Aos meus pais: Beto e Sonia. Foram muitas renúncias para que eu chegasse até aqui, as palavras são insuficientes para expressar o meu amor e a minha gratidão. Minha mãe, minha amiga; companheira; confidente; que sempre se doou por inteiro para que eu pudesse realizar os meus sonhos, além da ajuda incansável nos cuidados com meu filho, muito obrigada!

Aos meus irmãos Júnior, Simone e Joycy, companheiros da vida toda, que sempre estiveram comigo, me apoiando e ajudando em tudo.

Ao meu esposo Júnior, meu amor, amigo, companheiro de todas as horas, sempre ao meu lado enxugando minhas lágrimas, quando necessário, e me fazendo sorrir mesmo nas adversidades, obrigada por tudo, te amo.

Ao meu filho Davi, por existir, por iluminar todos os meus dias por mais escuros que eles estejam. Filho, só o fato de você existir me impulsiona e me incentiva na busca de novas realizações, eu te amo.

Aos meus familiares que sempre me ajudaram e estiveram ao meu lado nas horas em que mais precisei.

Aos irmãos da IPI-CG, especialmente à Presbítera Mônica, por todo apoio, incentivo e constantes orações.

A minha amiga Katiana, presente em minha vida desde a minha adolescência, obrigada por toda a amizade dedicada durante todos esses anos, e pela ajuda no momento mais difícil do curso, cuidando do meu bem mais precioso, Davi.

A Professora Sandra Amélia, que me proporcionou a oportunidade de fazer parte de um grupo de pesquisa, dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que minha formação fosse também uma experiência de vida, meu carinho, minha admiração e meu agradecimento.

As amigas de pesquisa do NUPEPS, por todo conhecimento compartilhado e por tantos momentos de descontração. A Samara, por todas as constantes contribuições acadêmicas.

A todos os professores do Curso de Serviço Social da UEPB, pelos ensinamentos transmitidos, aprendi muito com vocês e levarei comigo um pouco de cada um.

A minha supervisora de campo, Vivian Barros, pela paciência, profissionalismo e aprendizados na realização do estágio.

Aos meus colegas de turma, a “turma que arrasa” pelas palavras amigas nas horas difíceis, pelo auxílio nos trabalhos e dificuldades e, principalmente, por estarem comigo nesta caminhada, tornando-a mais fácil e agradável. Em especial a Roberta Angelim e Luana Aires, por todo carinho e motivação que me deram e pela amizade de todos esses anos.

A todos/as que ouviram os meus desabafos; que compartilharam estes cinco anos, que me acompanharam; choraram; riram; aconselharam; dividiram comigo, alegrias e tristeza; sorrisos e lágrimas; palavras e silêncios. O meu muito obrigada!



## RESUMO

A trajetória da política de saúde no Brasil tem sido marcada por avanços e desafios. Desde a década de 1990 assiste-se, a partir do aprofundamento da política neoliberal e, conseqüentemente, do processo de contrarreforma do Estado, ao desmonte dos direitos conquistados e implementados através do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, o governo cria novos modelos de gestão para a administração pública. O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) traça um panorama dos novos modelos de gestão da saúde pública no país, destacando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O interesse pelo tema foi motivado pela nossa inserção no campo de estágio de Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), pelos estudos e discussões desenvolvidos no Núcleo de Pesquisa e Práticas Sociais (NUPEPS), bem como pela nossa participação no Fórum em Defesa do SUS-Campina Grande. Tais experiências possibilitaram uma aproximação com a política de saúde, a partir da qual percebemos que esta vem sendo fortemente ameaçada pelos avanços das ideias neoliberais, provocando um processo de perda de seu caráter público e universal, cedendo lugar à privatização dos serviços nesta área. A pesquisa realizada teve por objetivo principal: Analisar os rebatimentos da contrarreforma do Estado na Política de Saúde Brasileira, através da proposta da EBSEH. Os objetivos específicos que nortearam o estudo foram: discutir a trajetória da política de saúde no Brasil pós Constituição Federal 1988; deslindar a proposta da EBSEH dentro das novas formas de gestão dos serviços públicos de saúde; e verificar como a proposta da EBSEH se contrapõe aos princípios do SUS. A pesquisa realizada classificou-se como um estudo documental e bibliográfico. As reflexões aqui expostas estão pautadas no método crítico-dialético. Como principais resultados destacamos: os novos modelos de gestão da saúde pública configuram-se como forma de desresponsabilização do Estado com a política de saúde, possibilitando o avanço do projeto privatista em detrimento da saúde como direito universal dos(as) cidadãos(ãs). A EBSEH é dos modelos de gestão proposto pelo governo federal, voltada para a gestão dos Hospitais Universitários (HUs), que impossibilita a concretização dos princípios do SUS, uma vez que constitui uma privatização velada dos referidos hospitais, intensifica a precarização do trabalho no setor saúde, ameaça a autonomia da universidade e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Inúmeras são as conseqüências da implementação dessa empresa nos HUs, principalmente no que se refere à assistência à saúde, que enquanto direito de toda a população e dever do Estado, passa a ser cerceado.

**Palavras-Chave:** Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. EBSEH.

## ABSTRACT

The trajectory of the health policy in Brazil has been marked for progress and challenges, since the decade 1990 are witnessing from the deepening of neoliberal policy and consequently of the process of Counter-Reformation of the State, the disassemble of the conquered rights and implemented through the Unified Health System (SUS). In this context the government creates new models of public administration management. The present work completion of course provides an overview of new models of health management in the country, highlighting the The Brazilian Company of Hospital Services (EBSERH). The same was motivated by our inclusion in the training field of Social Service at the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC), by studies and developed discussions at Research and Social Practices Center (NUPEPS), as well as by our participation in Forum for the Defense of SUS-Campina Grande. Such experiences allowed a approximation with health policy, from which we realized that this has been seriously threatened by the advances of neoliberal ideas causing a process of loss of its public and universal character, giving way to privatization of services in this area. Therefore, the present study of course conclusion provides an overview of the news models of management of public health in the country, highlighting the EBSEH. The main goals of this research were: Analyze the aftermaths of Counter-Reformation of the State in the Brazilian Health Policy, through the proposal of the EBSEH. The specific objectives that guided the study were: discuss the trajectory of health policy in Brazil after the 1988 Federal Constitution; disentangle the proposal of EBSEH within the new ways of public health services management; and verify how the proposal of EBSEH opposes to the principles of SUS. The research was classified as a documentary and bibliographical study. The reflections here exposed are based on critical dialectical method. The main results include: the news models of public health management as a way of disengagement of the State with its health policy, enabling the advancement of the project to the detrimente of privatizing health as a universal right of citizens. The EBSEH is the management models proposed by the federal government, facing the management of University Hospitals, makes the achieving of the principles of SUS impossible; constitutes a covert privatization of university hospitals; intensifies the precariousness of work in the health sector; threatens the university's autonomy and the inseparability between teaching, research and extension. Countless are the consequences of the implementation of this company in university hospitals, especially with regard to health care, while as a right of all people and a State duty, shall be curtailed.

**Key-words:** Health Policy; Unified Health System; EBSEH.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ADI	Ação de Inconstitucionalidade
ADUFCG	Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
AMPCON	Associação Nacional do Ministério Público de Contas
ANDES-SN	Associação Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANTC	Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CA	Centro Acadêmico
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DAFB	Diretório Acadêmico Francisco Brasileiro
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional

FASUBRA	Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras
FDPS	Fundação de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
HCPA	Hospital da Clínicas de Porto Alegre
HU	Hospital Universitário
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
HUJB	Hospital Universitário Júlio Bandeira
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
INAMPS	Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MPF	Ministério Público Federal
NOB	Norma Operacional Básica
NUPEPS	Núcleo de Estudos e Práticas Sociais
OAB	Organização dos Advogados do Brasil
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PPP	Parceria Público Privado
RJU	Regime Jurídico Único
SINTESPB	Sindicato dos Trabalhadores de Ensino Superior da Paraíba
SINTUFS	Sindicato dos Trabalhadores da Universidade do Sergipe

STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFS	Universidade Federal do Sergipe
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I - A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 - A reforma do Estado e seu rebatimento no SUS.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO II- OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Situando a proposta da EBSEH.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2 Uma breve análise sobre a EBSEH e suas (in)compatibilidades com os preceitos constitucionais.....</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO III - A EBSEH E SEUS IMPACTOS NO SUS.....</b>	<b>42</b>
<b>3.1 Atual situação da EBSEH nos HUs: adesões e resistências.....</b>	<b>48</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>57</b>

## INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas a partir da Constituição Federal de 1988 redirecionaram a Política de Saúde no Brasil, imprimindo a esta o caráter de direito do cidadão e dever do Estado, dando passos significativos para se superar a concepção tradicional de saúde como ausência de doença, ao compreendê-la como produto de um conjunto de determinações sociais, tais como: moradia, trabalho, renda e acesso aos serviços públicos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto das conquistas possíveis em torno do que foi idealizado pelo Movimento de Reforma Sanitária, constituído com base nos princípios da universalização, equidade e integralidade, conduziu a um novo modelo assistencial, tendo o Estado como responsável pela política de saúde. Regulamentado em 1990, o SUS passou a sofrer os rebatimentos do projeto neoliberal que, nesta mesma década, passa a afetar diretamente as políticas sociais no Brasil, levando a focalização das mesmas.

Nos últimos anos, a política de saúde vem passando por diversos abalos, decorrentes da ofensiva neoliberal que propõe a diminuição dos gastos e tem por objetivo o desmonte dos direitos conquistados e implementados através da Constituição Federal de 1988. Neste contexto, ocorre o processo de redução do Estado sob o argumento da formação de parcerias como via de modernização deste, supostamente voltada à ampliação e melhoria da qualidade dos serviços.

A perspectiva neoliberal defende um novo modelo de gestão, no qual determinados serviços são repassados às chamadas Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e, mais recentemente, à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), como caminho simplificado para resolver os problemas referentes à gestão do SUS, com a falácia de envolver a sociedade civil na condução e desenvolvimentos das políticas públicas.

Diante desse cenário, o presente trabalho foi motivado pela nossa inserção no campo de estágio de Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), pelos estudos e discussões desenvolvidos no Núcleo de Pesquisa e Práticas Sociais (NUPEPS), no qual participamos de projetos de iniciação científica na área da saúde, bem como pela participação no Fórum em Defesa do SUS em Campina Grande. A aproximação com a política de saúde, a partir de tais experiências, possibilitou-nos perceber que esta vem perdendo seu caráter público e universal, cedendo lugar à privatização dos serviços.

Assim, este TCC resulta de uma pesquisa documental e bibliográfica que teve como objetivo principal: analisar os rebatimentos da contrarreforma do Estado na Política de Saúde Brasileira, através da proposta da EBSEH. Os objetivos específicos que nortearam o estudo foram: discutir a trajetória da política de saúde no Brasil pós Constituição Federal 1988; deslindar a proposta da EBSEH dentro das novas formas de gestão dos serviços públicos de saúde; e verificar como a proposta da EBSEH se contrapõe aos princípios do SUS.

Nesse estudo, a orientação teórico-metodológica assumida está fundamentada no método crítico-dialético, pois o mesmo possibilita apreender as contradições e articulações entre os fenômenos, considerando os aspectos econômicos, sociais, políticos, ideológicos e culturais que os permeiam.

Os dados necessários foram obtidos a partir de fontes secundárias: portarias, leis, políticas e normatizações do Governo Federal e Ministério da Saúde, relacionadas com o objeto da pesquisa. Recorremos também às publicações nacionais através de livros e trabalhos científicos publicados sobre o tema estudado, seja em periódicos ou em bibliotecas virtuais e bancos de teses e dissertações. Tais publicações, somadas às demais fontes de dados secundários, contribuíram para o aprofundamento da análise de nosso objeto de estudo. A pesquisa se realizou entre os meses de agosto a dezembro de 2013.

Este trabalho está organizado em três capítulos: o primeiro refere-se à trajetória da política de saúde no Brasil pós Constituição Federal, abordando os rebatimentos da contrarreforma do Estado no SUS. No segundo capítulo apresentamos os novos modelos de gestão da saúde pública no país, enfatizando o processo de criação e implementação da EBSEH nos HUs. No terceiro capítulo expomos a incompatibilidade da proposta da EBSEH com os princípios e diretrizes do SUS. Por fim, mostramos a situação atual da EBSEH no Brasil, adesões e resistências, bem como as nossas considerações finais.

Assim, o presente estudo debruça-se sobre um tema bastante pertinente e atual, de grande relevância para o Curso de Serviço Social, não só pelo fato dos serviços públicos de saúde constituírem um amplo espaço sócio-ocupacional para a atuação dos assistentes sociais, mas principalmente pelo compromisso dessa categoria profissional com a ampliação e efetivação dos direitos sociais, fortalecendo os interesses da classe trabalhadora, em conformidade com o Código de Ética e o projeto ético-político da profissão. Além disto, trata de uma temática relacionada com a necessidade de fortalecimento do SUS, e de uma política de saúde universal e gratuita, financiada exclusivamente pelo Estado, podendo trazer contribuições para o adensamento do debate e das lutas coletivas em defesa da saúde pública.



## CAPÍTULO 1- A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA

A garantia dos direitos sociais assegurados na Constituição Federal de 1988 é fruto das lutas travadas pelos movimentos sociais e representa um avanço. A partir daí é implantado no Brasil o conceito de Seguridade Social, que orienta o conjunto de ações destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, assistência e previdência social (BRASIL, 1988), constituindo o tripé da seguridade social. Estas deveriam ser integradas, porém, cotidianamente são efetivadas de forma separada. Há uma fragmentação também no acesso a essas políticas: a saúde destina-se a todo cidadão como um direito universal, a assistência social somente aqueles que dela necessitam e a previdência social aqueles que contribuem.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2009, p. 96-97).

