



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas  
Departamento de Serviço Social

Aline Vasconcelos Menezes

**As Ameaças das Políticas de Ajuste Neoliberal: o caso da Empresa  
Brasileira de Serviços Hospitalares**

Brasília – DF

2016

Aline Vasconcelos Menezes

**As Ameaças das Políticas de Ajuste Neoliberal: o caso da Empresa  
Brasileira de Serviços Hospitalares**

Monografia apresentado na Disciplina - Trabalho de Conclusão de Curso - como requisito básico para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília.

**Orientadora:** Prof.(a) Dr. (a) Andréia de Oliveira

Brasília - DF

2016

Monografia apresentada como requisito necessário para obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Qualquer citação atenderá as normas éticas científicas.

---

Aline Vasconcelos Menezes

Monografia apresentada em 01/09/2016

Orientadora Professora Doutora Andréia de Oliveira

---

1ª Examinadora Me. Kênia Augusta Figueiredo

---

2ª Examinadora Me. Priscilla Maia de Andrade

---

Brasília, 2016

Dedico este trabalho a Nossa Senhora da Saúde que intercedeu por mim nos momentos mais difíceis.

Dedico a minha mãe Vera, a meu pai Joaquim, a meu irmão Raphael e a minha irmã Hellen.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora de Guadalupe por esta sempre ao meu lado me dando forças sempre que necessitei. Agradeço por ter conseguido concluir este trabalho apesar de todas as dificuldades que tive que superar.

À minha família por todo apoio, atenção, compreensão, paciência, amor e dedicação que tiveram comigo. Nos momentos que pensei em desistir, nos momentos que pensei que não daria mais certo, vocês estiveram ao meu lado me dando força e coragem para seguir em frente. Não foi fácil chegar até aqui sem vocês eu não teria conseguido.

Agradeço em especial a Kátia Regina, a Estela Lima, a Gláucia Lima, a Cláudia Vasconcelos, minhas amadas tias, pelo carinho e dedicação para com a minha família.

Aos meus avós Rita e Francisco.

À Alessandra e ao Robson amigos e irmãos de coração. E aos amigos e irmãos de caminhada da Paroquia São José.

Ao padre Omer.

À minha amiga de fé Yasmim Carneiro por ouvir meus lamentos e me dar forças para continuar.

Um homem não é nada sem sua família e sua rede de amizades e irmãos de fé. Só Deus pode dimensionar a alegria que é estar neste momento concluindo a graduação. Não há palavras pra agradecer.

Obrigada pela dedicação e pelo amor de todos. Esta vitória é nossa!

*“Bem-aventurados os que têm um coração de pobre, porque deles é o Reino dos Céus!  
Bem-aventurado os que choram, porque serão consolados!  
Bem-aventurado os mansos, porque possuirão a terra!  
Bem-aventurado os que têm fome e sede de justiça, porque serão saciados!  
Bem-aventurado os misericordiosos, porque alcançaram misericórdia!  
Bem-aventurado os puros de coração. Porque verão a Deus!  
Bem-aventurado os pacíficos, porque serão chamados filhos de Deus!  
Bem-aventurado os que são perseguidos por causa da justiça, porque deles é o Reino de Deus!  
Bem-aventurado sereis quando vos caluniarem, quando vos perseguirem e disseram  
falsamente todo o mal contra vós por causa de mim.  
Alegrai-vos e exultai, porque será grande a vossa recompensa nos céus, pois assim  
perseguiram os profetas que vieram antes de vós. ” (Mt 5, 5-12)*

## Resumo

O presente trabalho tem como objetivo analisar a proposta de gestão para os Hospitais Universitários Federais Brasileiros geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, a fim de identificar as possíveis contradições nessa nova modalidade de gestão, considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS - e as bases que fundamentam a Universidade Federal Pública Brasileira. A partir da reafirmação da proposição do SUS consagrado na Constituição Federal Brasileira de 1988, a ênfase recai para a reflexão dos modelos de gestão nos Hospitais Universitários Federais originados a partir do ideário do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), que possuía dentre suas ideias centrais a privatização de políticas sociais. Adotou-se como procedimentos metodológicos, a pesquisa bibliográfica e documental. O estudo evidencia que sob alegação de recuperar os Hospitais Universitários Federais, melhorar a prestação dos serviços aos usuários, à criação da EBSEH num contexto de crescente privatização do setor saúde, tende a aprofundar a situação de precarização das condições de trabalho e de acesso aos serviços de forma universalizada. Apesar de não ser possível determinar, com precisão, como se dará a relação entre a EBSEH e as instituições de ensino com relação à gestão e autonomia, compromisso com ensino, pesquisa e extensão, o que se percebe é uma possível tendência a um distanciamento para dos objetivos que originaram os Hospitais Universitários, bem como dos princípios e diretrizes do SUS e de uma educação pública.

**Palavras chaves:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Políticas Neoliberais, Hospitais Universitários Federais.

## Abstract

This study aims to analyze the management proposal to the Federal University Hospitals Brazilians managed by the Brazilian Hospital Services -EBSERH- in order to identify possible contradictions in this new mode of management, considering the principles and guidelines of the Unified System health - SUS - and bases underlying the Public Federal University Brazilian. From the reaffirmation of SUS proposition enshrined in the Federal Constitution of 1988, the emphasis is to reflect management models in Federal University Hospitals originated from the ideas of the Master Plan of the State Reform (1995), which had among its central ideas privatization of social policies. It was adopted as methodological procedures, bibliographic and documentary research. The study shows that under claim to recover the Federal University Hospitals, improve the delivery of services to users, the creation of Ebserh in a context of increasing privatization of the health sector, tends to deepen the precarious situation of working conditions and access to services of universalized form. Although it is not possible to determine with precision, as will the relationship between Ebserh and educational institutions with regard to the management and autonomy, commitment to teaching, research and extension, what we see is a possible trend to a distance for the objectives that led to the University Hospitals, and the principles and guidelines of SUS and public education.

**Key words:** Brazilian Company of Hospital Services , Neoliberal Policies, Federal University Hospitals .



## Siglas

8ª CNS – Oitava Conferência Nacional de Saúde

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa

HU – Hospital Universitário

HUF – Hospital Universitário Federal

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INPS – Instituto Nacional Previdência e Assistência Social

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

MT – Ministério do Trabalho

NOB – Normas Operacionais Básicas

OS - Organização Social

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde

PEC – Projeto de Emenda Constitucional

PT – Partido dos Trabalhadores

PTCC – Projeto de Trabalho de Conclusão Curso

REHUF - Plano Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia

SAMU – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCU – Tribunal de Contas da União

UF – Universidade Federal

UPAS - Unidades de Pronto Atendimento

UNE – União Nacional dos Estudantes

## Sumário

<b>01. Introdução.....</b>	<b>12</b>
<b>02. Capítulo I Dos antecedentes da ação Estatal na área da saúde a “des”construção do SUS.....</b>	<b>17</b>
2.1 Política de saúde de 1923 a 1980.....	17
2.2 O direito à saúde como um componente de cidadania: a luta do Movimento Sanitário Brasileiro.....	21
2.3 A ofensiva neoliberal e o SUS.....	24
2.4 A política de saúde nos anos 2000: contradições entre as os ideários da reforma sanitária, ações reformistas e a mercantilização da saúde.....	31
<b>03. Capítulo II Os Hospitais Universitários Federais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.....</b>	<b>38</b>
3.1 Breve contextualização histórica dos Hospitais Universitários Federais.....	38
3.2 Do REHUF à criação da EBSEH: a proposta encontrada para a crise.....	44
3.3 Lei 12.550 de 2011.....	46
3.4 Contexto sociopolítico de criação da EBSEH.....	49
<b>04. Considerações Finais.....</b>	<b>57</b>
<b>05. Referências.....</b>	<b>58</b>

## 01. Introdução

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social, objetiva analisar a proposta de gestão para os Hospitais Universitários Federais Brasileiros geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, a fim de identificar as possíveis contradições nessa nova modalidade de gestão, considerando os princípios e diretrizes do SUS e as bases que fundamentam a Universidade Federal Pública Brasileira.

A EBSEH é uma empresa pública criada a partir da Lei 12.550 de 2011. Pertencente ao Governo Federal que atuará sob ordem pública e sua forma de gestão e atuação seguirá os moldes de uma empresa que visa à otimização da aplicação dos recursos. Andreazzi (2013) traz o conceito de empresa pública e a justificativa para sua criação. Empresa pública é

uma entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito. (ANDREAZZI, 2013, p. 276, grifo da autora).

A justificativa do Governo Federal para criação da EBSEH é fornecer uma melhor administração e gestão dos recursos públicos que são aplicados nos HUF's. De modo que, a falta de recursos e a precariedade dos hospitais foi a principal justificativa para a criação da EBSEH. Tal empresa seria uma saída para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pelos HUF's e resolver o problema da crise financeira, de pessoal e de infraestrutura que se alongava a várias décadas.