Ainda que haja muito por se materializar, no plano legal a Constituição de 1988 amplia a extensão dos direitos sociais no país, significando um avanço. No tocante à saúde, afirma-se em seu Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Essa concepção impõe um novo rumo para a saúde, uma vez que historicamente o acesso às ações nesta área era seletivo e não atendia às necessidades e demandas da população. O redirecionamento na saúde deve-se principalmente à organização de amplos segmentos da sociedade em torno do Movimento de Reforma Sanitária que, desde o final da década de 1970, passa a contar com outros protagonistas sociais que contribuíram para o debate das condições de vida da população, dentre os quais destacam-se: os profissionais de saúde, os partidos políticos, usuários dos serviços de saúde e os movimentos sociais urbanos. As principais propostas debatidas por estes sujeitos foram a universalização de direitos, a concepção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a descentralização político-

administrativa e a gestão democrática. Assim, o texto constitucional que trata da saúde apresenta em grande medida às reivindicações do movimento sanitário (BRAVO, 2009).

Este movimento, ao promover um intenso debate sobre a saúde foi além das reivindicações, permitindo que esta fosse compreendida e buscada como um direito de cidadania. Expressa uma nova concepção de saúde centrada na coletividade, na estrutura social e nas classes sociais (BRAVO, 1996). Defendendo “a ideia de que a saúde, pelo seu conceito ampliado, significava melhores condições de vida e de trabalho” (BRAVO; MORENA, 2013, p. 210).

Outro marco deste período foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, pois trouxe a sociedade para a discussão da saúde. As deliberações da mesma priorizaram o direito universal à saúde, o acesso igualitário, a descentralização e a participação da sociedade no planejamento, gestão e execução das políticas públicas (BRAVO, 2009).

Todo esse processo culminou na criação do SUS, regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (composta pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90), fundamentado em três princípios: universalidade, integralidade e equidade.

O princípio da universalidade reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, bem como o acesso a toda rede de atenção à saúde no SUS. A equidade é um princípio de justiça social que busca assegurar ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde de acordo com a complexidade de cada caso, considerando as diferenças no contexto do tratamento igualitário aos(as) usuários(as). A integralidade garante o provimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços em todos os níveis de complexidade da assistência, englobando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRAVO, 2009).

Entretanto, a implantação do SUS não ocorre de forma consensual, observa-se um embate entre o Projeto de Reforma Sanitária, que tem como fundamento o Estado democrático responsável pelas políticas sociais, portanto, pela política de saúde e o Projeto Privatista que tem por base o Estado mínimo de “caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento” (BRAVO, 2009, p. 101). Desta forma, a política de saúde passa a sofrer influências do projeto neoliberal, que propõem a diminuição dos gastos e a focalização das políticas sociais.

### 1.1 A contrarreforma do Estado e seu rebatimento no SUS.

Apesar da Constituição Federal de 1988 ter inaugurado uma nova fase de democratização das ações e das funções do Estado brasileiro, as conquistas alcançadas passam a sofrer, a partir da década de 1990, grande ataque por parte do capital através das ideias neoliberais que vinham se alastrando mundialmente.

Nesse contexto, a política neoliberal instaura-se no Brasil associado ao discurso de modernização do país, que se iniciou após a eleição do presidente Fernando Collor de Mello, vindo a se expandir na gestão de Itamar Franco e ganhar força no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

O modelo neoliberal pauta-se na tese de que o mercado é o principal e insubstituível mecanismo de regulação social. Com base neste pressuposto, faz uma enfática defesa do Estado mínimo que não interfere no jogo dos agentes econômicos.

O receituário neoliberal para o Brasil, como para toda a América Latina vem se dando no sentido de submeter os seus países aos rigorosos ajustes econômicos impostos pelas agências financiadoras internacionais: Banco Mundial, Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Fundo monetário Internacional (FMI), entre outras. As estratégias priorizadas pelos governos neoliberais estão vinculadas à redução da ação estatal; desregulamentação e privatização do mercado; redução dos gastos públicos, especificamente da área social; diminuição do tamanho, das funções e do escopo do Estado e descentralização em nível local (BRAZ; NETTO, 2008).

Segundo Faleiros (1991), na ótica neoliberal o sistema de garantia de direitos deve ser desregulamentado, ou seja, desfeito, desmantelado para que o indivíduo sobreviva com os seus próprios recursos, sem a proteção social pública. Os recursos públicos são privatizados e o financiamento de novos fundos não tem mais responsabilidade pública. Trata-se da implementação de uma ideologia da responsabilização do indivíduo.

A ofensiva neoliberal não significa apenas um reordenamento econômico, mas acima de tudo político, ao propor o desmonte da base social do Estado, ou seja, o “Welfare State<sup>1</sup>”. Instaura-se um retrocesso político que repercute na saúde, de modo que as forças progressistas

---

<sup>1</sup> O Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social fundamenta-se na estruturação de um amplo sistema de proteção social que surge no pós-guerra em alguns países da Europa Ocidental, com destaque para o plano Beveridge na Inglaterra em 1942. O referido plano influenciou os demais países, no que se refere aos princípios básicos de universalização de direitos à saúde e a educação. Os princípios do plano Beveridge são: responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos; universalidade dos serviços sociais e implantação de serviços de assistência social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

comprometidas com a reforma sanitária passam a perder espaço no interior do governo. Ocorre a desconstrução da Política de Saúde construída na década de 1980, vinculando-a ao mercado com ênfase nas parcerias com a sociedade civil (BRAVO, 2009).

O Brasil adentra a década de 1990 redirecionando o papel do Estado, sob forte influência da política neoliberal. Propaga-se a urgência de uma reforma do Estado, amparado no argumento de que este se desviou de suas funções básicas, confrontando o modelo econômico vigente (BRAVO, 2009).

O termo reforma, neste estudo, assume o sentido apontado por Behring e Boschetti (2011). As autoras destacam que este é usado indevidamente pelos neoliberais, pois esta palavra é apropriada às ações de contestação do capital. Entretanto percebe-se que:

[...] se está diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica (BEHRING, 2003, p.128).

Assim, o termo utilizado, que cabe perfeitamente nas ações do governo neoliberal, é contrarreforma: “os anos 1990 até os dias atuais tem sido de contrarreforma do Estado e de obstacularização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.147).

Após a eleição do presidente FHC, o governo brasileiro tratou de colocar em prática a contrarreforma do Estado, com ênfase especial nas privatizações. Passou a propagar o discurso de que a Constituição de 1988 estaria ultrapassada, como colocam Behring e Boschetti, (2011, p.148):

Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada –, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”.

Ao assumir o Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE), em 1995, Bresser Pereira, formulou o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), orientado pelos postulados do Consenso de Washington. Segundo Bravo (2009), este Plano considera que há necessidade de superar a administração pública burocrática, em prol de um modelo gerencial que tem como características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. Propõem a criação de uma esfera pública não estatal, que exerça funções públicas, no entanto, obedecendo à lógica do mercado.

Bresser Pereira considera que a necessidade da reforma é fruto da crise do próprio Estado, “uma crise fiscal do Estado, uma crise do modo de intervenção do Estado no econômico e no social, e uma crise da forma burocrática de administrar o Estado [...]” (PEREIRA, 1997, p. 9). Portanto, suas propostas sugerem não apenas reduzir as ações do Estado, mas modificá-lo e torná-lo mais eficiente, isto porque “não se trata mais de construir, mas de desconstruir o Estado” (NOGUEIRA, 1998, p. 16).

As políticas sociais transformaram-se em ações pontuais e compensatórias, visto que a reforma sugerida está voltada aos interesses do mercado. Nesta lógica, o trinômio do ideário neoliberal para as políticas sociais é privatização, focalização e descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A crise do Estado é justificativa para a redução dos gastos no âmbito social, acarretando o sucateamento dos serviços públicos, de modo que a iniciativa privada ganha legitimidade para assumir estes serviços como única solução para os problemas existentes. Diante destes aspectos, ocorre o processo de redução e desburocratização do Estado, sob o argumento da formação de parcerias como via de modernização deste, com a justificativa de ampliar e melhorar a qualidade dos serviços sociais direcionados à comunidade.

Inicia-se a “publicização” do Estado com “a transformação dos serviços exclusivos de Estado em propriedade pública não estatal e sua declaração como organização social” (BRESSER *apud* MONTAÑO, 2002, p. 45). Bresser Pereira nomeia de “publicização” o processo de transferência da gestão de serviços públicos para a sociedade civil e/ou entidades públicas não estatais, de modo que o poder executivo passa apenas a subsidiar, assegurando-lhes, porém, autonomia administrativa e financeira, o que na verdade configura-se como “privatização” dos serviços, como também ressalta Montañó (2002, p.46):

Isto é uma verdadeira privatização de serviços sociais e de parte dos fundos públicos. Esta estratégia de “publicização” orienta-se numa perspectiva, na verdade, desuniversalizante, contributivista e não constitutiva de direito das políticas sociais.

Para tal, Bresser cria o Programa Nacional de Publicização, em 1997, reforçando o Plano Diretor que já havia instituído a diminuição das ações do Estado. Tal programa dá origem às Agências Executivas e as OSs, “sociedades de direito privado, sem fins lucrativos, que administrariam com subvenções dos cofres públicos” (BRAVO; MATOS, 2006, p.207). Assim a reconstrução do Estado se daria por via de contratação e/ou repasse de responsabilidades na área social às OSs.

No tocante às privatizações, alguns argumentos foram utilizados para justificar tal processo, conforme sinalizam Behring e Boschetti (2011, p. 152-153):

Atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado.

Quanto à focalização, as políticas sociais passam a ser direcionadas a grupos específicos da população, restando os serviços privados para os que possuem renda, com qualidade adequada ao seu poder aquisitivo, e políticas sociais estatais ou filantrópicas, sem garantias de direito e repassada como doação, para os que não possuem condições de pagar (GIAQUETO, 2010).

A descentralização, princípio constitucional entendido como o compartilhamento de poder entre os entes federativos, tem sido direcionada pelo governo como uma transferência de responsabilidades, que até então eram de competências da esfera federal e estadual, para os municípios. Assim, inicia-se uma tendência à desresponsabilização com a política social por parte do Estado.

A descentralização é compreendida não como partilhamento de poder entre as esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da “reforma” e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156).

Todas estas medidas direcionadas ao objetivo de “reforma” do Estado têm comprometido a possibilidade de avanços das políticas sociais, entre elas a política de saúde, impossibilitando a efetivação e avanços do SUS como política social pública de direito.

A orientação neoliberal, no tocante à política social, contrapõe-se ao ideal de universalidade, equidade e igualdade em nome da eficiência e do equilíbrio do mercado, gerando o sucateamento em áreas como previdência, educação e saúde, avançando no projeto privatista (BRAVO, 2009). Neste contexto, a década de 1990 caracteriza-se pela consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado, no qual:

[...] Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destacam-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO; MATOS, 2006, p.35-36).

É no governo de FHC, que se concretizam ações contrárias aos ideais preconizados pelo SUS, seja no aspecto de gestão, orçamento e controle, adaptando a área da saúde à lógica do mercado (BRAVO; MATOS, 2002).

Ainda no governo acima citado, o então Ministro da Saúde José Serra, reforçando os ideais neoliberais, cria a Agência Nacional de Saúde (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as quais contribuiram para a regulamentação dos agentes privados, isto por que:

As regulamentações trazem explicitamente uma contradição, que é a regulamentação da ação do capital estrangeiro na saúde, mas ao mesmo tempo naturaliza a concepção de Cidadão consumidor, rompendo com o conceito do movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde é um direito de todos e sua prestação um dever do Estado. Assim, as propostas de normatização estão coerentes com a contrarreforma em curso no Brasil (BRAVO; MATOS, 2002, p.211).

Verifica-se, portanto, que a grande conquista do SUS que foi o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade vem sofrendo resistência do projeto privatista, que tem por premissas a individualidade e a fragmentação das políticas sociais. Neste projeto, o Estado garante o mínimo (pacotes básicos) aos que não podem pagar, enquanto que os que detêm certo poder aquisitivo são atendidos pelo setor privado.

Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é a “anti-política” social, na medida em que permite a “inclusão” não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (SOARES, 2004, *apud* BRAVO, 2009, p.107).

A fragmentação da política de saúde por parte dos reformistas fere também o princípio da integralidade: este, como afirma Bravo (2009), refere-se ao reconhecimento de cada indivíduo como um todo indivisível, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde, portanto, garante a não fragmentação da atenção à saúde do cidadão.

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 reafirma a direção do governo no tocante à reforma do Estado:

Ao mesmo tempo que aponta as relações de independência do município como gestor pleno do sistema, coloca projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região, e dentro de certas modalidades assistenciais específicas, como o Programa de Saúde da Família. Além disso, dá poderes efetivos para organismos burocrático-administrativos, como a Secretária de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, sobre fóruns mais democráticos do sistema, como os Conselhos de Saúde, na definição sobre os programas que serão incentivados (BUENOS; MERHY, 1997, p. 6).

Na década de 2000, as expectativas estavam direcionadas para o governo de Luis Inácio Lula da Silva, um marco na política brasileira, pois, pela primeira vez o Brasil elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004). Esperava-se o fortalecimento das políticas sociais e do SUS, entretanto, é notório que o governo Lula deu continuidade a contrarreforma do Estado. Observa-se nos dois mandatos do referido presidente que ora o governo assume a proposta da Reforma Sanitária, ora a do Projeto Privatista (BRAVO, 2009).

Quando é feita uma avaliação macroeconômica do governo Lula, críticos apontam que a postura do governo anterior foi mantida, destacando a fragmentação e subordinação das políticas sociais a lógica mercadológica. Isso quer dizer que, mesmo diante de um bom programa de governo, no caso da saúde, voltado para a construção de um novo modelo com estabelecimento de metas e estratégias pelo Ministério da Saúde que ampliam o direito social da saúde, o projeto de saúde privatista continua hegemônico. Persiste o distanciamento entre a intenção do discurso, da agenda e a sua concretização, assim os dois projetos da saúde continuam em disputa (OLIVEIRA, 2010, p.27).

Quanto ao fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, o Governo Lula resgata a concepção de Reforma Sanitária, que foi abandonado nos anos 1990; escolhe profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; realiza alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a sua realização em dezembro de 2003; e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO; MORENA, 2013).

Como continuidade da política de saúde dos anos noventa destaca-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

Portanto, as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula, após o seu primeiro mandato, dão sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de FHC, retraindo o espaço público democrático dos direitos sociais e expandindo o espaço privado.

Em seguida, destaca-se a eleição de Dilma Rousseff, que toma posse com a mística de ser a primeira mulher a assumir o cargo presidencial do país. Em seu discurso a presidente anuncia como prioridade do seu governo a consolidação do SUS.

No entanto, o que se observa no governo de Dilma Rousseff é que este segue as mesmas orientações dos governos anteriores, marcados pela corrupção, privatizações e agenda conservadora. Suas ações demonstram um governo mais privatista e comprometido com a manutenção do atual modelo econômico, na medida em que enfatizam as políticas e



programas focalizados, as parcerias com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais. Verifica-se, portanto, a subordinação da lógica social à lógica econômica, com belas fórmulas para combater a miséria (MORONI, 2011).

Como tentativa de responder ao momento histórico de efervescência ocorrido em junho de 2013, marcado por protestos, reivindicações e mobilizações por parte da população brasileira, o governo cria o Programa Mais Médicos, através da lei 12.871/13, cuja finalidade é formar recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2013) e assim melhorar o atendimento aos usuários do sistema público de saúde. Apresentado como estratégia de caráter emergencial o Programa prevê, entre outras ações, a contratação de médicos estrangeiros para atuarem nas periferias e no interior do país (MIRANDA, 2013).

Vale salientar que o Programa Mais Médico volta-se para ações importantes e necessárias, porém insuficientes diante da necessidade de medidas estruturantes de curto, médio e longo prazo que, de fato, possam contribuir para a consolidação do SUS.

O governo não pode reduzir os problemas do SUS a falta de médicos, que é um grave problema da saúde brasileira, no entanto, não é o único, nem tampouco o principal problema.

[...] o principal problema do SUS é a subordinação do setor da saúde à lógica de mercado, que se expande sufocando o direito social previsto na Constituição. Essa lógica de mercado trata a saúde - assim como a doença - como mercadoria, e o crescimento desse mercado, como vem ocorrendo no país, faz com que a saúde se distancie dos princípios que orientam o SUS enquanto expressão da saúde como um direito de cidadania (O SUS PRECISA, 2013, p.200-201).

O Programa gerou polêmicas, a falta da revalidação do diploma dos médicos estrangeiros contratados, foi um dos pontos mais criticados. De acordo com Campos (2013) a iniciativa do governo apresenta aspectos que merecem ser apoiados, e outros não, entre estes, o referido autor cita:

Merece nosso apoio o propósito de “contratar” 10.000 médicos para a rede de atenção básica (primária), particularmente, em postos localizados em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária, tanto em municípios pequenos ou médios quanto na periferia dos grandes centros. [...] Entretanto, não merece nosso apoio a forma de “contrato” indicada pelo governo. Em realidade, é um contrato ilegal e as condições de recrutamento parecem inventadas para “espantar” os eventuais candidatos. [...] O governo federal dá um péssimo exemplo ao insistir em recrutar pessoal de maneira canhestra, a margem da lei, sem segurança ao profissional. As contratações precárias são um dos principais problemas do SUS hoje. Por que não propor uma carreira para os médicos da atenção básica? Uma carreira do SUS, com cofinanciamento da União, estados e municípios. Fazer concursos por estado da federação. Criar um interstício de cinco anos em que o médico estaria obrigado em permanecer no posto [...] (CAMPOS, 2013, s/p).

Seguindo a política de desmonte do SUS, a presidente Dilma Rousseff — segundo notícia vinculada na Folha de São Paulo —, em reunião com donos de planos de saúde propôs um pacote de medidas para reduzir impostos e garantir subsídios, com o intuito de expandir a assistência médica suplementar, ou seja, em troca de renúncia fiscal os planos ofereceriam pacotes de saúde mais baratos (CARVALHO, 2013). O que tem sido chamado de “Planos de Saúde para pobres” subsidiados pelo governo.

A proposta do governo para seguradoras e operadoras oferecerem planos de saúde para os mais pobres tem duas iniquidades intrínsecas. Para os planos, desoneração. Para os pobres, uma sobretaxa, pois além de pagarem ao SUS, obrigatoriamente, pagarão mensalidades onerando sempre as famílias mais numerosas com menor renda *per capita*. O governo, abandonando seu papel constitucional de oferecer e garantir um sistema de saúde para todos os cidadãos, faz a maldade completa. Desonera os planos e onera mais os cidadãos (CARVALHO, 2013, p.22).

A proposta negada veementemente pelo governo federal enfraquece ainda mais o SUS, propaga a saúde como uma mercadoria imensamente lucrativa, onera os cidadãos e desonera os planos privados de saúde.

Carvalho (2013) rememora os treze compromissos da presidente Dilma, quando ainda estava em campanha presidencial, e mostra que muitas dessas promessas eleitorais, ainda não foram concretizadas, são elas:

- 1) Incrementar as ações de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças.
- 2) Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde.
- 3) Humanização, acolhimento e qualidade.
- 4) Avançar na política de assistência farmacêutica com distribuição gratuita de medicamentos e fortalecer o programa farmácia popular implantada pelo governo Lula.
- 5) Fortalecer a saúde mental e promover o tratamento do uso abusivo do álcool, do crack e de outras drogas.
- 6) Garantir financiamento para investimento na melhoria da infraestrutura da rede de atenção à saúde do SUS.
- 7) Aprofundar as políticas de gestão do trabalho e a educação na saúde.
- 8) Ampliar a qualidade de gestão do SUS modernizando os seus mecanismos de gestão.
- 9) Financiamento crescente e estável para o setor, compatível com o crescimento, o desenvolvimento econômico e social do país e com as necessidades do SUS.
- 10) Aprovar a lei de responsabilidade sanitária.
- 11) Fortalecer o controle social com gestão democrática e participativa.
- 12) Aumentar a capacidade de regulação do estado brasileiro sobre os diversos setores econômicos que influenciam a saúde.
- 13) Ampliar as políticas de fortalecimento e desenvolvimento do complexo produtivo da saúde (CARVALHO, 2013, p.25).

É notório que a saúde pública no Brasil tem sofrido diversos ataques com o objetivo de desmontar o SUS. Neste contexto, o governo cria problemas e sugere as soluções que mais lhe convém. Diante da expansão da privatização no âmbito da saúde, faz-se necessário atentarmos para a relação que se estabelece entre o público e o privado, pois esta vem se

configurando como a saída encontrada pelos atuais governos como forma de resolver os problemas existentes no sistema de saúde, através de “novos” modelos de gestão.

## CAPÍTULO II - OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O processo de desresponsabilização do Estado com a saúde tem se expressado, mais frequentemente, no discurso de que são necessários “novos” modelos de gestão para a saúde pública. Neste sentido, “o que temos é a privatização setorial sob distintos moldes, mas, em essência, contendo todos, a mesma intencionalidade e racionalidade” (TEIXEIRA, 2010, p.181).

Segundo Cislighi (2011), o argumento que sustenta a proposta dos “novos modelos de gestão” é a ideia do mercado e não do Estado como provedor de bem-social. Dentro dessa lógica o governo tira do Estado a responsabilidade direta sobre os serviços de saúde, transferindo o patrimônio público para o setor privado, sob a influência de organismos internacionais como o Banco Mundial.

A política de contrarreforma iniciada por FHC e seguida pelos governos que o sucedem, afirma que o Estado é ineficiente ao tentar atender os direitos dos cidadãos. Nesta lógica o PDRE propõe um “setor público não estatal”, ou seja, o “terceiro setor<sup>2</sup>”, como solução e nova forma de relação entre o Estado e a sociedade (TEIXEIRA, 2010). O governo FHC e os que o sucederam defendem um novo modelo de gestão pautada na Parceria Público-Privado (PPP). Deste modo, as “atividades não exclusivas do Estado<sup>3</sup>” podem ser transferidas à iniciativa privada, sob o argumento de parceria e modernização do aparelho estatal. A estratégia da reforma do Estado se apoia na terceirização dos serviços não exclusivos do Estado, ou seja, na sua absorção por um “setor público não estatal”.

Assim, a contrarreforma abriu caminho para que vários estados e municípios passassem a transferir serviços de saúde a entidades terceirizadas, tais como: OSs, OSCIPs,

---

<sup>2</sup> De acordo com Montañó (2002), o termo terceiro setor [...] é construído a partir de um recorte do social em esferas: o Estado (“primeiro setor”), o mercado (“segundo setor”) e sociedade civil (“terceiro setor”).

<sup>3</sup> Conceito proposto pelo Governo do então Presidente FHC, através do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, dentre as quais estão os serviços de caráter competitivo e atividades auxiliares e de apoio, incluindo os serviços de saúde, educação, assistência social. Atividades exclusivas, aquelas que só o Estado pode realizar, ou seja, aqueles em que se exerce o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Atividades não exclusivas aquelas em que o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem economias externas relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços pela via do mercado. São exemplos desse setor as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus (BRASIL, 1995).

FEDPs e, mais recentemente à EBSERH, evidenciados como caminho simplificado de resolver os problemas referentes à gestão do SUS (BRAVO, 2008).

As OS foram regulamentadas através da Lei 9.637/98, em seu Artigo 1º tem como objetivo “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas 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” (BRASIL, 1998a). Distingue-se das empresas públicas, autarquias, fundações públicas ou sociedades de economia mista, pois são dispensadas de fazerem licitações.

As OSs são entidades regidas pelo direito privado, com financiamento estatal e gerenciadas por instituições do terceiro setor, que podem ser uma ONG, cooperativa ou entidade filantrópica que gerenciam, executam e prestam serviços públicos. São repassadas às OSs bens, imóveis, recursos humanos e financeiros. Estas organizações têm autonomia para contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem licitação, sem que para isso precisem prestar contas à administração pública. Portanto, as OS's são, como destacam Ibanez e Neto (2007, p.1838);

[...] personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações estabelecidas pelo contrato de gestão; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime CLT sem concurso público; tem privilégios tributários [...].

Assim, as OSs são propaladas como ferramentas de viabilização e implementação das políticas públicas, sob o entendimento de que ao Estado cabe apenas a função de regular, ou seja, “as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas, e não executá-las” (REZENDE, 2008, p. 25). Com base neste discurso de parceria e modernização, eficiência e qualidade dos serviços, diversos governos municipais passaram a transferir serviços de saúde a entidades terceirizadas, por meio de contratos de gestão.

O argumento de que a solução para a crise da saúde reside na diminuição do aparato administrativo pelo Estado e na delegação da gestão e execução de serviços de saúde às instituições privadas sem fins lucrativos impulsionou o PDRE, “o documento [...] que conduz à contrarreforma afirma estar na gestão via OSs e Fundações, entre outras, a saída para os “gargalos” encontrados na incapacidade do Estado em administrar suas instituições” (TEXEIRA, 2010, p. 174).

Em contraposição a esse processo, há anos tramita no Superior Tribunal Federal (STF) a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/98 contra a Lei 9.637/98, que legaliza a terceirização da gestão de serviços e bens coletivos para entidades privadas, mediante o repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos. Se a ação for considerada procedente pelo Supremo, a Lei 9.637/1998 se torna inconstitucional. Com isso, a Saúde e outras políticas sociais não poderão ser geridas por OSs ou quaisquer outras entidades de direito privado.

No campo dos serviços públicos não exclusivos, a atuação da iniciativa privada ocorreria de modo complementar, sem substituir a ação do poder público. Entretanto, ao extinguir entidades públicas e determinar a absorção de suas atividades por organizações sociais, tem-se uma verdadeira substituição do Estado.

O mesmo processo de concepção das OSs originou as OSCIPs, instituída pela Lei de regulamentação 9.790/1999. Por meio desta, a prestação de serviços públicos, é transferida para ONGs, cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral. Sua criação visa fortalecer o terceiro setor e a sociedade civil, através de “parcerias” entre Estado e sociedade civil.

Dentre as semelhanças e diferenças que podem ser encontradas entre OSs e OSCIPs, verifica-se que ambas qualificam-se como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos”, prestam serviços – não exclusivos do Estado – através de iniciativas particulares. Diferenciam-se quanto à relação com o Poder Público, pois enquanto as OSs são regidas pelo Contrato de Gestão, as OSCIPs regem-se por um Termo de Parceria. Entretanto, as OSCIPs têm maior alcance e abrangência do que os Contratos de Gestão das OSs quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos (REZENDE, 2008). Ainda quanto às semelhanças e diferenças, Modesto (2006, p.11-12) afirma:

A semelhança do novo título com o modelo normativo das organizações sociais é indiscutível. Primeiro, a ideia comum de concessão de uma sobre-qualificação (nova qualificação jurídica para pessoas jurídicas privadas sem fins lucrativos). [...] Sexto, a exigência de publicidade de vários documentos da entidade e a previsão de realização de auditorias externas independentes. [...] a criação de um instrumento específico destinado a formação de um vínculo de parceria e cooperação das entidades qualificadas com o Poder Público (contrato de gestão, nas Organizações Sociais; termo de parceria, nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público) [...].