No ano 2010 o Governo Federal editou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF. Este programa prevê o compartilhamento do financiamento dos HUF's entre as áreas da saúde e educação, sendo mantido aos HU's o recebimento de recursos do Ministério da Educação – MEC-, e do Ministério da Saúde – MS- para executar suas atividades de ensino e de atenção à saúde. (Brasil, 2010)

Andreazzi ao analisar a Lei 12.550/2011, faz a seguinte observação com relação a legislação que cria a EBSEH

mantém o capital social integralmente sob a propriedade da União e as atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial integralmente no âmbito do SUS, especificando que isto se aplica a suas subsidiárias. O artigo VI da Lei 12.550 explicita que a EBSEH poderá prestar serviços relacionados às suas competências mediante contrato, respeitada a autonomia universitária. (ANDREAZZI, 2013, p. 276)

Segundo a legislação, a EBSEERH traz algumas mudanças na forma de administração dos HUF's tais como: o financiamento dos serviços oferecidos que podem contar com parcerias pública-privada, além de recursos da educação e da saúde; a necessidade de estabelecer contrato de prestação de serviços as Universidades; a cessão de servidores, sendo contratados de diferentes formas, há funcionários que são cedidos das Universidades Federais, da Secretaria de Estado de Saúde ou contratados por meio de concurso público (sendo regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, tendo em vista que se trata de uma empresa pública) para atuar na EBSEERH; o controle social, que no caso da EBSEERH não existe; e as mudanças no processo formal tomada de decisão em relação aos trâmites do hospital.(Andreazzi, 2013)

Se considerarmos a história dos Hospitais Universitários – HU- e a relação com o sistema de saúde brasileiro, e, por conseguinte com os princípios norteadores do SUS, a proposta do modelo de gestão por meio da EBSEERH apresenta contradições desde a sua origem.

Os HU's passaram a compor o sistema de saúde brasileiro na década de 1980, com objetivo de aumentar a rede de atendimento à população. Em contrapartida houve a aplicação de recursos do MEC e do MS (Carmo, 2007). Com a criação do SUS, em 1988, os HU's compõem definitivamente o sistema de saúde, fazendo parte do SUS. Os HU's passam a ser regulados pelo art. 45 da Lei 8.080/1990 e demais legislações específicas.

Art. 45: Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (Brasil, 1990).

Durante a década de 1990 o governo criou e implementou o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – PIDEPS. Esta medida tinha como objetivo incentivar a pesquisa nos HU's, tornando-os uma referência na prestação de serviços e na formação dos profissionais. Sua regulamentação veio por meio da Portaria nº15 de 08 de janeiro de 1991 da Secretaria Nacional da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Criar, exclusivamente para os Hospitais Universitários, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (PIDEPS) a ser aplicado da seguinte forma:

a. Adicional sobre receita das internações a nível de 25° (vinte e cinco por cento) para os Hospitais Universitários que acolham Curso de Medicina o pelo menos mais um Curso da área de saúde da própria instituição universitária e Residência Médica

reconhecida pelo MEC, funcionando há mais de 2 anos, de forma regular e ininterrupta;

b. Adicional sobre receita das internações a nível de 50% (cinquenta por cento) para os Hospitais Universitários que, além dos quesitos acima, acolham pelo menos um Curso de Pós Graduação “Strictu Senso” (Mestrado ou Doutorado) da própria instituição universitária, reconhecido pelo MEC, funcionando há mais de 2 anos, de forma regular e ininterrupta, e estejam integrados a algum SIPAC (Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade) do MS, como centro de referência nacional. (Brasil, 1991)

Os HUF's fazem parte do modelo de ensino das Universidades Federais – UF – tendo o tripé da educação. Em outras palavras, sua finalidade primeira é com a formação de novos profissionais na área da saúde, o desenvolvimento de pesquisa e estudos e no atendimento à saúde. A partir do investimento que o Estado realizou nos HUF's eles se tornaram referência no desenvolvimento de pesquisa e na prevenção e tratamento de doenças. O modelo de ensino superior é baseado no tripé composto pelo ensino (aulas teóricas), pela pesquisa (elaboração de pesquisas e trabalhos acadêmicos e científicos de acordo com a área de atuação) e pela extensão (relação da universidade com a comunidade local, por meio de serviços, pesquisas ou assistências que a universidade pode oferecer à comunidade).

O SUS contempla atendimentos em diferentes níveis de atenção, tais como a atenção: primária, secundária, terciária e quaternária. Cada nível de atenção à saúde é formado por uma estrutura básica, por exemplo, a atenção primária é executada nos postos de saúde, nos grupos de atenção à saúde da família; já na atenção terciária e quaternária é realizada nos hospitais regionais e nos hospitais especializados em determinada patologia. Todos os atendimentos, realizados pelo SUS, são oferecidos de forma gratuita e universal seguindo os princípios e diretrizes de sua fundação. O Hospital Universitário, portanto, ao integrar o SUS deve seguir seus princípios e diretrizes definidas na Lei 8.080 de 1990. Os serviços de saúde privados seria uma ferramenta utilizada pelo Estado para complementar os serviços de saúde pública, que o Estado não conseguiu alcançar ou não tem meios para executar.

Nesse sentido, a partir da implementação do SUS, os Hospitais Universitários deixaram de serem unidades meramente de ensino, tornando-se referência em assistência secundária, terciária e quaternária. O período em que isso se concretiza, entretanto, coincide com o processo de implementação de políticas de ajuste neoliberal cujos objetivos hegemônicos se materializavam na desregulamentação e liberalização dos mercados nacional e internacional, na redução substancial da responsabilidade estatal para com as políticas sociais e na privatização das empresas estatais e dos serviços públicos (Anderson, 1995 apud Oliveira, 2015).

O estudo da EBSEERH, se insere em um contexto dos novos modelos de gestão no âmbito das políticas de saúde, incorporados na agenda de Reformas do Estado a partir da década de 1990 no governo de Fernando Henrique Cardoso, mantida nos governos de Lula e Dilma e aprofundado de forma a partir do dia 13 de maio com a entrada do Presidente Interino Michel Temer, que em conjunto com o legislativo federal vem implantando mudanças e medidas que apontam para o desmonte da seguridade social brasileira, dos direitos trabalhistas, caminhando para uma reversão do modelo previsto na Constituição Federal de 1988

O presente estudo, portanto, apesar de inconclusivo e com lacunas teóricas, considerando que são aproximações de uma acadêmica de finalização de curso de graduação, apresenta relevância social e política, uma vez que ao trazer as contradições presentes nos novos modelos de gestão no SUS, a exemplo da EBSEERH, contrapõem-se as políticas de ajuste neoliberais e à contra reforma do Estado, atuantes nos desmontes das políticas sociais, do direito dos trabalhadores e do aprofundamento da democracia.

Contudo, cabe mencionar que adotou-se como procedimentos metodológicos, a pesquisa bibliográfica e documental. Os dados utilizados nesta pesquisa bibliográfica e documental foram localizados a partir das bases de dados disponíveis na internet, tais como: Scielo; sites governamentais; trabalhos acadêmicos, livros e capítulos de livros; site da Frente Nacional Contra as Privatizações da Saúde e publicações de site; revistas jornalísticas e demais meios de comunicação. Como instrumento para a coleta de dados será utilizado o roteiro de leitura. O roteiro de leitura tem como finalidade destacar as contribuições que as obras selecionadas trouxeram para o objetivo da pesquisa. (Lima e Miotto, 2007, p. 06)

A metodologia de análise dos dados coletados foi o método marxista dialético, por entender que a mesma auxilia na compreensão dos determinantes políticos, sociais, culturais, que envolvem o objeto de estudo, dentre outros aspectos relevantes para uma perspectiva de totalidade. Segundo Lima e Miotto.

O método dialético implica sempre em uma revisão e em uma reflexão crítica e totalizante porque submete à análise toda interpretação pré-existente sobre o objeto de estudo. Traz como necessidade a revisão crítica dos conceitos já existentes a fim de que sejam incorporados ou superados criticamente pelo pesquisador. Trata-se de chegar à essência das relações, dos processos e das estruturas, envolvendo na análise também as representações ideológicas, ou teóricas construídas sobre o objeto em questão. (LIMA e MIOTTO, 2007, p. 04)

Diante do exposto, para melhor compreensão do tema abordado o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi estruturado em dois capítulos. O primeiro capítulo discorre

brevemente sobre a história da política de saúde pública brasileira a partir do ano de 1923 até os anos 2000, com ênfase no movimento de Reforma Sanitária, implantação do SUS e o processo de contrarreforma do Estado com as políticas de ajuste neoliberal. No segundo capítulo, realiza-se uma breve reconstituição sócio histórica dos hospitais universitários no Brasil, para na sequência contextualizar a criação da EBSEH e suas características como empresa pública, bem como suas contradições, considerando os princípios fundamentais do SUS e da Educação Pública.