As OSs e OSCIPs com suas semelhanças e diferenças internas, integram a estratégia de contrarreforma do Estado que ataca frontalmente os princípios e diretrizes do SUS, como podemos observar no quadro 1:

**Quadro 1 – Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs**

<b>Sistema Único de Saúde (SUS)</b>	<b>Organizações Sociais (OSs)</b>	<b>Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)</b>
<b>Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços).</b>	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OSCIP.
<b>Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.</b>	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.
<b>Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.</b>	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OS.	Autonomia Gerencial dos Serviços de Cada OSCIP.
<b>Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.</b>	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
<b>Regionalização</b>	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
<b>Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde</b>	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OS.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
<b>Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.</b>	Inexistente.	Inexistente.
<b>Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.</b>	Inexistente. O Controle Social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida de consulta (?) aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

Fonte: Rezende (2008, p. 31).

Verifica-se que as propostas e ações das OSs e OSCIPs diferem significativamente do SUS, representando riscos à consolidação deste enquanto modelo de gestão estatal comprometido com a universalidade na execução das políticas públicas.

As FEDPs, por sua vez, foram propostas pelo governo Lula em 2007, dando continuidade à política neoliberal orientada pelos organismos internacionais financeiros, mantendo o mesmo caminho seguido pelo governo FHC. Estas constituem-se como personalidades jurídicas de direito privado, para desenvolverem atividades nas áreas da saúde, assistência social, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, entre outras.

A relação das FEDP com o Estado dar-se-á sob “a forma de prestação de serviços, com base em contrato de gestão”. As Fundações recebem do governo o pagamento pelos serviços prestados, tendo autonomia gerencial, orçamentária e financeira (TEIXEIRA, 2010). Segundo defensores da criação das FEDPs, estas nascem da ineficiência do Estado:

[...] e se proliferam porque a jurisdição não funciona, porque o Poder Executivo não sabe mais como organizar e fazer funcionar a máquina da Administração Pública, porque o Poder Legislativo não consegue legislar tempestivamente (PERLINGIERI *apud* ARAGÃO, 2009, p.20).

Para fundamentar a criação das FEDP, o governo resgata o Decreto-Lei 200/67, com sua proposta de descentralização, ou administração pública indireta, ao mesmo tempo dá continuidade à política de contrarreforma do governo FHC, ao recuperar a Emenda Constitucional (EC) 19<sup>4</sup> de 1998 (TEIXEIRA, 2010).

No Decreto-Lei 200/67 foi implantada uma filosofia de descentralização e delegação de competências, privilegiando-se a administração indireta por meio da criação de autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas públicas. Neste setor indireto, foram reduzidos os controles meramente formais, flexibilizando-se a gerência de recursos públicos (JUCÁ, 2003, p. 2).

Nesse mesmo período, o Banco Mundial elaborou um documento para o Brasil intitulado “Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil: Aumento da Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos”, o qual aponta para vários modelos de gestão. Correia (2012, p.6) afirma que:

---

<sup>4</sup> A EC 19/98, que modifica o regime que dispõe sobre os princípios e normas da Administração Pública, afirma: “[...] o Estado tanto pode dotar suas fundações do regime de direito público ou privado [...] (BRASIL, 2007, p.33)”.



Está explicitado o teor de desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde contido no documento, através dos contratos de gestão. O Ministério da Saúde passa a ser coordenador destes serviços, monitorando e avaliando o desempenho e os resultados do “compromisso de gestão” firmado com prestadores públicos ou privados de saúde.

As FEDPs aprofundam a privatização de setores públicos, através do repasse de recursos públicos via contratos de gestão, para um setor dito “público não estatal” (CORREIA, 2011).

Assim como as OSs e OSCIPs as FEDP distanciam-se dos princípios do SUS, precarizam o serviço oferecido aos cidadãos. Ocorre um agravamento e intensificação da privatização da saúde, tudo isto fundamentado na lógica do mercado, da competitividade visando o lucro, em detrimento dos direitos constitucionais.

Na luta por um SUS público, estatal e de qualidade, algumas entidades e movimentos sociais têm se posicionado contra os novos modelos de gestão realizados pelas Organizações Sociais, pelas Fundações Estatais de Direito, pelas Parcerias Público-Privada e pelas Empresas Públicas.

O documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” organizado pela “Frente Nacional pela procedência da ADI 1.923/98 e Contra as Organizações Sociais (OSs)” relata várias irregularidades na implantação desses novos modelos de gestão: descumprimento da regra constitucional que determina a prestação dos serviços do SUS diretamente pelo poder público; desrespeito à decisões dos Conselho de Saúde, que rejeitou a proposta de terceirização; repasse indevido de bens públicos a instituições privadas; gastos de recursos públicos sem processo de licitação; seleção de organização social sem a realização de licitação; falha na execução e irregularidade na alocação de recursos; falta de compromisso com os usuários do SUS; e prejuízo aos trabalhadores na medida em que elimina o concurso público para contratação de pessoal, abrindo um precedente para o clientelismo nestas contratações.

O governo Lula inaugurou uma nova etapa de contrarreforma na política de saúde, além de dar continuidade a política neoliberal, implementou uma série de mudanças que o governo FHC não conseguiu (TEIXEIRA, 2010).

No que se refere as privatizações, as mudanças ocorreram no sentido de que o governo não mais vende o patrimônio público, no entanto, repassa os recursos públicos ao setor privado. Este modelo, bastante difundido pelo governo Lula e Dilma constitui sem dúvida uma forma velada de privatização, como ressalta Granemann (2011, p. 53):

as políticas sociais no Brasil, com a transferência do fundo público para diferentes modelos de instituições privadas, constituem formas de privatização mais difíceis – inclusive do ponto de vista ideológico – de serem desveladas. A elas chamei-as “privatizações não clássicas” porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão como mais e não menos Estado!

Nessa lógica, em 15 de dezembro de 2011 foi sancionada a Lei 12.550, que cria a EBSEH. Trata-se de uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro, 47 Hospitais Universitários. De acordo com o discurso oficial, sua finalidade é reestruturar os Hospitais Universitários Federais e solucionar o problema de recursos humanos, cumprindo o acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) que exigiu a substituição dos 26 mil servidores contratados em todo o Brasil, pelas fundações de apoio as universidades, por servidores concursados (CISLAGHI, 2011).

No presente estudo nos deteremos mais especificamente a este modelo de gestão, motivada pela nossa experiência de estágio curricular realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), quando acompanhamos a tensão entre os interesses privatistas e os de defesa do SUS no contexto de Campina Grande, e pelas graves implicações que a adesão a EBSEH poderão trazer para a assistência à saúde da população, para os profissionais dos HUs, bem como para a formação dos estudantes das universidades públicas.

## **2.1 Situando a proposta da EBSEH**

A década de 1990 foi emblemática pela falta de investimentos nas universidades federais, o que acarretou no agravamento da deterioração e degradação da sua infraestrutura. Os recursos orçamentários eram insuficientes para permitir que houvesse uma manutenção adequada do patrimônio imobiliário sob responsabilidade das Instituições de Ensino Federais (OLIVAR, 2013). Além disso, no caso dos HUs, ocorre uma contínua redução de pessoal que, aliada a falta de investimentos, ameaça o cumprimento da missão dos mesmos. Assim, a EBSEH foi apresentada como a solução do Governo Federal para a denominada “crise” dos HUs.

Até a década de 1980 os HUs eram apenas hospitais-escolas e atendiam pessoas que não eram credenciadas ao Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS). Nesta época, só aqueles que tinham carteira assinada eram atendidos pelo referido instituto<sup>5</sup>. Com a promulgação da Constituição de 1988 e a ideia de universalidade de direitos, os HUs passaram a integrar a rede SUS. Desde então, assume a missão de hospital de ensino e assistência, com a função de ser referência para o SUS.

O debate sobre a necessidade de mudança na gestão dos HUs vem sendo fortemente influenciado pelo Banco Mundial e está amplamente relacionado ao processo de contrarreforma. Neste sentido:

Em março de 2010, ocorreu em Brasília um evento que reuniu o Ministério do Planejamento, da Saúde e da Educação, os gestores dos 46 hospitais universitários além do Banco Mundial e representantes da Espanha, de Portugal e dos Estados Unidos, expondo seus modelos locais (CISLAGHI, 2011, p. 56).

Este encontro indicou caminhos para o processo que está em curso, de reestruturação dos HUs, e aponta como principal motivo para tal os elevados gastos para manutenção dos hospitais, decorrentes da alta complexidade dos procedimentos realizados nestas instituições (CISLAGHI, 2011). Dados da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) revelam que, em 2001, “9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS estariam nessas instituições” (CISLAGHI, 2011, p. 57).

Contudo, dentre as principais justificativas para a criação da EBSEH destaca-se a ação movida pelo TCU decretando a ilegalidade dos funcionários terceirizados dos HUs. O acórdão 1520/06 do TCU exigia que o governo resolvesse a situação dos terceirizados, estipulando o prazo até 31 de dezembro de 2010. Passados quatro anos o governo deixou o tempo correr e nada fez para cumprir tal determinação, então tomou esta medida que explicitamente demonstra “a intenção do governo de retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado” (CISLAGHI, 2011, p. 60).

Enquanto empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, como é apresentada no artigo primeiro da Lei 12.550/11, a EBSEH integra a administração indireta, portanto, não pode ser considerada “privatização”, no entanto, “embora a EBSEH não possa ser considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica em ampliar o

---

<sup>5</sup> Antes do SUS o atendimento de saúde era assegurado apenas aos cidadãos que contribuía para a previdência social, os demais quando necessitavam dos serviços de saúde recorriam à filantropia e os que podiam pagar ao setor privado de saúde.

espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde” (SODRÉ, et al, 2013, p.374). Portanto, é uma privatização com características diferentes das tradicionais, neste caso não se trata da venda do patrimônio público, mas o uso de recursos públicos para o atendimento de interesses privados, como discutiremos a seguir.

Nesta lógica, Meirelles (2010) ressalta que a empresa pública pertence ao mesmo tempo ao domínio do público e do privado, e que esta surge visando o lucro, “é o Estado na qualidade de empresário” (MEIRELLES, 2010, p. 405).

O Artigo 2º da referida lei dispõe que o capital da empresa será exclusivamente provido pelo Governo Federal, confirmando o caráter privatista ao afirmar que as receitas da EBSEH decorrerão “da alienação de bens e direitos, das aplicações financeiras que realizar, dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações, e dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais” (BRASIL, 2011).

Nesses marcos, apesar da verborragia transformista característica dos ideólogos neoliberais, o processo a que paulatinamente passam os HU só beneficia a iniciativa privada e, portanto, a obtenção de lucro. Como se diz no popular: o governo criou o problema e agora, vende, com seus parceiros, uma solução, que vai, porém, no sentido oposto dos anseios de usuários, estudantes e trabalhadores destas instituições. Não se tratam de soluções técnicas, mas de propostas políticas, caminhos necessariamente atrelados ao lugar onde se quer chegar (CISLAGHI, 2011, p. 61-62).

Observa-se claramente a posição do governo na escolha por um modelo de gestão regulado pelo regime privado, baseado no lucro e na produtividade. Para todos que defendem um SUS universal, equânime, totalmente público a EBSEH representa uma forma velada de privatização, entende-se privatização por:

[...] todas as formas pelas quais se busca uma diminuição do tamanho do Estado, podendo abranger a desregulamentação (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico), a desmonopolização de atividades econômicas, a privatização de serviços públicos (quando a atividade deixa de ser serviço público e volta à iniciativa privada), a concessão de serviços públicos (dada a empresa privada e não mais a empresa estatal) e as contratações de terceiros (contracting out), em que a administração pública celebra ajustes de variados tipos para buscar a colaboração com o setor privado, como os contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização), os convênios, os contratos de gestão, os termos de parceria (DI PIETRO, 2011, p. 213).

Apesar do discurso de ser a EBSEH uma empresa pública, os termos de seu estatuto deixam claros os sérios riscos que esta representa aos Hospitais Universitários e a saúde pública, por inúmeros motivos, a destacar: terceiriza a administração; utiliza a lógica de

mercado para o atendimento dos usuários, para o ensino e a pesquisa; desvincula os HUs das universidades, reduz o controle social; possibilita a consolidação da porta dupla de entrada.

Diante do exposto, observa-se claramente que a criação da EBSEH coloca em risco o desenvolvimento de uma política que garanta um atendimento de qualidade e que reafirme o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado.

## **2.2 Uma breve análise sobre a EBSEH e suas (in)compatibilidades com os preceitos constitucionais**

O empenho do Governo Federal em agilizar o repasse dos HUs à EBSEH se expressa inclusive na facilidade para efetivar esse processo, que se objetiva no fato em que as universidades federais podem aderir à empresa simplesmente através de um ofício do Reitor dirigido ao Presidente da mesma. Com a adesão as universidades entregam seus bens adquiridos com dinheiro da população, através do pagamento de impostos.

A empresa também é autorizada a contratar através de processo seletivo simplificado, por um período de até cinco anos, aumentando a já existente precarização do trabalho no setor saúde (BRASIL, 2011a). Contrário a Constituição de 1988, o Artigo 11º da Lei 12.550/11 autoriza a contratação “mediante processo seletivo simplificado” de contratos temporários, o que constitui uma fraude à instituição do concurso público, descumpra o acórdão do TCU, que determinou a realização de concurso público via Regime Jurídico Único (RJU), e ainda constitui uma grave violação do Artigo 37º da Carta Magna que define como princípios a serem obedecidos pela administração pública direta e indireta: a moralidade, a eficiência, a legalidade, a impessoalidade, e a publicidade. Além disso, fere a autonomia universitária, prevista no Art. 207 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Os Artigos 11º e 12º da Lei 12.550/11, ao permitirem a contratação temporária de trabalhadores por processo seletivo simplificado para atuarem nas atividades finalísticas dos Hospitais Universitários Federais, vão de encontro ao princípio constitucional da moralidade e aos postulados da boa-fé objetiva e da proteção da confiança (REPRESENTAÇÃO EM FACE DA INCONSTITUCIONALIDADE DA LEI 12.550/11, 2012). Neste caso, a EBSEH ao permitir a contratação temporária de profissionais, descumpra a decisão anterior da própria administração pública, de substituir os profissionais terceirizados por servidores concursados nas atividades finalísticas dos Hus.

Houve, portanto, na espécie, a frustração das expectativas legítimas titularizadas pela sociedade em geral a respeito da conduta do Poder Público diante dos compromissos assumidos naqueles TACs. Pode-se dizer, inclusive, que houve uma "violação difusa à proteção da confiança" por parte do Governo Federal (CORREIA, 2011, p.4).

O princípio da moralidade, bem como o postulado da confiança, impõe à Administração Pública o dever de agir, no presente, em consonância com suas decisões passadas. Assim, com a decisão do TCU de realização de concurso público para recomposição do quadro funcional dos HUs, e tendo o Poder Executivo Federal assumido oficialmente o compromisso de substituir os trabalhadores terceirizados por servidores concursados, este não poderia estabelecer novas formas de trabalho precário, tampouco postergar de forma definitiva a realização do concurso público necessários para a recomposição dos quadros daquelas unidades hospitalares, mas sim cumprir a determinação legal.

Convém ressaltar que a Constituição Federal de 1988, conforme previsto no Artigo 37º parágrafo 9º, somente possibilita a contratação por tempo determinado em situações excepcionais e para atender necessidades temporárias. Portanto, a EBSEH não se enquadra nesta condição constitucional, tendo em vista que os serviços ofertados pelos HUs têm caracteres permanentes. Quanto ao déficit de funcionários nos HUs, ocasionados pela própria ineficiência da administração pública, é necessário que esta cumpra o acórdão do TCU, e não se faça valer de tal circunstância para criar situações com o intuito de enquadrá-las como necessidade excepcional e, assim, justificar novas contratações temporárias. Tal fato, se constitui uma afronta aos princípios constitucionais.

A afronta ao art. 37, IX, da Constituição [...] ocorre quando a autoridade competente para satisfazer ao interesse público desvirtua a finalidade legal ao celebrar contrato por tempo determinado, quando tinha condições de realizar concurso público e efetivar os aprovados [...] (MORAES, 2004, p.861-862).

Observa-se nitidamente a intenção do governo em burlar a imposição constitucional de concurso público, o que agrava ainda mais a precarização do trabalho já existente quando, no entanto, detém plenas condições de cumprir tal determinação para o provimento dos cargos existentes nos HUs. Vemos, portanto, que um dos principais argumentos que compõe a falácia do discurso oficial acerca da finalidade da EBSEH não se justifica.

É notório que a criação da EBSEH não solucionará os impasses referentes aos trabalhadores terceirizados, destarte, agravará a precarização do trabalho, além disso, provocará a rotatividade de pessoal.

A contratação de trabalhadores temporários, autorizada pela Lei 12.550/11, é também incompatível com o princípio da eficiência. Essa modalidade de contratação aumenta a rotatividade de profissionais, o que sem dúvida acarretará na descontinuidade dos serviços e, conseqüentemente, prejudicará a eficiência organizacional, pois os serviços prestados pelos HUs são considerados serviços públicos permanentes, portanto, há a exigência observando o princípio da eficiência que a prestação destes serviços sejam constantes, sob pena de prejuízo dos interesses da coletividade. (REPRESENTAÇÃO EM FACE DA INCONSTITUCIONALIDADE DA LEI 12.550/11, 2012).

O grau de complexidade nas atividades desenvolvidas pelos Hospitais Universitários exige um profissional com um saber técnico acurado e cada vez mais capacitado, perfil difícil de ser preenchido através da forma de seleção acelerada e de contratação proposta pela EBSEH. Capacitar tais profissionais também se torna pouco viável e inoportuno, em virtude de não haver estabilidade no cargo e da rotatividade propiciada pela Lei 12.550/11.

Ainda em relação a eficiência, os Artigos 3º e 4º da referida Lei vão de encontro a este postulado, quando o governo entrega à EBSEH a gestão dos HUs e o desempenho das suas atividades, nos seguintes termos:

Art. 3º A EBSEH terá 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. [...]

Art. 4º Compete à EBSEH:

I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;

II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;

III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;

IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres;

V - prestar 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; e

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social (BRASIL, 2011a, s/p.).

A partir do exposto, verifica-se que a incompatibilidade da EBSEH com o postulado constitucional da eficiência se concretiza no fato de o Poder Público criar uma empresa com a finalidade de oferecer serviços de assistência médica; ensino e formação de pessoas na área da saúde pública, voltada para a gestão dos HUs, os quais outrora foram criados com estas mesmas finalidades. Portanto, a EBSEH desempenhará atribuições que já são desenvolvidas por outro órgão federal (no caso os Hospitais Universitários), apresentando portanto, uma duplicidade de agentes no exercício de funções idênticas e, conseqüentemente, a estruturação irracional e não econômica do Estado, expressando nitidamente a contrariedade ao princípio da eficiência, conforme argumentado na Representação de Inconstitucionalidade da Lei 12.550/11, impetrada pela ANDES e pela FASUBRA, que busca auxiliar na comprovação em torno das inconstitucionalidades da referida Lei (REPRESENTAÇÃO EM FACE DA INCONSTITUCIONALIDADE DA LEI 12.550/11, 2012).

O princípio da eficiência preza por uma administração racional, econômica e desburocratizada, considerando que:

A eficiência administrativa se obtém pelo melhor emprego dos recursos e meios (humanos, materiais e institucionais) para melhor satisfazer às necessidades coletivas num regime de igualdade dos usuários. Logo, o princípio da eficiência administrativa consiste na organização racional dos meios e recursos humanos, materiais e institucionais para a prestação de serviços públicos de qualidade (SILVA, 2005, p.671).

Portanto, se a Administração Pública já dispõe de Hospitais Universitários destinados ao exercício de serviços assistenciais e educacionais, não há necessidades da criação de uma nova estrutura voltada para a execução das mesmas atividades. Cumpre destacar que os gastos financeiros necessários para manter o funcionamento da EBSEH virá dos cofres públicos, portanto, suscitará mais despesas ao erário. Diante disso, a EBSEH, provocará inchaço na máquina administrativa governamental, sem gerar melhorias na prestação dos serviços médicos à população e no apoio ao ensino das universidades públicas.

Outra ameaça da EBSEH diz respeito à autonomia universitária, que fica gravemente comprometida sob essa forma de gestão. De acordo com o Artigo 207º da CF/88, “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). A Lei 12.550/11 fere o princípio da autonomia universitária e da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão ao permitir que pessoas jurídicas de direito privado, externas às universidades, desempenhem os serviços de apoio ao ensino, à



pesquisa e à extensão; à formação de pessoas no campo da saúde pública e os serviços gratuitos de assistência médica à população, como ressaltam Correia e Dantas (2012, s/p):

Aqui reside a principal ameaça à autonomia universitária, na prática, a gerência da Empresa, com poderes amplos para firmar contratos, convênios, contratar pessoal técnico, definir processos administrativos internos e definir metas de gestão, acabaria com a vinculação dos HUs às Universidades, acabando com a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Os HUs estão ligados às instituições públicas de ensino superior, complementam o ensino ministrado nos cursos da área de saúde, ou seja, as atividades de assistência médico-hospitalar desenvolvidas nestas unidades hospitalares se enquadram no eixo da extensão universitária, que funciona como um local de prática dos conteúdos acadêmicos. Desta forma, repassar a gestão do hospital a uma entidade estranha à estrutura da universidade implica em prejuízos significativos à qualidade dos cursos oferecidos pelas universidades federais (REPRESENTAÇÃO DE INCONSTITUCIONALIDADE DA LEI 12.550, 2012).

Embora, no Artigo 3º da Lei de criação da EBSEH esteja previsto a “preservação da autonomia universitária”, isso não é suficiente, pois efetivamente retira das universidades os meios imprescindíveis para garanti-la. A empresa tem autorização para contratar pessoal no regime celetista, firmar convênios, determinar processos administrativos internos e definir metas de gestão, situações óbvias de desrespeito à autonomia administrativa das universidades.

Apesar do superintendente do hospital poder ser indicado na forma da Lei pelo Reitor, a diretoria da EBSEH definirá as gerências e os gerentes, constituídos por livre nomeação, não necessitando que estes sejam servidores, de modo que poderão ocorrer indicações de acordo com uma orientação político-partidária da instituição.

Vale ressaltar que os regimentos internos dos hospitais universitários são incompatíveis com o regimento da EBSEH uma vez que, ao ocorrer à adesão, a autonomia universitária deixa de existir, prevalecendo as regras da empresa, estabelecidas por sua diretoria executiva, sem a participação da comunidade universitária (COMITÊ EM DEFESA DO HU, 2012.). A este respeito é bastante esclarecedora e ilustrativa a argumentação do Procurador do Ministério Público, Júlio Marcelo de Oliveira, acerca da inconstitucionalidade da EBSEH, registrada na Ata de Audiência Pública junto ao TCU:

[...] Significou a retirada da autonomia didático-científica e financeira das universidades. Ressaltou que a autonomia didático-científica, orçamentária e financeira das universidades públicas está para as universidades, assim como a liberdade de ir e vir e de escolha está para o indivíduo, que não pode abrir mão

dessas garantias. A adesão da EBSEH está para a universidade assim como a interdição está para o indivíduo, pois ao aderir à EBSEH, significaria dizer que os hospitais universitários seriam incapazes de promover a própria gestão. Isso porque a empresa partiria da idéia de que, se os médicos, diretores, professores e administradores de um hospital não são capazes de geri-lo, este deve passar a ser gerido pela empresa federal, sobre a qual a universidade não pode ter nenhuma influência [...] (ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA, 2013, p.2).

O mesmo procurador ainda ressalta os termos contidos no Plano de Reestruturação da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) o qual, além de definir o perfil da maternidade, cabe à EBSEH tomar decisões sobre as linhas de pesquisa, constituindo uma afronta clara à autonomia universitária. Como se pode observar nas linhas que se seguem:

No ensino, pesquisa e extensão as ações estratégicas propostas para a Maternidade têm por referencial os seguintes pressupostos: [...] Pesquisa: fomentar projeto institucional próprio ou da UFRJ para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e 30 avaliação de tecnologias, e dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa desenvolvidas no âmbito do hospital (PLANO DE REESTRUTURAÇÃO MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, 2013, p.29).

Portanto, no que se refere à qualidade da pesquisa, a gestão dos Os entregue a uma empresa de direito privado, que segue a lógica do mercado poderá comprometer os rumos da pesquisa, pois teremos a possibilidade dos projetos de pesquisa seguirem os ditames da produtividade do mercado e da geração de lucros, e não mais aos interesses sociais (SILVA, 2012).

As contradições contidas na lei que cria a EBSEH constituem uma afronta às legislações referentes à saúde e à educação pública:

[...] Cabe destacar que os Hospitais Universitários são estabelecimentos de ensino vinculados às universidades que oferecem serviços de saúde à população. Os hospitais-escola integram as estruturas das universidades federais, todas dotadas de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, além de serem regidas pelo princípio da indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão (CORREIA, DANTAS, 2012, s/p.).

O próprio TCU declarou que a solução adotada pelo Poder Executivo Federal - ao criar a EBSEH - afrontou a deliberação desta Corte de Contas e a Constituição Federal de 1988, seja porque o Ministério do Planejamento não autorizou a realização de concurso público nos HUs conforme previsto, seja pelo fato de que:

[...] A indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão das universidades prevista no artigo 207 da Constituição Federal, conjugada com a autonomia universitária

também consagrada constitucionalmente, impedem que se admita a possibilidade de essas universidades entregarem a gestão de seus HUs, parte central da formação da mão de obra da saúde neste país, a uma entidade externa à universidade (BRASIL, 2012, s/p).

Ainda no acórdão 3463/2012, o TCU “denuncia que o Poder Executivo está atuando de forma inconstitucional, ilegítima e imoral em sua tentativa de implantar a EBSEH nos HUs deste país [...]”. Portanto, é necessária e legítima a luta para que esta empresa não seja implantada nos HUs e que sejam cancelados os contratos já firmados, pois, sem dúvidas, a EBSEH não é a única saída para solucionar os problemas dos HUs.

Diferente do que afirma o Governo Federal, a EBSEH não pode ser vista como uma “imposição” legal ou como única possibilidade de sobrevivência dos HUs. Ao contrário, esses já estão consolidados como centros de excelência, nos campos de ensino, pesquisa, extensão e assistência, têm dotação orçamentária garantida por Lei e são hospitais com contratos de prestação de Assistência em Saúde, nos níveis de média e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em várias áreas estratégicas desse sistema. Servem, portanto, diretamente a sociedade brasileira (CORREIA; DANTAS, 2012, s/p.).

A EBSEH não é a única solução para os problemas que existem nos Hospitais Universitários, apesar do governo fazer parecer o contrário. Medidas simples como realização de concursos públicos, mais investimentos financeiros, seriam suficientes para melhorar significativamente a situação dos HUs em todo o país.