## **02. Capítulo I - Dos Antecedentes Da Ação Estatal Na Área Da Saúde A “Des” Construção Do SUS**

### **2.1 Política de saúde de 1923 a 1980.**

A política de saúde no Brasil percorreu um longo caminho até a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS-, conquista dos movimentos organizados da sociedade, aglutinados no denominado Movimento Sanitário Brasileiro, base política e ideológica da proposta de reforma sanitária no país, que tem sua gênese no final da década de 1970. Antes da criação do SUS, por meio da Constituição Federal de 1988- CF/88, a política de saúde brasileira estava vinculada a política previdenciária. Ou seja, a política de saúde era um braço da política previdenciária e tinha como prioridade o atendimento aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, e aos dependentes destes trabalhadores. A saúde somente passou a ser legalmente uma política pública universal e gratuita na década de 1980 com a nova CF/88.

Nessa direção, abordam-se nesse capítulo os antecedentes da ação estatal no setor saúde, com ênfase na criação do Sistema Único de Saúde e as políticas de ajuste neoliberais que ocorreram a partir da década de 1990 e seus desdobramentos e rebatimentos para a área da saúde.

Iniciamos essa breve contextualização histórica da política de saúde no Brasil, retomando os primórdios da previdência social brasileira que teve como marco a criação da Lei Elói Chaves em 1923, a qual versa sobre a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões- CAP's. Tal instituição tinha a finalidade de oferecer serviços na área da saúde e previdência, contava com contribuições dos empregados e dos empregadores. As CAP's eram divididas de acordo com a categoria profissional dos contribuintes. Para ter acesso as CAP's o trabalhador tinha que comprovar vínculo trabalhista por meio de carteira assinada e a realizar contribuições prévias a instituição. De modo que a política de saúde não era universal e gratuita à população.

Posteriormente, a partir de interesses político e econômico, foi criado os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP - em 1933. O objetivo dos IAP's era a substituição das CAP's em Institutos, que passam a ter financiamento tripartite (empregados, empregadores e Estado), e sua gestão passa a ser prerrogativa do Estado, sendo o seu presidente nomeado pelo

Presidente da República, de modo que muda-se a prática de escolha, antes definida pelos trabalhadores e patrões. (Aguiar, 2011).

Esse período é marcado pelas ações estatais na área da saúde, organizadas pelos IAP's que prestavam atendimento médico a seus beneficiários e dependentes e, também por meio da saúde pública que desenvolvia ações coletivas, através de campanhas, voltadas para os serviços sanitários. De acordo com Júnior e Júnior (2006),

é também nessa época, o surgimento e desenvolvimento do chamado sanitarismo-campanhista, fortemente presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. As campanhas visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras. (JÚNIOR e JÚNIOR, 2006, p. 14).

A saúde estava voltada as necessidades da região urbana e da produção agraria. Sendo assim, a saúde não era um direito do cidadão e obrigação do Estado, estava voltada às necessidades do mercado. Os cidadãos que não tinha um trabalho formal, comprovado por registro na carteira de trabalho, contava apenas com as instituições filantrópicas para tratar suas doenças.

Durante a década de 1940, concomitante a Segunda Guerra Mundial, economia mundial vivenciava um avanço significativo da indústria. O EUA se recuperava da grande depressão de 1929 causada pela quebra da bolsa de valores de Nova York. Mediante a este contexto mundial o Brasil sentia os impactos da crise econômica e política. Segundo Saretta (1995) durante o governo de Eurico Gaspar Dutra (1948) foi construído e implementado o Plano SALTE que visava investimentos nas áreas da Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Por meio do Plano SALTE o Estado brasileiro buscava diminuir os impactos da crise mundial no país. O Estado buscava desenvolver as áreas citadas como forma de retirar o país da crise financeira.

A partir de interesses políticos e pela situação de miséria e pobreza que população brasileira passava o governo elegeu algumas áreas prioritárias para receber investimentos estatais. Tais investimentos foram realizados por meio do Plano SALTE. Contudo foram realizados investimentos na área do transporte, tendo o foco na construção de vias para escoar a produção agrícola e fabril; na área da produção de energia elétrica e no combate à fome. Tais investimentos foram concentrados na região urbana. A política de saúde, no entanto, não era prioridade do governo, apesar do reconhecimento da necessidade de investimentos. (Saretta, 1995)

De 1948 a 1966 a assistência à saúde ainda ocorria por meio da medicina previdenciária, através dos IAP's, apesar de algumas iniciativas, a exemplo da criação do Ministério da Saúde – MS - em 1953 e das ideias advindas de profissionais da área que defendiam a relação entre o nível de saúde da população e o grau de desenvolvimento econômico do país, o que veio ser denominado de “Sanitarismo Campanhista” partir da década de 1950 (Aguiar, 2011). A Presidência da República esteve a cargo de Getúlio Vargas, período conhecido como Estado Novo. Neste período houve a criação da Petrobras e investimentos no mercado de petróleo, um lema de Getúlio Vargas era “O petróleo é nosso”. Após a morte de Vargas o governo esteve a cargo de presidentes interinos eles foram: Café Filho, 1954-1955; Carlos Luz, 1955-1955, e Nereu Ramos, 1955-1955.

Em 1955 houve eleição para Presidência da República, sendo eleito Juscelino Kubitschek, 1956-1961. Durante seu mandato suas principais ações foram à construção de Brasília e o Plano de Metas. O Plano de Metas teve o propósito de acelerar a industrialização no Brasil. Seu lema era “50 anos em 5”, 1958, onde os investimentos estatais estavam voltados ao desenvolvimento industrial, o fim era que o Brasil avançasse 50 anos em desenvolvimento tecnológico e industrial. De acordo com o Plano de Metas<sup>1</sup> os investimentos estatais seriam da seguinte forma: setor de energia receberia 43,2% dos investimentos, setor de transporte receberia 29,6% dos investimentos, setor de alimentação receberia 3,2% dos investimentos, setor de indústria de base receberia 20,4% dos investimentos, setor da educação receberia 3,4% dos investimentos. Posteriormente o Brasil foi governado por Jânio Quadros, 1961-1961; Ranieri Mazzilli, 1961-1961; João Goulart, 1961-1964; até o Golpe Militar o qual início a Ditadura Militar brasileira. (Brasil, 1958)

Durante o período da ditadura militar, compreendido entre 1965 a 1985, o sistema de saúde brasileiro não era público e gratuito. O acesso aos atendimentos de saúde era realizado por meio da previdência social. Em 1966 o governo realizou mudanças no sistema de saúde. A unificação dos IAP's promoveu a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS –, que passou a ser responsável pelos benefícios previdenciários e assistência médica aos segurados e familiares. (Aguiar, 2011). O INPS era subordinado ao Ministério do Trabalho. Para o cidadão ter acesso aos serviços oferecidos pelo INPS havia a necessidade de o cidadão ter um trabalho formal, segundo a legislação vigente, e contribuir para o INPS

Em 1966, da fusão dos IAP originou-se o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que uniformizou e centralizou a previdência social. Nesta

---

<sup>1</sup> Dados retirados do Programa de metas do Presidente Juscelino Kubitschek, 1958.

década a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde. Médice e Mendes concordam que aconteceu uma concentração das políticas de saúde com extensão da cobertura assistencial. (JÚNIOR e JÚNIOR, 2006, p.14 apud MÉDICE e MENDES)

O número de contribuintes à Previdência Social, através do INPS, aumentou significativamente no período da ditadura militar. Com isso havia recursos para a construção de um sistema de saúde pública mais eficiente, ou seja, um sistema de saúde que atendesse a um número maior de cidadãos e oferecesse um atendimento de melhor qualidade. Contudo, a gestão deste recurso estava nas mãos do governo militar, os investimentos na área da saúde não era uma prioridade para o governo. Não havia também a vinculação obrigatória da receita, ou seja, o dinheiro arrecadado pelo INPS poderia ser ou não aplicado na área da saúde e previdência social.

A saúde pública através do INPS era pautada em medidas curativas e não preventivas. Melhor dizendo, o sistema nacional de saúde era pautado na cura de doença, em especial as doenças infectocontagiosas e as doenças que implicava em ausências ao trabalho. As ações do governo estavam voltadas a industrialização do país e ações para tornar o país mais competitivo frente ao mercado internacional.

Durante a ditadura militar o sistema de saúde torna-se mais restrito aos trabalhadores. O INPS contava com uma máquina pública menor para o fornecimento dos serviços necessários, mesmo tendo um aumento na arrecadação de recursos financeiros. Os recursos arrecadados pelo instituto não obrigam o mesmo a aplicá-lo na rede de atendimento à saúde, ou seja, os recursos arrecadados podem ser aplicados em áreas como a indústria, o transporte, o mercado, o pagamento da dívida pública, etc. não havendo a vinculação obrigatória da receita.

Tendo em vista todo este contexto político e social, o setor privado nacional da saúde, passa a ocupar um amplo espaço no fornecimento de atendimentos de saúde, ou seja, na prestação de serviços e o setor privados ligados a grupos multinacionais o maior fornecedor de insumos, medicamentos e equipamentos biomédicos (Mendes, 1999). O sistema privado conta com uma rede de atendimento centrada nos grandes complexos de saúde e de forma individualizada, ou seja, os atendimentos são realizados em hospitais e centrada no combate das patologias clínicas, numa perspectiva hospitalocêntrica e biologicista. (Costa, 2013)

Aos cidadãos não era permitido sua participação nas discussões e decisões sobre as políticas sociais e em especial a política de saúde. Neste contexto, o Brasil vivenciava uma política governamental autoritária e repressiva. Os cidadãos não tinham oportunidade de livre manifestação. A luta por direitos sociais e civis é muito restrita e perigosa.

Mesmo assim a população ao longo dos anos da ditadura frente ao aprofundamento das desigualdades econômicas, sociais e iniquidades em saúde começou a se mobilizar e discutir suas necessidades sociais em saúde e a necessária democratização da saúde por meio de reuniões e de organização sócio política de sujeitos populares locais, movimentos de bairro, movimento de estudantes da área da saúde, profissionais, docentes constituindo um movimento nos fins da década de 1970, denominado de Movimento Sanitário Brasileiro. Esse movimento passou a se organizar em torno da luta pela reforma sanitária no Brasil, tendo como base a defesa do direito humano à saúde, como descrito no item subsequente.

## 2.2 O Direito à Saúde como um Componente de Cidadania: a luta do Movimento Sanitário Brasileiro

A proposta de Reforma Sanitária Brasileira, conforme explicitado anteriormente, nasce em meados da década de 1970, em meio a um processo de lutas sociais em torno da abertura política e de redemocratização do Estado brasileiro. Originado da organização política de trabalhadores da saúde, dos departamentos de saúde pública das universidades, docentes, estudantes e movimentos populares, nasce Movimento Sanitário Brasileiro base política e ideológica da reforma sanitária, com suas bandeiras de luta por saúde universal e como um direito de cidadania. (Escorel, 2008)

A reforma sanitária enquanto proposta de reforma da política de saúde pública brasileira propôs novas ações com vista à construção de um sistema de saúde pública universal e também melhorar a qualidade de vida para a população. A política de saúde, naquele período vinculava-se a previdência social, sendo que o direito ao atendimento nas unidades de saúde dependia diretamente da contribuição do trabalhador e dos empregadores. A proposta do Movimento de reforma era a criação de um sistema de saúde pública que atendesse de forma universal e igualitária a todos os cidadãos independente de contribuições prévias.

Diante da conjuntura política do Brasil, de ditadura militar, o movimento de Reforma Sanitária ganha força e apoio da população brasileira. De 1985 a 1988 o Brasil passava pelo processo de redemocratização. O movimento de Reforma Sanitária ganhava o apoio da população, mediante as pautas de luta do movimento.

A defesa desse projeto era encaminhada pelo movimento sanitário que aglutinava sanitaristas comprometidos com as mudanças do sistema de saúde e diversos atores sociais, entre os quais, lideranças populares, trabalhadores,

sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais e estudantes da saúde e entidades como CEBES e ABRASCO. (AGUIAR, 2011, p. 36)

Esta proposta não se restringia a um sistema único de saúde, ela envolve uma ampla mudança na sociedade brasileira em prol de atendimentos a saúde da população. O serviço de saúde visa um atendimento de melhor qualidade e um ambiente mais saudável a população, ou seja, a luta pela saúde também busca a ampliação do saneamento básico, de água potável, de educação e disseminação de informações em prol da prevenção de doenças. A Reforma Sanitária surge em um contexto de forte repressão social e política, em um contexto de ausência da liberdade e de restrição dos direitos sociais.

Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendravam a ideia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva. (PAIM, 2009, p. 29)

No processo de luta e mobilização social o movimento de Reforma Sanitária realizou vários encontros para discutir a política de saúde brasileira. Entre estes encontros houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS. Tal conferência foi um marco na luta por sistema de saúde universal e gratuito. Na 8ª CNS, que ocorreu no ano de 1986, foram elaboradas as pautas de discussão sobre a política de saúde vigente até este período, englobando as discussões de cada município e de cada estado.

O processo de preparação da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi então desencadeado através do estímulo e apoio à realização das pré-conferências estaduais e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral. Todos os estados brasileiros realizaram suas pré-conferências, sendo que alguns tiveram várias conferências municipais antes do evento estadual, como foi o caso de Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Pará. (NASCIMENTO, 2003, p. 03)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve a finalidade de fomentar a discussão sobre a política de saúde pública que estava sendo viabilizada aos cidadãos e a construção de uma nova proposta de política de saúde. A proposta foi idealizada a partir das discussões realizadas nas comunidades locais e nas conferências de saúde, tendo a participação dos profissionais de saúde, membros da comunidade local, acadêmicos, políticos e demais pessoas interessadas em promover melhorias na saúde pública brasileira. Os serviços de saúde contavam com as instituições previdenciárias, com as Santas Casas de Misericórdia e com instituições filantrópicas.

A saúde enquanto setor produtivo era, antes do SUS, uma mistura de inúmeros componentes (Bastos, 1975): medicina liberal com médicos e dentistas em consultórios particulares; medicina previdenciária com hospitais públicos e Postos de Assistência Médica (PAM) do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, após 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Delegacias Regionais de Trabalho (DRT) e Fundacentro, Delegacias Federais de Saúde, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), programas especiais do Ministério da Saúde, unidades sanitárias e mistas da Fundação Sesp, centros e postos de saúde de secretarias estaduais e municipais, além das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias centralizadas e separadas. (PAIM, 2009, p.28 apud BASTOS)

As discussões realizadas na 8ª CNS deram origem à proposta de um sistema único de saúde. Este sistema atuaria a nível nacional tendo alguns princípios norteadores o qual foi organizado em um relatório. Tal documento foi utilizado durante a constituinte de 1988. A partir do artigo 196 da Constituição Federal - CF/88 - podemos localizar as diretrizes do SUS. Na CF/88 no Capítulo II Da seguridade social no Título VIII - Da ordem social, entre os artigos 196 e 200, encontra-se os dispositivos sobre a política de saúde do Brasil. Tais artigos versam sobre a política de saúde pública e a saúde privada, apontando os aparelhos do Estado que serviram para a fiscalização e regulamentação da saúde privada.

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A CF/88 trouxe inúmeras conquistas a classe trabalhadora, dentre elas, criação do SUS e o estabelecimento da saúde pública como obrigação do Estado. Porém havia a necessidade de regulamentar o SUS por meio de lei orgânica. Somente em 1990 ocorre a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990.

Alguns princípios do SUS foram estabelecidos durante a 8ª CNS e incorporado às legislações que versam sobre o sistema de saúde brasileiro. Alguns dos princípios do SUS são a hierarquização dos atendimentos em saúde, a descentralização dos atendimentos e a regionalização.

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição e na legislação vigente é uma estratégia consistente de reforma democrática do Estado. Tem como princípios, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade no acesso aos serviços de saúde; a Hierarquização do Sistema e das ações e serviços de saúde; a Descentralização da Gestão, Ações e Serviços; a Participação da População na definição da política de saúde; o Controle Social da implementação da política de saúde e a Autonomia dos Gestores (gestão única em cada esfera de governo com a utilização de Plano e Fundo de Saúde para a gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis). (REZENDE, 2004, p. 01)

A hierarquização dos atendimentos em saúde consiste em uma rede de unidades de saúde onde os atendimentos são realizados de acordo com a complexidade do problema de saúde. Ou seja, terá uma rede de atendimento primário, secundário, terciária e quartenário. Este princípio tem a finalidade de otimizar o serviço de saúde pública.

A descentralização consiste em fornecer atendimentos de diferentes graus de complexidade em diferentes unidades de saúde. Há a necessidade de instituir os postos de saúde, os hospitais regionais, os hospitais municipais e estaduais e por fim os hospitais de alta complexidade e especializados em determinada patologia.

A regionalização obriga o Estado a construir unidades de saúde próximas a residências dos cidadãos. Melhor dizendo, as unidades do SUS devem ser instaladas em regiões de fácil acesso a população e o grau de complexidade de cada unidade de saúde seguirá a exigência da população. Uma região com um número populacional alto deve atender a todos os níveis de complexidade. E região com um número populacional baixo tem a obrigação de manter unidade de atendimento básico de saúde e condições para transferência do paciente caso haja necessidade. Nenhuma unidade de saúde pode recusa atendimento por nenhum motivo. (Brasil, 1990)

Em tese, os princípios do SUS estabelecidos na Lei Orgânica 8.080/90 e nos artigos da CF/88 devem ser cumpridos em todas as unidades de saúde pública do Brasil. A legislação determina que a rede privada de saúde deverá seguir os critérios de atenção à saúde regulamentada por leis específicas e pela Agência Nacional de Saúde. De acordo com as legislações vigentes do SUS, o sistema privado de saúde pode atuar, conforme a necessidade da população, de forma complementar ao sistema de saúde público.

### 2.3 A Ofensiva Neoliberal e o SUS.

Durante a década de 1990 o Brasil vivenciava um novo período democrático, sob o auge da recém-aprovada Constituição Federal de 1988. Os direitos sociais, conquistados através da nova Constituição, estavam em fase de implantação e as políticas sociais estavam em processo de construção da rede de atendimento e de sua base jurídica. Foi neste período, que importantes direitos sociais, recentemente conquistados, foram regulamentados por meio de leis orgânicas, portarias, estatutos e demais normas jurídicas.