### CAPÍTULO III - A EBSE RH E SEUS IMPACTOS NO SUS

Os HUs desempenham sua função enquanto hospital-escola, concretizando o princípio constitucional da articulação do ensino, pesquisa e extensão. Simultaneamente presta assistência a saúde dos cidadãos por meio do SUS. Deste modo, é necessário salientar a importância destas instituições tanto para a formação profissional de qualidade em diversas áreas da saúde, quanto para a oferta de serviços de alta e média complexidade à população, cumprindo um papel fundamental para o fortalecimento do SUS.

Entretanto, como vimos discutindo, o avanço da política neoliberal aprofunda uma série de ações que notoriamente privatiza os serviços de saúde, desrespeitam os princípios e fundamentos do SUS, e acarretam a diminuição dos direitos sociais da população.

A política de saúde deve estar alicerçada nos princípios e diretrizes preconizados para o SUS a partir da Constituição Federal de 1988, mas isto não ocorre com a implementação da EBSE RH. Inúmeras são as implicações deste modelo de gestão para o SUS, como ressalta Cislighi (2011, p.60): “a primeira implicação da centralização da gestão da saúde em uma empresa pública é sua retirada do capítulo da ordem social na Constituição, passando a ser regulada pelos critérios da ordem econômica”. Ou seja, ainda que pública, uma empresa desta finalidade se rege pela lógica do lucro.

O conjunto de leis e normas que regulamenta o SUS está ancorado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que assegura: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988, s/p). Este artigo apresenta, além da ideia de que o direito a saúde é essencial a todos os cidadãos, sem distinção alguma, o conhecimento de que o Estado é responsável por promover condições para o seu pleno exercício.

O reconhecimento da saúde como um direito de todo brasileiro, delimitou, portanto, um dos princípios que regem o nosso sistema de saúde: a **universalidade**. Tal princípio elimina a necessidade do usuário do SUS ter que contribuir para a previdência social para acessar o serviço ou ter que pagar por este serviço.

Nesse sentido, a EBSE RH traz grandes prejuízos aos usuários do SUS pois pode gerar leitos privados dentro de um hospital público, acarretando mais demora nos procedimentos que o hospital realiza. Uma vez que permite a destinação de leitos para os planos de saúde privados dentro dos HUs – possibilidade garantida através do Artigo 3º da Lei 12.550/11 –, caracteriza-se a chamada dupla porta de entrada, desrespeitando o princípio da universalidade.

A estatal seguirá a lógica administrativa de uma empresa privada, já que a referida lei, em seu Artigo 1º, a classifica como “empresa pública de direito privado”, ou seja, pautada na busca do lucro e da produtividade. Assim, poderá cobrar uma administração mais enxuta, estabelecendo metas de produtividade e os lucros serão obtidos à custa dos usuários e dos trabalhadores dos hospitais, o que acarretará no tratamento da saúde da população como uma mercadoria.

Segundo o Artigo 15º da mesma lei a empresa estará autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente. Ou seja, é permitida a contratação de previdência privada, o que significa a consolidação de fundos de pensão privado com recursos públicos.

No Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), utilizado pelo Governo Federal como referência de gestão através da EBSEH, o espaço é dividido com os convênios particulares. A EBSEH também poderá: capturar outros recursos que não seja de fundo público; vender serviços e investir os lucros no capital financeiro (GRANEMAN, 2011). Possibilitando aos HUs criar as duas portas de entrada: de um lado o SUS, do outro o setor privado, o que ocasionará sem dúvidas a redução gradativa do atendimento aos mais pobres.

O Artigo 3º, parágrafo 3º da Lei 12.550/11 afirma: “é assegurado à EBSEH o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde [...]”. Isto, segundo Cislighi (2011) pode ser entendido como reservas de leito para planos privados, fato este que já ocorre no HCPA, “criando assim uma nova fonte de recurso para além do orçamento da união” (Idem, p.61).

O ressarcimento ao SUS, criado pelo Artigo 32º da Lei nº 9.656/1998 – que Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde – e regulamentado pelas normas da ANS, é uma obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do SUS no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos (BRASIL, 1998b). No caso da EBSEH, o ressarcimento de despesas de planos de saúde será repassado para a própria empresa e não mais para o Fundo Público de Saúde ao qual o prestador do atendimento está vinculado (BRASIL, 2011a), o que acarretará em prejuízos aos usuários do sistema e a sociedade. Teixeira (2010, p.193-194) acrescenta discussão pertinente ao nosso debate, ao considerar que:

A adoção das distintas modalidades de administração das unidades públicas, ao invés de desfazer os “nós críticos”, aguçam a discriminação na oferta de serviços: a denominada “dupla entrada” ou o duplo acesso aos hospitais públicos. Essa prática se materializa, com a distinção entre “clientes que podem pagar e os que não podem, por intermédio ao acesso via planos e seguros nas unidades hospitalares públicas,

dando assim direção distanciada para o previsto no SUS ao romper com seu caráter público e universal” [...].

A Lei n.º 8080/90 prevê, nos Artigos 24º a 26º, a participação complementar do setor privado, no entanto, esta só será admitida quando os serviços do SUS “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área”, devendo ser formalizada mediante contrato ou convênio que obedecem ao comando único de gestão, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Isto não implica que o Estado deva abrir mão da prestação do serviço que lhe incumbe para transferi-lo à terceiros “[...] significa que a instituição privada, em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais, vai complementar as ações e serviços de saúde, mediante contrato ou convênio” (DI PIETRO, 2002, p.123). Entretanto, o que se tem visto é o Estado assumindo gastos e investindo em unidades de saúde para em seguida entregá-las à administração privada.

Na lógica econômica do mercado, que visa o lucro, a EBSEH buscará a redução dos gastos mesmo que para tal finalidade o usuário do SUS seja prejudicado, não tendo suas necessidades atendidas por completo. Assim,

A primeira implicação da centralização da gestão da saúde em uma empresa pública é sua retirada do capítulo da ordem social na Constituição, passando a ser regulada pelos critérios da ordem econômica. Isto é, ainda que pública, uma empresa como tal, se gere pela finalidade do lucro (CISLAGHI, 2011, p. 61).

Vale ressaltar que o SUS estabelece como diretrizes de organização: a descentralização da gestão dos recursos, a regionalização e hierarquização das unidades de serviços e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas. **Descentralização** com direção única em cada esfera de governo, onde União, Estados e Municípios passaram a ter funções específicas. Verifica-se que a EBSEH fere essa diretriz ao centralizar a gestão dos HUs em uma empresa, que por sua vez centraliza sua administração em Brasília. Portanto, “não se resume à lógica privatizante o retrocesso trazido à saúde brasileira pela EBSEH. A centralização de toda gestão da saúde em uma empresa e suas subsidiárias desmonta a descentralização preconizada pela Constituição de 1988 [...]” (CISLAGHI, 2011, p. 61).

Quanto à **hierarquização** das ações de saúde, a distribuição dos serviços são organizados em três níveis de atenção: básica, média e de alta complexidade. A atenção básica equivale aos postos de saúde, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Os serviços

de média e alta complexidade são os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares (PAIM, 2009).

Os HUs enquadram-se no nível de média e alta complexidade – que envolve um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e elevado custo –, oferecem atendimentos de grande porte e de qualidade à população, além de integrar os demais níveis de atenção à saúde. A busca incessante por redução de gastos, conseqüentemente, acarretará em mais lucros para a EBSEH, em detrimento de uma oferta de serviço de qualidade. Deste modo, o maior prejudicado será o usuário do SUS que terá o seu direito negado.

Cislaghi (2011) destaca que apesar do Artigo 1º da Lei 12.550/11 afirmar ser a EBSEH uma empresa unipessoal, portanto, propriedade exclusiva do Estado, contraditoriamente, na PL 1749/11 esta foi colocada como sociedade anônima, mostrando o real interesse do governo. Conforme esta autora, tal fato contido na PL possibilita que a qualquer momento o governo negocie o capital da empresa, como ocorre com a Petrobras.

A sociedade anônima é regida pela Lei 6.404, de 15 de dezembro de 1976. Nesta o capital é dividido em ações, em seu art. 2º, parágrafo 1º o seu objeto será sempre mercantil e se regerá pelas leis do comércio. A empresa pode inicialmente ser pública, mas com possibilidades de terminar privatizada, isto porque, mesmo se constituindo como empresa pública, poderá ter suas ações compradas (SILVA, 2012). Tal fato poderá influenciar os rumos e as prioridades da assistência e da pesquisa nos HUs, subordinando-os aos interesses privados.

Nessa lógica, outra ilegalidade que apontamos diz respeito à possibilidade da EBSEH criar subsidiárias regionais, – como afirma a Lei 12.550 no Artigo 1º parágrafo 2º “fica a EBSEH autorizada a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social” –, as quais poderão alienar, no todo ou em parte, o capital da entidade. Se em algum momento a empresa vier a vender parte de suas ações ao setor privado, empresas particulares poderiam ser autorizadas a atuar no ensino público e na prestação de serviços de saúde, de competência do SUS. Além disso, tal medida poderá dilapidar o patrimônio público, já que, neste caso, os bens pertencentes ao Estado passariam a ser administrados como bens privados<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup>Disponível

em:

<[http://](http://www.prmg.mpf.mp.br/juizdefora/@@noticia_prm_view?noticia=/internet/imprensa/noticias/patrimonio-publico/mpf-ingressa-com-acao-para-impedir-privatizacao-do-hospital-da-ufjf)

[http://www.prmg.mpf.mp.br/juizdefora/@@noticia\\_prm\\_view?noticia=/internet/imprensa/noticias/patrimonio-publico/mpf-ingressa-com-acao-para-impedir-privatizacao-do-hospital-da-ufjf](http://www.prmg.mpf.mp.br/juizdefora/@@noticia_prm_view?noticia=/internet/imprensa/noticias/patrimonio-publico/mpf-ingressa-com-acao-para-impedir-privatizacao-do-hospital-da-ufjf)> Acesso em: 24 fev. 2014.

Observa-se o domínio da esfera privada sob o Estado, processo explicitamente contrário ao ideário que sustenta o SUS, o qual “preconiza um Estado ativo, provedor de serviços sanitários de qualidade e que regule, a partir da lógica do bem comum, as ações do setor privado” (CARVALHO, 2005, p. 32).

Quanto ao princípio da **equidade** das ações a serem realizadas, de acordo com as necessidades e problemas da população usuária:

É no mínimo paradoxal que, no âmbito de um sistema de saúde absolutamente necessitado de maiores investimentos, estes já poucos recursos sejam destinados à manutenção de órgãos privados de saúde, ferindo o princípio de equidade do SUS, que é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade (GRUPO SARÔ, 2012, p.11).

Uma das consequências para a população, no caso de adesão à EBSEERH, certamente é a redução gradativa de atendimento aos mais pobres, pois, como discutimos anteriormente, a lei abre margem para estabelecer a dupla porta nos HUs, com filas mais lentas para os pacientes do SUS em favor dos convênios privados de saúde. Visando o lucro, a empresa usará a estrutura pública para dar prioridade aos pacientes que podem pagar pelos procedimentos ou pelo plano de saúde.

Caso a demanda de um procedimento ou necessidade do usuário exceda a oferta em um hospital com dupla porta de entrada, haverá um conflito de interesses e provavelmente acarretará prejuízo aos pacientes usuários do SUS. Realidade que pode ser observada no HCPA entre os anos 2002 e 2010, no qual “20,9% das cirurgias agendadas pelo SUS foram canceladas [...], enquanto no mesmo período foram canceladas apenas 13,4% das cirurgias realizadas por convênios ou particulares [...]” (GRUPO SARÔ, 2012, p.12).

A equidade se articula com outro princípio também contido na Lei 8.080/90, a **integralidade** do cuidado a saúde. Este contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. O atendimento integral reconhece o cidadão como um todo indivisível, possibilita a não fragmentação da atenção à saúde, reconhecendo os fatores sociais, econômicos e culturais como determinantes da saúde. É um princípio difícil de consolidar devido à “desarticulação existente entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, motivada pela lógica de financiamento distinta” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.236).

A EBSEERH enquanto empresa de direito privado, pautada na ótica do lucro, tende a focalizar suas ações no atendimento das demandas básicas, conforme o seu interesse, ferindo



o princípio da integralidade. Os HUs prestam serviços de média e alta complexidade, mas ao serem geridos por uma empresa que segue a lógica mercadológica, seu direcionamento pode se dar pelo interesse de reduzir custos, o que reforçaria o caráter curativo da medicina.

Como empresa pública de direito privado, a EBSEH pode, sim, “acumular lucro”. Mesmo quando voltados à execução de serviços públicos, as empresas públicas admitem lucro, embora não seja esse o seu objetivo principal e haja determinação da Lei n. 12.550/2011 no sentido de que os lucros obtidos sejam aplicados no seu próprio objeto (SODRÉ, et al, 2013, p. 376).

O Artigo 13º do Estatuto Social da empresa afirma que compete ao Conselho de Administração da EBSEH propor: a criação de Subsidiárias, a destinação dos lucros da EBSEH e até mesmo deliberar sobre a alteração do capital e do estatuto social da mesma. Assim, o Artigo 2º da Lei 12.550/11 que afirma que o capital social da EBSEH será integralmente da União, perde a consistência mediante a natureza do artigo contido no Estatuto Social. Diante do exposto é possível perceber a lógica privada que rege a EBSEH e a sua preocupação em obter lucros

O **controle social** é mais um princípio constitucional e eixo de organização do SUS e consiste no “processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança” (CARVALHO, 1997, *apud* NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 227).