Porém, apesar dos avanços na área social, ao mesmo tempo em que se inicia o processo “re”democratização e de implementação das garantias legais previstas na CF/1988,



adota-se as políticas de ajustes neoliberais a partir da década de 1990, a exemplo de países como Chile e Inglaterra, que já haviam implantado anos anteriores.

No neoliberalismo segundo Behring (2009), há uma tendência para a negação da política, para o crescimento da pobreza, do desemprego e da desigualdade, predomínio do capital especulativo sobre o investimento produtivo, aprofundamento do consumismo, do individualismo e do pensamento único, ao mesmo tempo em que há uma enorme concentração da renda e da riqueza no mundo.

A partir da Constituição de 1988, a política de saúde no Brasil passa a compor o tripé da Seguridade Social. Integra a Seguridade Social brasileira as políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde.

As propostas neoliberais apresentaram forte influência sobre as políticas sociais brasileiras durante a década de 1990. A proposta neoliberal se baseia na teoria liberal de Adam Smith. Ele defendia que as ações do Estado deveriam estar voltadas aos direitos individuais, sendo o mais amplo o direito à propriedade privada. O Estado teria ações pontuais na sociedade de forma a manter a coesão social em contrapartida as ações Keynesianista, como afirma o autor:

As teses neoliberais, absorvendo o movimento e as transformações da história do capitalismo, retomam as teses clássicas do liberalismo e resumem na conhecida expressão “menos Estado e mais mercado” sua concepção de Estado e de governo. Voltadas fundamentalmente para a crítica às teses de Keynes (1883-1946), que inspiraram o Estado de Bem-Estar Social, defendem enfaticamente as liberdades individuais, criticam a intervenção estatal e elogiam as virtudes reguladoras do mercado. Estas ideias ganharam força e visibilidade com a grande crise do capitalismo na década de 1970, apresentadas como possíveis saídas para a mesma. (HOFLING, 2001, p. 36)

Tendo a propriedade privada e o mercado com elementos fundamentais a sociedade capitalista, o neoliberalismo ganha força ao defender que o Estado não deve atuar como provedor dos direitos sociais. Ou seja, o livre mercado e a livre concorrência serão responsáveis por regular e estabelecer os mínimos necessários ao cidadão. Portanto,

para os neoliberais, as políticas (públicas) sociais – ações do Estado na tentativa de regular os desequilíbrios gerados pelo desenvolvimento da acumulação capitalista – são consideradas um dos maiores entraves a este mesmo desenvolvimento e responsáveis, em grande medida, pela crise que atravessa a sociedade. A intervenção do Estado constituiria uma ameaça aos interesses e liberdades individuais, inibindo a livre iniciativa, a concorrência privada, e podendo bloquear os mecanismos que o próprio mercado é capaz de gerar com vistas a restabelecer o seu equilíbrio. Uma vez mais, o livre mercado é apontado pelos neoliberais como o grande equalizador das relações entre os indivíduos e das oportunidades na estrutura ocupacional da sociedade. (HOFLING, 2001, p.37)

Sendo assim, o Estado diminui suas ações estatais no âmbito das políticas públicas, diminui sua ação direta na prestação de serviços e na proteção social. Por outro lado, além de responsabilizar os indivíduos e a sociedade civil por prover necessidades sociais e de saúde, utiliza-se de vários mecanismos para ampliar e fortalecer o mercado, o setor privado.

a economia capitalista neoliberal está impregnada do caráter especulativo, no qual os bens de produção não estão voltados a suprir as necessidades coletivas, mas marcados pelo aprofundamento das desigualdades. A hegemonia neoliberal baseia sua expansão na manutenção da ordem econômica e política regional, nacional e transnacional, interessada em globalizar uma visão de desenvolvimento que lhe permita uma progressiva e acelerada concentração de capital. Na saúde pública, esse poder hegemônico se traduz na comercialização da vida, numa propriedade intelectual que beneficia a indústria médica, no controle da mídia e dos meios de comunicação – que se encarregam de criar necessidades baseadas na insegurança – e no desprestígio dos sistemas públicos de saúde, ou seja, na manipulação da sociedade civil em suas múltiplas formas de violências e outras sórdidas estratégias de colonização do pensamento coletivo. (COSTA, 2013, p. 242)

Personalidades políticas como Margaret Thatcher tornaram-se referência quanto à forma de governo neoliberal. Durante a década de 1970 e 1980 vários países vivenciaram o avanço do neoliberalismo em sua política econômica.

Apenas no final dos anos 70, início dos 80, tais indicações [neoliberais] transformam-se em programa de governo, com Margareth Thatcher (Inglaterra, 1979), Ronald Reagan (EUA, 1980), e Helmut Kohl (Alemanha Ocidental, 1982). A partir de então, é possível identificar um giro em direção a essas proposições no capitalismo avançado, guardadas as particularidades de cada país, e destacando a resistência sueca na aplicação do novo receituário, que foi implementado inclusive pelos governos da social democracia europeia. (BEHRING, 2006, p. 13)

Entre as ações tomadas por Margaret Thatcher, ressalta-se como exemplo, a redução dos direitos trabalhistas, a privatização de empresas públicas e a abertura do mercado interno para investimentos estrangeiros. Seu governo foi marcado pela restrição dos direitos sociais e trabalhistas. Sua principal meta foi o reajuste econômico.

O neoliberalismo é marcado por ações estatais focadas no mercado. Segundo Adam Smith a livre concorrência e a regulação “natural” do mercado trariam a sociedade o estímulo para que ela continuasse em crescimento tanto social como econômico. (Júnior, 2012) O bem-estar social seria estimulado a partir do crescimento econômico e do avanço das novas tecnologias. A mão-invisível do mercado se encarregaria de manter o equilíbrio econômico e social, sendo assim não haveria a necessidade de intervenção do Estado nas expressões da questão social.

Nesse sentido, o bem-estar pode ser um efeito não intencional da avareza. A “loucura das leis humanas” não pode interferir nas leis naturais da economia, donde o Estado deve apenas fornecer a base legal, para que o mercado livre possa maximizar os “benefícios aos homens”. (BEHRING, 2006, p. 05)

A não intervenção do Estado, de acordo com o liberalismo, se estende aos direitos sociais e trabalhistas.

Relação semelhante se mantém com os trabalhadores: não se deve regulamentar salários, sob pena de interferir no preço natural do trabalho, definido nos movimentos naturais e equilibrados da oferta e da procura no âmbito do mercado. Trata-se da negação da política e, em consequência, da política social. (BEHRING, 2006, p. 06)

Desta forma, o neoliberalismo se consolida a partir da máxima de não intervenção do Estado nas questões sociais. Mas, há a necessidade de intervenção estatal para manter a “re” produção do capitalismo.

Tal argumento, em defesa de um capitalismo livre de regras, como em Smith no século XIX, emergiu, no entanto, num contexto desfavorável: o período de crescimento mais rápido da história do capitalismo, fundado no intervencionismo estatal, a grande quimera dos neoliberais (os anos que vão de 1945 a final dos 60). (BEHRING, 2006, p.12)

Diante do avanço do neoliberalismo no final da década de 1980 e início da década de 1990 o Brasil sentia os impactos de tal ideologia. No início da década de 1990 a economia mundial passava por uma grave crise econômica. O Brasil também sofria com os impactos da crise econômica.

A crise econômica desencadeada nesta época iniciou-se no mercado do petróleo e teve impacto nas demais políticas econômicas e em diversos países. Nos países da Europa o neoliberalismo foi utilizado para conter a crise. Tendo como espelho os países europeus, o Brasil também utilizou o neoliberalismo para nortear as ações do Estado perante o uso dos recursos públicos. Durante a década de 1990 o Brasil teve sob o governo Fernando Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, os quais contribuíram para o avanço do neoliberalismo nas ações estatais.

Fernando Collor de Mello foi o primeiro candidato eleito sob o voto popular no Brasil, após um longo período de ditadura militar. Collor de Mello foi eleito, em 1989, com 53% dos votos contabilizados para exercer mandato de 05 anos, o qual se iniciou em 1990. Em seu discurso eleitoral Collor de Mello prometeu focar a sua atuação no combate da corrupção, no controle da inflação e na modernização do país. Todavia sua atuação foi bem diferente do

prometido. (Polignano<sup>2</sup>)

Uma das medidas adotadas para combater a crise econômica foi o Plano Collor. Este plano consistia no congelamento das poupanças e das aplicações financeiras e mudança da moeda nacional de Cruzado Novo para Cruzeiro. Após 06 meses de implementação do Plano Collor o mesmo não tinha mais efetividade com isso a inflação voltou a crescer.

Durante seu mandato o número de pessoas desempregadas aumentou muito. Logo após o início de seu mandato Collor aprova a abertura do mercado interno para exploração de capital estrangeiro. Muitas empresas decretaram falência ou foram vendidas para investidores internacionais devido a dificuldades encontradas pela concorrência com o capital estrangeiro. Neste período a política de saúde passa a ser uma área de exploração do mercado financeiro. Grandes empresas farmacêuticas tiveram as portas abertas para a exploração deste mercado no Brasil. (Polignano) Antes mesmo da implementação efetiva do SUS o Estado inicia o seu desmonte.