Sem dúvidas inexistente controle social nas instituições geridas pela EBSEH, “[...] resta ainda a observar que o Controle Social tão caro aos princípios fundadores do Sistema Único de Saúde é substituído por conselhos moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas” (GRANEMANN, 2011, p. 53).

O conselho administrativo composto por nove integrantes terá apenas um representante dos trabalhadores, e este será impossibilitado de participar de reuniões cujas pautas deliberarem sobre assuntos sindicais, conforme anunciado no parágrafo 3º do Artigo 12º do Estatuto Social da EBSEH:

O representante dos empregados não participará das discussões e deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, inclusive assistenciais ou de previdência complementar, hipóteses em que fica configurado o conflito de interesse, sendo tais assuntos deliberados em reunião separada e exclusiva para tal fim (BRASIL, 2011b, s/p).

Na proposta da EBSEH, os conselhos mudam de caráter e composição. Ocorre um retrocesso no controle social, pois como ressalta Cislighi (2011, p.61), “[...] passa a ser

exercido por Conselho Consultivo, ao invés dos conselhos deliberativos do SUS, com composição paritária entre sociedade civil e Estado”.

Este processo dá margem não só ao deliberado desrespeito aos princípios e diretrizes do SUS, mas também possibilita campo fértil para a proliferação de interesses patrimonialistas, como podemos constatar a partir das análises de Júnior (2011, p. 39):

A questão que está em debate em relação às fundações estatais e empresas de direito privado é que sem a obediência aos ditames da legislação e dispondo de toda a autonomia que se desenha, o processo de espoliação política do patrimônio público torna-se mais farto, incontrolável e danoso ao interesse da população [...]. As nomeações clientelistas e indicações políticas são mantidas e fortalecidas, os salários diferenciados para os privilegiados, garantidos, e os interesses patrimonialistas são plenamente atendidos pela gestão ‘autônoma e diferenciada’ à margem do controle social.

Não obstante o discurso de fortalecimento do SUS, que pretensamente permeia a proposta da EBSEH, o desmantelamento dos avanços obtidos na área da saúde, como direito e dever do Estado, fica patente na trajetória de implementação desta empresa, ainda que este processo seja recente. Assim, cumpre sinalizar que a EBSEH não foi criada apenas com o intuito de gerir os HUs:

A Ebserh é também responsável pela administração dos recursos destinados ao Programa Mais Médicos, e para promover as ações necessárias ao desenvolvimento deste programa (Art. 26, Lei nº 12.871/2013). Na realidade, a Ebserh é parte do projeto em curso para quebrar as amarras constitucionais impostas pela Constituição de 1988 à administração pública, integrando-a, de vez, à regência do mercado, destruindo o serviço público e aprofundando a precarização do trabalho no setor público (CFESS, 2014, p. 2).

É evidente o distanciamento do SUS real com o SUS constitucional, no entanto, percebe-se que os governantes não fazem questão de buscar as soluções necessárias para fortalecer o sistema público de saúde, contrariamente, suas ações fortalecem as estratégias neoliberais. Assim, são notórios a privatização e os repasses do Estado para instituições que prestam serviços e que desrespeitam os princípios fundamentais do SUS.

### **3.1 Atual situação da EBSEH nos HUs: adesões e resistências**

O sistema hospitalar público brasileiro conta com 47 Hospitais Universitários, vinculados a 33 universidades federais, o que representa a maior rede hospitalar do país. Em

entrevista, a presidente Dilma Rousseff afirmou que 23 das 33 universidades federais já aderiram à EBSEH, o que representa um total de 34 HUs<sup>7</sup>.

A EBSEH contabiliza até o presente momento a adesão de 19 universidades, o que representa 23 hospitais universitários, como demonstra o quadro 2:

**Quadro 2 – Apresentação das universidades federais que aderiram a EBSEH e seus respectivos HUs, por região do país**

REGIÃO DO PAÍS	UNIVERSIDADES	HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS
<b>NORTE</b>	Universidade Federal do Amazonas	Hospital Universitário Getúlio Vargas
<b>CENTRO-OESTE</b>	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
	Universidade Federal de Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Müller
	Universidade de Brasília	Hospital Universitário
	Universidade Federal da Grande Dourados	Hospital Universitário
<b>NORDESTE</b>	Universidade Federal do Piauí	Hospital Universitário
	Universidade Federal de Alagoas	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes
	Universidade Federal da Bahia	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos; Maternidade Climério de Oliveira
	Universidade Federal do Ceará	Hospital Universitário Walter Cantídio; Maternidade Escola Assis Chateaubriand
	Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário
	Universidade Federal da Paraíba	Hospital Universitário Lauro Wanderley
	Universidade Federal de Pernambuco	Hospital das Clínicas
	Universidade Federal do Vale do São Francisco	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Hospital Universitário Ana Bezerra; Hospital Universitário Onofre Lopes; Maternidade Escola Januário Cicco
	Universidade Federal de Sergipe	Hospital Universitário
<b>SUL</b>	Universidade Federal de Santa Maria	Hospital Universitário
<b>SUDESTE</b>	Universidade Federal do Espírito Santo	Hospital Universitário
	Universidade Federal de Minas Gerais	Hospital das Clínicas
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Hospital das Clínicas
<b>TOTAL</b>	19	23

Fonte: Disponível em: <<http://ebserh.mec.gov.br/hospitais-universitarios/filiais-ebserh>> Acesso em: 11 de mar. 2014.

<sup>7</sup> Fonte: Jornal Metro Curitiba, edição de 31/10/2013, p.2. Disponível em: [http://issuu.com/metro\\_brazil/docs/20131031\\_br\\_metro-curitiba/3?e=3193815/5444980](http://issuu.com/metro_brazil/docs/20131031_br_metro-curitiba/3?e=3193815/5444980). Acesso em 29 de Janeiro de 2014.

Atualmente a Paraíba conta com 03 hospitais universitários, são estes: Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado em João Pessoa, vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) localizado em Campina Grande e Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) no município de Cajazeiras, ambos vinculados à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), este último hospital federalizado recentemente.

A adesão das universidades federais na Paraíba não foge a regra do que tem acontecido nos demais estados brasileiros, contudo, até o presente momento apenas a UFPB aderiu a EBSEH. O processo deu-se de forma conturbada e polêmica, no dia 30 de abril de 2013, início do recesso da universidade, em uma reunião a portas fechadas, na qual os conselheiros aprovaram a adesão por 30 votos a favor e 02 votos contrários. Os professores, estudantes, servidores técnicos administrativos, presidentes dos sindicatos dos docentes e servidores que tentaram participar foram impedidos de entrar na sala onde ocorria a reunião<sup>8</sup>.

No caso da UFCG, em 29 de outubro de 2012 o Colegiado Pleno da instituição rejeitou por ampla maioria a proposta de adesão do HUAC: 36 conselheiros votaram contra o parecer do relator, que recomendou a adesão, e apenas 04 conselheiros foram favoráveis. O voto da maioria dos conselheiros seguiu a decisão do “Fórum Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC): debatendo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)”, convocado pelo colegiado pleno e realizado no mês de maio de 2012, que rejeitou a adesão do HUAC à EBSEH.

O referido fórum teve como objetivo esclarecer à sociedade e subsidiar os conselheiros do colegiado pleno da UFCG sobre os possíveis riscos e impactos da implantação da EBSEH no HUAC. O evento contou com a participação da comunidade universitária e entidades representativas, dentre elas o Diretório Central dos Estudantes (DCE-UFCG), o Diretório Acadêmico Francisco Brasileiro (DAFB), o Centro Acadêmico de Enfermagem (CAEnfco), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), a Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras (FASUBRA) e a Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG). Como resultado deste fórum foi elaborado o documento intitulado “Carta de Campina Grande”, que expõe os motivos da recusa à adesão do HUAC à EBSEH.

Quanto ao HUJB, a decisão ficou para ser avaliada posteriormente, o que representou uma estratégia política do então Reitor Thompson Mariz, de fragmentar a decisão. Quando se

---

<sup>8</sup> Fonte: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/05/0519.html>. Acesso em 29 de janeiro de 2014.

sabe que a adesão ou não à EBSEERH é posição válida para a universidade como um todo e não por unidade hospitalar a ela vinculada.

Dessa forma, a UFCG foi a segunda universidade federal do país a dizer não à EBSEERH. A primeira foi a Universidade Federal do Paraná (UFPR). A rejeição da UFCG foi uma grande vitória da comunidade acadêmica, das entidades representativas e dos movimentos sociais.

Entretanto, como destacamos anteriormente, a discussão não estava por encerrada, atualmente o Reitor da UFCG Edilson Amorim propôs a rediscussão da adesão à empresa, justificada pela situação do HUIJB, lançando mão do precedente aberto pelo seu antecessor, contudo argumentando que tal adesão não pode ser realizada por unidade hospitalar e sim pela UFCG.

No entanto, a reunião marcada estrategicamente no final do período letivo de 2013, no dia 20 de dezembro, foi cancelada após mobilização contrária por parte alguns integrantes do Colegiado Pleno, ADUFCG, Associação Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN), Sindicato dos Trabalhadores de Ensino Superior da Paraíba (SINTESPB), Diretório Central dos Estudantes (DCE-UFCG), Centros Acadêmicos, Fórum em Defesa do SUS e vários outros sindicatos e movimentos sociais.

Cumprе ressaltar que as tentativas, por parte da reitoria, no intuito de rediscutir a adesão vêm desrespeitando os trâmites burocráticos necessários, como a abertura de processo, seguido da escolha de um relator que possa avaliar a situação e dar o parecer, para que só então possa ser aberta a votação. Além disso, o reitor se nega a estar presente nos momentos de discussão promovidos pelas categorias envolvidas: docentes, discentes e servidores técnicos administrativos.

O processo de adesão à EBSEERH em diversas universidades tem sido marcado por práticas autoritárias e antidemocráticas, os documentos da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde demonstram tais fatos. Em algumas dessas adesões se observa que muitos reitores têm aprovado a empresa nos seus conselhos universitários sem usar o quórum qualificado, ou seja, dois terços dos votos, mesmo estando previsto em alguns regimentos de universidades a necessidade desta regra (TAVARES, 2014).

Em Campina Grande, as ações de resistência tem sido de extrema importância para barrar a EBSEERH. Neste processo se destaca a atuação do Fórum em Defesa do SUS - Campina Grande contribuindo significativamente para a não adesão da UFCG à empresa. O fórum é constituído por sindicatos, movimentos sociais, partidos, grupos de pesquisa, diretórios centrais de estudantes, centros acadêmicos e demais entidades. Tem como objetivo

desenvolver ações: em defesa da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado; defesa do SUS público, estatal, gratuito e de qualidade; e contra toda forma de privatização da saúde: OSs, OSCIPs, FEDP, EBSEH.

Na UFRJ, responsável por 07 hospitais universitários, os docentes, técnicos administrativos e estudantes, em parceria com entidades representativas, elaboraram o documento “Proposta de modelo de gestão para o fortalecimento dos hospitais universitários”, no qual o texto apresenta uma alternativa à EBSEH. Propõe a continuidade da administração direta do Estado, destacando um aprofundamento da democratização da administração, um reforço da administração, um reforço da autonomia universitária, mais envios de recursos e contratação por meio do RJU.

Inúmeras ações tem sido efetivadas contra todas as formas de privatização dos serviços públicos:

As resistências ao processo de privatização têm se dado através de algumas Conferências Nacionais de Saúde e da atuação do Conselho Nacional de Saúde e de alguns Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Mas, de forma mais incisiva, nos Fóruns de Saúde dos estados [...] e na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (CORREIA, 2011, p. 47).

Logo após a criação da lei das OSs, a Confederação Nacional de Saúde ajuizou junto ao STF uma ADIN pleiteando a declaração de inconstitucionalidade de diversos dispositivos desta lei. Segundo Junqueira (2007), há questionamentos sobre a “ilegalidade das OSs” desde 1998, por duas ADINs, uma delas movida pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) de São Paulo.

Neste processo, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde<sup>9</sup> destaca-se no cenário nacional combatendo a privatização da saúde e “se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro, pondo em xeque os referidos “novos modelos de gestão” que beneficiam o setor privado, prejudicam os trabalhadores, impedem o controle social” (CORREIA, 2011, p. 47).

Ainda têm sido efetivadas ações por representantes da sociedade civil, dos representantes dos trabalhadores dos HUs, entre outras categorias. Há resistência através de manifestação das entidades que estão na luta contra a privatização da saúde, as quais

---

<sup>9</sup> “Composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, foi criada em 2010, a partir da articulação dos Fóruns de Saúde estaduais em torno da luta contra a privatização do SUS” (CORREIA, 2011, p.48).

promoveram um plebiscito<sup>10</sup> da sociedade civil, através de inúmeras organizações que assinam o manifesto da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, além do Ministério Público, que inicia uma série de questionamentos sobre esse modelo privatista. Em todos os estados e municípios onde esse tipo de gestão já foi instalado existem denúncias de desvios de recursos públicos sendo investigadas pelos Ministérios Públicos Estaduais e/ou pelo Ministério Público Federal (CORREIA, 2011).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde instância máxima do controle social no SUS rejeitou a criação da EBSEH. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu moção de repúdio<sup>11</sup> à criação da Empresa. Entretanto, estas decisões foram desconsideradas pelo Governo Federal.

Além da ADI, há uma ação civil pública proposta pelo MPF na Justiça Federal do Distrito Federal que questiona a contratação da EBSEH pela Universidade de Brasília (UnB) e a petição de *'amicus curiae'*<sup>12</sup> apresentada nos autos da ADI pela Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Associação Nacional do Ministério Público de Contas (AMPCON) e Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil (ANTC), que questionam a constitucionalidade da empresa.