Em 1991, Fernando Collor de Mello é acusado de corrupção e de apoiar um esquema de tráfico de influências liderado pelo seu tesoureiro de campanha Paulo César Farias. Tal acusação teve um impacto muito grande na sociedade brasileira. Em 11 de agosto de 1992 ocorreu a manifestação dos “caras pintadas”, liderada pela União Nacional do Estudante – UNE. Os “caras pintadas” reivindicam a renúncia do então presidente. No mesmo mês da manifestação, é concluído o inquérito que comprova o esquema de corrupção. Porém antes que o senado aprovasse a sua cassação, Collor renuncia ao cargo de presidente da república. Apesar da renúncia de Collor, o senado vota a sua cassação deixando Fernando Collor inelegível por 08 anos.

Com a renúncia de Collor, quem assumiu a Presidência da República é o seu vice Itamar Franco. Itamar Franco baseia suas ações em medidas que diferem em muitos aspectos das ações de Collor de Mello, contudo as bases da política econômica prevalecem. Franco nomeia Fernando Henrique Cardoso – FHC - para o cargo de ministro da fazenda com a finalidade de controlar as taxas de inflação do país. Fernando Henrique Cardoso junto com demais economistas e profissionais da área elabora um estudo para entender as falhas dos demais programas de controle da inflação aplicados nos governos anteriores. A partir da conclusão de seus estudos FHC elabora o Plano Real.

O Plano Real tem como finalidade a troca da moeda nacional e a sua equiparação com o dólar. A troca da moeda se deu de forma gradual e controlada, ao contrário dos planos de

---

<sup>2</sup> <http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-politicas/ARQUIVOS%20PDF/Hist%C3%B3ria%20das%20pol%C3%ADticas.pdf>

controle da inflação que trocava a moeda em circulação “da noite para o dia”. O Plano Real ajudou a diminuir a inflação de 764% ao ano para 6% ao ano. Embora Itamar Franco utilize o neoliberalismo como base política em sua gestão, ele diminuiu o número de aparelhos estatais privatizados. (Costa, 2013)

Em 1995 Fernando Henrique Cardoso assumiu a Presidência da República permanecendo no cargo até 2002. No governo de FHC, ganha força as ações para mercado interno e externo e ficam relegadas as políticas sociais. Os investimentos em saúde, educação, moradia e transporte, por exemplo, se tornaram mínimos, cumprindo apenas as obrigações legais do Estado frente aos direitos sociais.

O desvio do uso dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para outras áreas de governos, ocorrido no início dos anos 1990, foi o prenúncio de decisões voltadas à não implementação das conquistas constitucionais que eram regulamentadas nas leis orgânicas da saúde, vetadas substancialmente. A implementação do SUS conduzida pelo Ministério da Saúde, que requeria a extinção do Inamps, foi protelada, impossibilitando e retardando o avanço do projeto constitucional da Reforma Sanitária. Mais tarde, enquanto a institucionalidade da saúde era implementada, a gestão do SUS foi sacrificada pela Reforma do Estado, cujo interesse era substituir o modelo burocrático da administração pública por um modelo gerencial com ênfase nos resultados. (COSTA, 2013, p. 244)

Para Rezende (2004), a Reforma do Estado proposta no governo de FHC tinha como princípio que as Funções do Estado deveriam ser de coordenação e financiamento das políticas públicas e não de execução. Traz uma como defesa que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. (Rezende, 2004 p. 2)

As “parceiras” do Estado com o setor privado e o Estado mínimo para as políticas sociais e máximo para o mercado, ganham força, a partir do Plano de Reforma do Estado, 1995, idealizado e liderado por Bresser Pereira, então ministro da fazenda no governo de FHC. Tal plano tinha como finalidade reorganizar a administração pública, sendo o foco a diminuição dos gastos estatais e a melhoria da eficiência do Estado. As mudanças propostas por Bresser Pereira atingiram todas as áreas e esferas de governo, dos ministérios até às secretarias municipais.

No Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, o Governo Federal concebeu o Estado, com 04 (quatro) setores importantes: a) O Núcleo Estratégico - papel exclusivo do Estado de preparar, definir e fazer cumprir as leis, estabelecer relações diplomáticas e defesa do território. b) Os Serviços Monopolistas de Estado - atividades exclusivas do Estado, cujo principal usuário é o próprio Estado, não constituindo atividades lucrativas. Embora o

governo defendesse mantê-los com o Estado, para estes serviços propôs o que chamou de modelo de gestão gerencial, como as agências autônomas, serviços sociais autônomos, com o objetivo de assegurar-lhes a flexibilização das relações de trabalho e dos controles da sociedade sobre as políticas públicas. c) Os Serviços Sociais Competitivos – para este setor o Governo indicou a livre disputa de mercado entre as instituições privadas, sob a justificativa de promover a eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas. Propôs a estruturação das Organizações Sociais (OSs), que seriam entidades de direito privado”, sem fins lucrativos, que deveriam manter Contratos de Gestão com o Governo Federal. d) O Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado - Seriam aqueles constituídos, na época, por empresas públicas que garantiam acesso da população a bens e serviços de infraestrutura, como a Água, Luz, Correios, Bancos, Pesquisas etc, que o Governo entendia que deveriam ser transferidas para empresas lucrativas (para o mercado). (Rezende, 2004, p. 3)

No Processo de implementação destas propostas de Reforma do Estado, operadas a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, o Governo apresentou várias Emendas Constitucionais, na qual destacamos a Emenda Constitucional nº 19 de 1998, que regulamento a parceria pública privada na gestão, administração e operação de serviços das políticas sociais ou outras áreas sociais.

A legislação permite ao Estado estabelecer parcerias com os serviços privados, de forma complementar, no âmbito da oferta de alguns serviços sociais públicos. No entanto, sob influência do ideário neoliberal, há uma tendência de inversão, ou seja, o Estado além de não garantir políticas sociais públicas universais, que seriam de sua responsabilidade, o pouco que disponibiliza aos cidadãos, oferece por meio da compra de serviços privados, do mercado, a exemplo, da execução do transporte público através de licitação, pregão, ou outras modalidades de contratação de serviços privados. A empresa contratada passa a oferecer o serviço de transporte público, em contrapartida o Estado fornece os recursos necessários, de acordo com o contrato, como a frota de ônibus, recursos financeiros, contratação de mão de obra, entre outros. O papel do Estado, neste caso, passa a ser o de fiscalização e acompanhamento da prestação do serviço, sendo a empresa responsável pela execução do mesmo. Na área da saúde o Estado abrir espaço para as OS - Organizações Sociais - que passam a atuar na saúde pública.

Em 1997, por meio da Medida Provisória nº 1591, o governo estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de “Organizações Sociais (OS’s)”, as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a serem “parceiras do Estado”, na

condução da “coisa pública”. Aprovou-se no Congresso Nacional a Lei n.º 9.637 de 15 de maio de 1998 que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicitação, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”. (REZENDE, 2004, p. 3-4)

Na saúde houve a Projeto de Emenda Constitucional 32 - PEC -, que visava o fim da universalidade da saúde pública.

As principais propostas de mudanças da Constituição recaíram sobre o Capítulo da Administração Pública; das Políticas Sociais, principalmente, sobre a Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), e desta, uma proposta de alteração constitucional na área da Saúde, a chamada PEC 32 - Proposta de Emenda Constitucional número 32-, que pretendia acabar com a universalidade do SUS. Graças a uma grande mobilização nacional em defesa do SUS, está PEC 32 acabou sendo retirada pelo Governo. (REZENDE, 2004, p.03)

A livre concorrência entre as empresas e a interferência do Estado, que deveria ser a mínima possível, iria desenvolver o mercado e por consequência desenvolver a sociedade.

No Plano de Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto de 1995, [...]. Avalia ainda, que se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública[...] Aquele modelo de gestão do Estado, chamou de “administração gerenciada”. (REZENDE, 2004, p. 02)

Na área da saúde houve um aumento do número de planos de saúde e da rede privada de atendimento à saúde, bem como do Terceiro Setor nos serviços de saúde pública. Os direitos sociais conquistados na CF/88, encontram dificuldades de ser implementados na década de 1990. Durante a década de 1990 Lula fez oposição às políticas adotadas pelo governo. Durante as eleições que ocorreram no ano de 2002 Lula se elege Presidente da República. As pautas usadas para fazer oposição aos governos da década de 1990 são usadas como promessas de mudanças para a classe trabalhadora, entre elas a luta pela consolidação do SUS.

#### 2.4 A política de saúde nos Anos 2000: contradições entre os ideários da reforma sanitária, ações reformistas e mercantilização da saúde.

Durante a constituinte de 1988 e os anos de 1990, o Partido dos Trabalhadores – PT teve importante papel na política brasileira atuando veemente em favor dos trabalhadores. A

década de 1990 foi marcada pela forte influência da ideologia neoliberal nas ações governamentais, implementadas fortemente pelo governo de FHC. Neste período o PT tinha como líder Luís Inácio Lula da Silva, conhecido apenas como Lula. Lula atuava como oposição de governo, inflando o debate político sob a importância de ações de governo em prol da população.

No governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC houve ações voltadas ao combate à pobreza e à fome no Brasil. Programas tais como Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação e Auxílio gás estavam voltados ao combate da fome e da pobreza extrema, tendo seu foco nestes seguimentos. Contudo, estes programas de governo não tinham articulação com as demais áreas como a saúde, a educação e o saneamento básico e atendiam um número reduzido de famílias. A saúde foi uma das áreas que mais sofreram durante os anos de 1990. O SUS, apesar da regulamentação, não foi implementado em sua totalidade.

Nos anos 1990 houve um enfraquecimento do desempenho do Ministério da Saúde na formulação de políticas e na coordenação nacional do SUS, que pode ser explicado como consequência, entre outros fatores, da ausência de pessoal permanente e qualificado para o exercício do papel formulador e indutor de políticas esperado para aqueles órgãos. As mudanças ocorridas nesse cenário após 2003, com a incorporação de novos profissionais concursados, não foram suficientes para resolver o grave problema da força de trabalho permanente, o que contribuiu para dificultar mudanças no Ministério da Saúde, permanecendo o caráter burocrático de organização, que opera por meio de ações fragmentadas e desarticuladas, com baixa capacidade técnica normativa e de indução de políticas. (COSTA, 2013, p. 247)

Lula defendia a articulação de todos os setores do Estado com o objetivo de promover uma reforma social. Ou seja, buscava-se estabelecer e implementar mudanças no modelo de proteção social brasileiro.

As mudanças no modelo de proteção social começaram com o estabelecimento do primeiro governo civil e foram inscritas na Constituição de 1988, tendo como horizonte a universalização do acesso à seguridade, à saúde e à educação básica. No plano da distribuição das responsabilidades pelo provimento de bens e serviços sociais entre níveis de governo, concebeu-se um modelo de federalismo cooperativo descentralizado, com significativa ampliação das atribuições dos municípios. A essas mudanças no desenho e escopo das políticas e nas competências federativas correspondeu uma nova estrutura de financiamento dos gastos sociais, caracterizada por acentuada descentralização fiscal. (ALMEIDA, 2004, p. 09)

Assim sendo, o novo modelo de proteção social estabelecia, a partir da CF/88, uma nova forma de financiamento, gestão e responsabilização do governo sob as políticas sociais,



em especial sob a Seguridade Social.

A mudança de governo em 2003 elevou as expectativas em relação às políticas sociais, particulares a saúde, cuja situação real se distanciava significativamente do projeto constitucional. A expectativa central era de que seriam rompidas as bases neoliberais pela ampliação e pelo fortalecimento da presença do Estado nas políticas sociais, proporcionais bem-estar e promovendo os direitos sociais. Entretanto, no caso da saúde, até o presente momento, as políticas implementadas não desestabilizaram o núcleo da agenda liberal, que avança e ameaça o direito universal à saúde. (COSTA, 2013, p. 244)

Lula assume a Presidência da República por meio de uma eleição, na qual seu partido político fez uma coligação com um conjunto de partidos políticos, com bases ideológicas com algumas aproximações, mas na sua grande maioria muito divergentes, se não, opostas. Na área social Lula teve um grande desafio.

Assim, Lula começou a governar tendo em mãos duas propostas para a área social, ambas situando os mais pobres no centro da política social do novo governo. A primeira, vinda do partido, era excessivamente complexa — requeria a articulação entre vários ministérios e níveis de governo — e alicerçava-se num diagnóstico equivocado. A segunda, por não ser do partido, sofreu veementes críticas de parte de seus quadros intelectuais. Na verdade, para além das mensagens de campanha o PT não havia formulado durante seus anos na oposição um diagnóstico mais denso dos desafios na área social, capaz de obter consenso partidário e de fundamentar prioridades de ação claras. Em consequência, os primeiros passos do novo governo na área social foram na direção de iniciativas de forte impacto simbólico em âmbito nacional e internacional. (ALMEIDA, 2004, p. 13-14)

Em seu primeiro ano de mandato Lula unifica os programas sociais existentes no programa Bolsa-Família. O Programa Bolsa-Família tem a finalidade de combate à fome e à pobreza extrema, porém ele também tinha a finalidade de atuar na articulação de vários setores do Estado. A articulação do Estado se desdobra em condicionalidades que o beneficiário tinha que cumprir para continuar a receber o repasse do programa, por exemplo, no caso do Bolsa-Família. O programa exigia que o beneficiário tivesse o cartão de vacinação das crianças e dos adolescentes atualizado, as mulheres têm que fazer acompanhamento ginecológico e as gestantes devem fazer o pré-natal. Desta forma o governo ampliou sua atuação no combate à fome e à pobreza. A demanda de atendimento à rede de saúde aumentou devido à abrangência do programa.

Segundo Meninucci (2011) a política de saúde no início do governo Lula, teve mudanças significativas e continuidade do governo FHC.

De modo geral, no aspecto endógeno específico do setor saúde, a gestão do governo Lula foi um misto de continuidade e mudança. Foram adotadas medidas de caráter incremental no longo e complexo processo contínuo de implementação do SUS e que aparentemente não trazem nada ou muito pouco de inovações. Mas uma análise mais apurada aponta algumas inovações, seja no campo da organização da assistência, da gestão e da forma de alocação de recursos. Chamo a atenção ainda para o problema persistente do subfinanciamento do SUS, tema mais presente no debate público, e da forma de enfrentamento dessa questão no governo Lula. (MENINUCCI, 2011, p. 524)

No decorrer do mandato de Lula houve significativos avanços na implementação e consolidação do SUS como política nacional de saúde pública. Programas como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e Brasil Sorridente, foram criados e implementados em seu primeiro mandato. Na área da saúde sua principal ação foi o Pacto pela Saúde.

O Pacto é um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e tem três componentes: o Pacto pela Vida, que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitários considerados prioritários, a ser implementado pelos entes federados; o Pacto em Defesa do SUS, que expressa um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde, o que inclui a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; o Pacto de Gestão do SUS, que valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão – entre outras coisas, cria colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. As transferências dos recursos federais também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), reduzindo drasticamente a fragmentação dos recursos e respondendo a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais e buscando consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos. (MENINUCCI, 2011, p. 525-526)

Durante o segundo mandato do presidente Lula houve a edição da emenda constitucional nº 19/1998 a qual autoriza a administração pública a adota regime de direito privado em seus órgãos e entidades pertencentes à administração pública. Resgate também o Decreto Lei nº 200 de 1967 o qual versa sobre a reforma na administração pública e a descentralização da mesma. A partir de tais mudanças na legislação brasileira a saúde passa a contar com parceria pública privada para a execução de suas atividades finalísticas e não

finalísticas. De acordo com Baptista (2010), em relação aos dois governos Lula, “Enquanto o primeiro enfatizou a redução da desigualdade e maior inclusão social, o segundo apresentou orientação fortemente econômica, visando à aceleração do crescimento”.

As ações governamentais do primeiro governo Lula tiveram como norte o Plano Nacional pela Saúde que foi traduzido pelo Pacto pela Saúde. O Pacto pela Saúde tinha como objetivo o fortalecimento do SUS como política pública de saúde, a diminuição da desigualdade social e a inclusão social. Já no segundo mandato havia Plano Mais Saúde com ações voltadas ao Programa de Aceleração do Crescimento – PAC -, Plano de Desenvolvimento da Educação e ampliação da agenda social. Na saúde o governo voltou suas ações à ampliação das unidades de saúde. (Baptista, 2010)

De 2010 a 2014 que há o fortalecimento das Organizações Sociais, Fundações Estaduais de Direito Privado, Organização Social da Sociedade Civil, entre outras modalidades de parceria público - privado com o Estado (Baptista, 2010). Assim houve um “freio” no avanço da política de saúde pública por meio do SUS. Em vez da aplicação dos recursos públicos irem ao encontro com o projeto do SUS eles foram aplicados em parcerias públicas privadas. Após os dois mandatos de Lula, Dilma vence as eleições presidenciais. Dilma sucede a Lula na Presidência da República sob a legenda do PT. Durante o governo de Dilma Rousseff, em continuidade ao governo Lula, houve a ampliação das Unidades de Pronto Atendimento - UPAS, implantação do Programa Mais Médicos, por exemplo. Os governos de Lula e Dilma realizaram importantes ações em prol da saúde pública, contudo houve também ações em prol do mercado.

As iniciativas de mudanças nas modalidades de gestão do sistema ou de suas instituições no período foram barradas por interesses corporativos, como no caso da criação de fundações de direito público, propostas para solucionar graves situações da gestão pública que dificultavam melhorias na oferta de serviços à população. De fato, o aumento da complexidade e da pressão de demanda que verificamos atualmente pressiona o Estado pela incorporação de tecnologias, informatização e modernização administrativa, incluindo estratégias de gestão de recursos humanos comprometidos com os serviços e com a assistência a população. (COSTA, 2013, p. 248)

O governo de Dilma Rousseff foi voltado à continuidade das ações de seu antecessor tendo em vista o processo de contenção da crise econômica mundial que vários países. (IPEA, 2015).