A Universidade Federal do Piauí (UFPI), assinou contrato em agosto de 2012. No entanto já há denúncias de irregularidades, a exemplo do concurso público realizado que foi objeto de questionamentos por possíveis fraudes. Ainda, em relação a UFPI o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) apresenta outras irregularidades quais sejam:

a) a EBSEH e a direção do Hospital Universitário do Piauí não estão honrando o contrato de prestação de serviços celebrado com o Gestor do SUS em Teresina, uma vez que não implantaram os serviços previstos no Plano Operativo constante no contrato; b) diversos setores e equipamentos do hospital estão ociosos e/ou funcionando apenas parcialmente; [...] d) o gestor municipal do SUS repassa mensalmente à EBSEH/Hospital Universitário do Piauí, R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); [...] (CFESS, 2014, p.2).

---

<sup>10</sup> O plebiscito nacional foi uma campanha organizada pelos setores sindicais, estudantis e do movimento social que estão na luta contra a adesão dos Hospitais universitários à EBSEH. Realizado entre os dias 02 a 19 de abril de 2013, entidades ligadas à educação e saúde federais construíram o Plebiscito Nacional sobre a EBSEH na maioria das IFES em todo país. Coletaram votos da comunidade universitária e entre os usuários dos hospitais universitários.

<sup>11</sup> Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 226ª Reunião Ordinária, em 06 de Outubro de 2011.

<sup>12</sup> A expressão *amicus curiae* significa amigo da corte e serve para identificar alguém que pede para entrar em um processo do qual não é parte, mas cujo resultado pode influir em sua vida. Por isso, pede para ser ouvido. Nos julgamentos de grande repercussão no Supremo Tribunal Federal, é cada dia mais comum a permissão do uso desse instrumento como forma de dar voz à sociedade nas decisões do mais alto tribunal do país. JusBrasil. Disponível em: <http://oab-ma.jusbrasil.com.br/noticias/340675/amicus-curiae-influi-em-decisoes-do-stf-mostrapesquisa>. Acesso: 23 de fevereiro de 2014.

De acordo com Ministério Público Federal (MPF), o hospital da UFPI apresenta problemas de ociosidade ou de funcionamento parcial. Os atendimentos realizados pelo hospital no primeiro semestre de 2013, correspondem a R\$ 164.180,23 o que representaram apenas 1,64% do valor recebido do SUS. No período entre abril e agosto, o SUS repassou ao hospital a importância de R\$ 10 milhões de reais (TAVARES, 2014).

Em Sergipe o Sindicato dos Trabalhadores da Universidade do Sergipe (SINTUFS) moveu ação judicial contra a EBSEH solicitando a suspensão do concurso que está em andamento; a nulidade do contrato entre a Universidade Federal do Sergipe (UFS) e a referida empresa. O juiz negou o pedido de tutela antecipada no entanto, determinou que a UFS e a EBSEH apresentem documentação contendo a relação dos servidores efetivos do HU, especificando as atividades desempenhadas por eles, bem como o regime jurídico pelo qual prestarão serviços para a empresa; e apresentem, o plano de reestruturação do HU, detalhando a atuação da EBSEH no que se refere às atividades de ensino, pesquisa e extensão (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2014).

Desse modo, percebemos que embora a atuação da EBSEH nas universidades federais seja ainda recente, já apresenta sinais concretos da sua incapacidade de resolução dos problemas vivenciados no HUs, uma vez que afronta o caráter público da instituição, ameaça o SUS e consolida o projeto privatista em curso no país. Esses modelo de gestão privatizante, favorece o capital em detrimento das necessidades sociais da população, intensifica a precarização das relações de trabalho e compromete a autonomia da universidade.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises tecidas neste trabalho revelam que a EBSEH e todos os chamados novos modelos de gestão da saúde pública são rejeitados e combatidos por aqueles que defendem uma saúde pública de qualidade. As formas de terceirização/privatização dos serviços de saúde propostas pelos governos são inconstitucionais, pois a Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, tal fato impede que o mesmo se desresponsabilize da prestação deste serviço, cabendo ao setor privado o papel apenas de complementaridade.

Diante do exposto, é possível inferir algumas considerações acerca dos rebatimentos da implementação da EBSEH: esta repercute negativamente nos serviços ofertados pelos HUs; fere a autonomia universitária, pois não será mais a universidade que definirá os rumos das pesquisa nem das demais ações: contratos, convênios, administração, etc que serão gerenciados e definidos por essa empresa; aprofunda a precarização das relações de trabalho, bem como do atendimento à população.

Percebemos que a proposta da EBSEH não difere da política que vem sendo priorizada pelo Estado de organizar os serviços públicos sob a lógica privada e assim se esquivar da contratação de trabalhadores estatutários, diminuindo suas obrigações com a garantia de direitos à população.

Impedir a implantação da EBSEH nos hospitais federais significa evitar a privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro, composto por 47 unidades hospitalares. Como vimos, a implantação desta Empresa representa uma séria ameaça para o SUS, consolidando o projeto privatista em curso.

O processo de privatização é um grande impasse para a efetivação dos direitos sociais, que são gradativamente abandonados em nome da lógica do mercado. Neste processo, de regressão das políticas sociais, se faz necessária a organização da sociedade civil e dos demais segmentos populares, para que se possa avançar na efetivação dos direitos sociais.

Considera-se o avanço das privatizações como um impedimento para a efetivação dos princípios do SUS — universalidade; descentralização; hierarquização; integralidade; regionalização e participação social — pois, subordina a política social à política macroeconômica, a qual tem diminuindo os direitos sociais; favorecendo a ampliação do setor privado; influenciando a direção dos gastos públicos a partir da lógica do mercado.

Portanto, o presente estudo aponta para o fato de que a EBSEH constitui uma forma velada de privatização da maior rede hospitalar do Brasil. Contudo, se faz necessário que o Estado desempenhe efetivamente suas funções, respeite os princípios contidos na Constituição Federal de 1988, e que venha consolidar o SUS 100% público e estatal.

## REFERÊNCIAS

ARAGÃO, A. S. As Fundações Públicas e o Novo Código Civil. In: SANTOS, L. et al (ORGs.), **Fundações Estatais Estudos e Parecer**. 1ª ed. Campinas, SP: Saberes, 2009.

ATA DE AUDIÊNCIA PÚBLICA. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH e o Hospital Universitário Gaffrée Guinle - UNIRIO**. PROCURADORIA FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: [http://www.prrj.mpf.gov.br/arquivos\\_pdf/AtaCircunstanciada-EBSEH.pdf](http://www.prrj.mpf.gov.br/arquivos_pdf/AtaCircunstanciada-EBSEH.pdf). Acesso em: 22 fev. 2014.

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

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Lei nº 6.404**, de 15 de dezembro de 1976.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE/Secretaria da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.656**, 15 de maio de 1998a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.637**, 3 de junho de 1998b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **SEGES. Projeto Fundação Estatal**: propostas para o debate. 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550**, de 15 de dezembro de 2011a.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.661**, de 28 de dezembro de 2011b.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 3463, 2012**. Júlio Marcelo de Oliveira. Relator: Ministro José Múcio Monteiro. 10 dez. 2012. Disponível em: <[http://www.sintestrn.org.br/sinplate/index.php/documentos/doc\\_view/443-acordao-do-ministerio-publico-do-tribunal-de-conta-sobre-terceirizados-dos-hus](http://www.sintestrn.org.br/sinplate/index.php/documentos/doc_view/443-acordao-do-ministerio-publico-do-tribunal-de-conta-sobre-terceirizados-dos-hus)> Acesso em: 22 fev. 2014.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez: UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. et al (org.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Orgs.) **Serviço Social, Saúde, Formação e Trabalho Profissional**. 4ª Edição. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). **Caderno de Saúde**. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2001.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: PEREIRA, P. A. P.; BRAVO, M. I. S. (Orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2ª ed. 2002.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRAVO, M. I. S.; MORENA, G. M. Saúde e Luta Sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do serviço social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 25, n. 78, Jul., p. 48-68, 2004.

BRAZ, M.; NETTO, J. P. **Economia Política**: Uma Introdução Crítica. 4. ed. São Paulo, Cortez, 2008. – (biblioteca básica de Serviço Social; v.1)

BUENO, W. S. e MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. 1997. Disponível em: <HTTP://www.Saudecoletivo/professores/merhy/artigos-14.pdf>. Acesso em: 30 Out. 2013.

CAMPOS, G. W. **A Saúde, o SUS e o Programa Mais Médicos**. Disponível em:<<http://susbrasil.net/2013/07/18/a-saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos/>> Acesso em: 20 fev. 2014.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

CFESS. **Manifesta Contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2014cfessmanifesta-ebserh.pdf> 10 de janeiro de 2014>. Acesso em: 20 fev. 2014.

CISLAGHI, J. F. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.) **Caderno de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011.

COMITÊ EM DEFESA DO HU. **Cartilha trabalhadores na luta contra a EBSERH Esclarecimentos para a comunidade da UFJF sobre a empresa estatal de direito privado.** Juiz de Fora, 2012.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M.I.S.et al (org.) **Cadernos de Saúde.** Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 43-49.

\_\_\_\_\_. A Privatização da Saúde na Atualidade. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, XIII, Juiz de Fora. **Anais do XIII ENPESS.** Juiz de Fora: ABEPSS, 2012.

\_\_\_\_\_. **Privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro, síntese da apresentação sobre MP 520.** Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/especial-contrabserh.html>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

CORREIA, V. C.; DANTAS, A. Impedir a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos Hospitais Universitários é Possíveis e necessário. In: Encontro Nacional de pesquisadores em Serviço Social, XIII, **Anais do XIII ENPESS**, Juiz de Fora: ABEPSS, 2012.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública:** concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

EBSERH. **Plano de Reestruturação Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Brasília, 2013.

Disponível em: <http://www.ufrj.br/ebserh/docs/plano-de-reestruturacao-matufjrj.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2014.

O SUS PRECISA de Mais Médicos e de Muito Mais! In: **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 97, jun. 2013 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Informe do SINTUSF sobre a ação judicial contra a EBSERH.** Disponível em:< <http://www.contraprivatizacao.com.br/2014/03/0873.html>> Acesso em: 11 mar. 2014.

GIAQUETO, A. A Descentralização e a Intersetorialidade na Política de Assistência Social. In: **Serviço Social & Saúde.** UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

GRUPO SARÔ. Hospital de Clínicas de Porto Alegre: um “modelo de sucesso”? In: **Cadernos de Textos EREM.** UFG: Goiânia, 2012.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M.I.S. et al (org.) **Cadernos de Saúde**. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

IBAÑEZ, N.; NETO, G. V. Modelo de Gestão e o SUS. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12, p.1831-1840, 2007.

JÚNIOR, F. B. Gestão do SUS: o que fazer? **Cadernos de Saúde**. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs). 1ª ed. p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ. Red. Sirius, 2011.

JUNQUEIRA, V. Organizações sociais e as fundações estatais de direito privado: duas faces da contra-reforma do Estado na saúde. In: **Temporalis: Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios**. Ano I, n.1, jan./jun.2000 – São Luís: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2007, p.67- 90.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MIRANDA, A. S. **Programa “Mais Médicos” no âmbito e perspectiva do Sistema único de Saúde, do foco ao contexto**. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Nota%20Mais%20Medicos%20Alcides.pdf>> Acesso em: 11 mar. 2014.

MODESTO, P. Reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil. In: **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, mar/abr/mai 2006. <http://www.direitodoestado.com.br/artigo/paulo-modesto/reforma-do-marco-legal-do-terceiro-setor-no-brasil> Acesso em 28 nov. 2013.

MORAES, A. **Constituição do Brasil Interpretada**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MORONI, J. A. **Governo Dilma**: uma primeira análise. 02 de março de 2011. Disponível em: <http://colunadoblogdalucia.blogspot.com/2011/03/governo-dilma-uma-primeira-analise-jose.html>. Acesso em: 28 nov. 2013

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política**: ideias para a reforma democrática do Estado. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de Gestão e regulação do trabalho no SUS. In: **Serviço Social & Sociedade**. ano XXVI n.87, São Paulo. set./2006, p.147-162.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde-SUS- e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA et al (Orgs.) **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVAR, M. S. P. EBSEH e Subsidiária: O fetiche da grande empresa na Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz e nos Hospitais Universitários. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, XIV, **Anais do XIV CBAS**, Águas de Lindóia, 2013.

OLIVEIRA, T.F. **A inserção do Assistente Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** a experiência do município de João Pessoa – PB. Trabalho monográfico apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER/IH da Universidade de Brasília. Brasília, outubro de 2010.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, L. C. B. A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 1.).

REPRESENTAÇÃO EM FACE DA INCONSTITUCIONALIDADE DA LEI 12.550/12. Disponível em: < <http://portal.andes.org.br/imprensa/noticias/imp-ult-1594204869.PDF>> Acesso em: 19 fev. 2014.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.) **Caderno de Saúde. Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para saúde. Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2008.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 24<sup>a</sup> ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005.

SILVA, L. **Material para Subsidiar uma Ação no STF contra Lei que cria a EBSERH** (mimeo). Brasília, 2012.

SODRÈ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serviço Social e Sociedade**[online]. 2013, n.114, pp. 365-380. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf>> . Acesso em: 27 de janeiro de 2014.

TAVARES, V. **Hospitais Universitários Pedem Socorro.** Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2014/02/0862.html> Acesso em: 22 fev 2014.

TEIXEIRA, M. J. **A Política Nacional de Saúde na Contemporaneidade:** as fundações estatais de direito privado como estratégia de redirecionamento do fundo público. Tese (Doutorado). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.