Deve ser reconhecida a existência de um movimento virtuoso de fortalecimento da produção e inovação tecnológica na saúde com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, que ficou conhecido como “Mais Médicos”, criado no segundo governo Lula. Mas esse movimento é

ainda insuficiente para provocar mudanças na evolução da balança comercial do complexo econômico industrial da saúde, cuja evolução negativa é marcante: de 3,00 em 2003, para 9,51 bilhões de dólares em 2010. (COSTA, 2013, p. 250)

Há autores que compreendem que no período dos governos de Lula e Dilma, foram implementadas medidas voltadas para o neodesenvolvimentismo, a exemplo das reflexões de Júnior (2012), que ao destacar que o neodesenvolvimentismo esteve presente tanto no governo Lula quanto no governo Dilma, assim afirma:

o neodesenvolvimentismo é o desenvolvimentismo da época do capitalismo neoliberal. O problema é complexo e esse é um tema sobre o qual não desejo ser taxativo. Por ora, destacaríamos seis diferenças. O neodesenvolvimentismo: a) apresenta um crescimento econômico que, embora seja muito maior do que aquele verificado na década de 1990, é bem mais modesto que aquele propiciado pelo velho desenvolvimentismo, b) confere importância menor ao mercado interno, posto que mantém a abertura comercial herdada de Collor e de FHC c) atribui importância menor à política de desenvolvimento do parque industrial local (apud Bresser-Pereira, 2012) d) aceita os constrangimentos da divisão internacional do trabalho, promovendo, em condições históricas novas, uma reativação da função primário-exportadora do capitalismo brasileiro, e) tem menor capacidade distributiva da renda e f) o novo desenvolvimentismo é dirigido por uma fração burguesa que perdeu toda veleidade de agir como força social nacionalista e antiimperialista. Todas essas seis características, que se encontram estreitamente vinculadas umas às outras, fazem do neodesenvolvimentismo um programa muito menos ambicioso que o seu predecessor e tais características advêm do fato de o neodesenvolvimentismo ser a política de desenvolvimento possível dentro dos limites dados pelo modelo capitalista neoliberal. (JÚNIOR, 2012, p. 06)

A identificação de tais características do neodesenvolvimentismo denota que possivelmente tal estratégia tenha sido usada sob os limites do próprio Estado brasileiro de feição oligárquica, conservadora e desigual, um Estado historicamente capturado pelo capital nacional e internacional.

Atualmente o Brasil vive um processo de desmonte desenfreado da política pública de saúde, da seguridade social e dos direitos dos trabalhadores. São várias medidas e projetos de leis que vem avançado no congresso e na câmara legislativa, bem como projetos e proposta no executivo. Ganha destaque nesse momento a proposta do Ministro Interino da Saúde, no Governo Interino de Michel Temer, de criação de Planos Populares de Saúde, tendo inclusive criado uma Portaria do Ministério da Saúde de nº. 1.482 de 04 de agosto/2016, instituindo um grupo de trabalho para discutir “plano de saúde acessível”.

No Distrito Federal ganha força a proposta de Organizações Sociais para a gestão de hospitais públicos e também para a gestão de serviços de saúde de outros níveis de

complexidade. Fica claro que Durante as crises cíclicas do Capital é onde se acha “brechas” para o desmonte das políticas públicas sociais arduamente conquistadas pela classe trabalhadora.

A saúde deve ser vista como investimento estatal e não como gasto público. Países onde há uma política de saúde pública eficaz e universal as demais áreas do Estado também são beneficiadas.

Nenhum país pode ser considerado desenvolvido enquanto houver precariedade das condições de saúde de sua população. A defesa da visão ampliada da saúde como um direito social constitui uma premissa, inclusive ética, para a definição do desenvolvimento justo e adequado ao país. É, pois, enganoso e falacioso sustentar argumentos que vinculam as responsabilidades públicas para com a saúde ao crescimento econômico e, mais ainda, para justificar limitações a políticas universais e restrições ao gasto em saúde. Por outro lado, já não são mais admitidos os falsos dilemas, demasiadamente difundidos no passado, baseados em uma dimensão econômica restrita para tratar o tema do desenvolvimento. [...]. Nessa perspectiva, é fundamental adotar como diretriz política a inclusão da saúde como eixo do projeto de desenvolvimento do país e, para isso, romper o isolamento existente hoje do setor saúde. O consenso atual é de que só serão alcançadas melhorias se as transformações ultrapassarem o setor saúde e abarcarem outras áreas comprometidas com as necessidades e os direitos sociais, em uma concepção alargada de seguridade social envolvendo previdência social, assistência social, educação, segurança alimentar, habitação, urbanização, saneamento e meio ambiente, segurança pública, emprego e renda. Assim, a saúde, na qualidade de direito instituído, poderá instituir-se como fator básico para a cidadania e parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento. (COSTA, 2013, p. 241)

## **03. Capítulo II – Os Hospitais Universitários Federais E A Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares.**

### **3.1 Breve contextualização histórica dos Hospitais Universitários Federais.**

O Hospital é uma instituição muito antiga na história da humanidade, transformando-se ao longo de sua secular trajetória, associada às mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais, como pelas descobertas científicas e avanços tecnológicos. Os primeiros registros sobre a existência de hospital remontam aos primeiros séculos da era Cristã, no Séc. IV d.C. Os hospitais surgem ligados a instituições religiosas, com a missão não para a cura dos pacientes, mas dissociado do exercício da medicina, voltava-se para a salvação espiritual dos indivíduos. A partir do século XVIII ao século XX os hospitais passaram a ser instrumento terapêutico, a desenvolver técnicas e tratamentos de saúde aos enfermos hospitalizados. Os hospitais passaram a ser um campo de desenvolvimento de pesquisas, contudo, mantiveram a assistência médica. (Araújo e Leta, 2014)

Até esse momento da história, o hospital assumia a atribuição de abrigar e cuidar dos doentes, especialmente os pobres. Era, portanto, um lugar de assistência, mas também de exclusão, sem preocupação com a cura, mas à espera da morte. Tal significação ganha novos contornos no século XVIII, quando o hospital passa a ser percebido como uma instituição com potencial terapêutico, ou seja, que tem capacidade de intervir sobre a doença e o doente, proporcionando a cura. Nessa nova concepção, o hospital ganha o atributo de hospital médico, resultado de dois fatores que modificaram substancialmente as práticas hospitalares: a mudança de foco da intervenção médica e o estabelecimento de regras para o espaço hospitalar. Nesse processo de medicalização do hospital, o profissional médico passa a ser o principal ator da instituição, o responsável pela organização do espaço e das práticas hospitalares. Tal papel não existia até o século XVIII, pois o trabalho médico era essencialmente realizado fora dos hospitais, em consultas privadas. (ARAÚJO e LETA, 2014, p. 1264)

A medicina estava se desenvolvendo, as práticas curativas conhecidas eram poucas, desta forma o hospital era um local aonde os enfermos iam para receber cuidados paliativos. Posteriormente com o desenvolvimento da medicina e a descoberta de novas formas de tratamento os hospitais passaram a ser um campo de prática dos estudantes de medicina. A princípio os estudantes de medicina tinham os hospitais filantrópicos como campo para a prática dos conhecimentos adquiridos em sala de aula e também como local para o desenvolvimento de pesquisa para o tratamento de doenças.

Essa nova rotina hospitalar determinou um novo papel para o hospital, o ensino. O hospital torna-se uma grande sala de aula prática, cujos médicos não apenas exercem e lideram a assistência aos enfermos, mas também se tornam reconhecidamente os profissionais com competência para o ensino médico. O acompanhamento do doente à beira do leito era considerado a peça fundamental para a formação do profissional médico. Nesse sentido, o hospital passa a ser visto não mais como um espaço de morte dos excluídos e de doentes de guerra, mas, cada vez mais, como um espaço de cura e formação de profissionais. (ARAÚJO e LETA, 2014, p. 1264-1265)

Os hospitais de ensino, como passam a ser chamados, a partir do século XX incorporam em sua categoria de ensino outros profissionais da área da saúde. Sendo assim os hospitais de ensino ampliam o seu campo de pesquisa e assistência hospitalar a outras disciplinas como enfermagem.

No final do século XX, com a Declaração de Alma Ata, na qual a saúde passa a ser encarada como um direito de todos e incorpora as abordagens sociais além da biológica, a assistência à saúde passa a ter o caráter cada vez mais interdisciplinar, no sentido de demandar a integração de profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Nesse contexto, Braga Neto, Barbosa, Santos (2008, p.665) afirmam que os sistemas nacionais de saúde passaram por profundas transformações ao longo das últimas décadas não apenas no tocante a suas orientações políticas, padrões de financiamento e princípios e diretrizes relativos à organização da rede de serviços, mas também quanto ao modelo de atenção à saúde adotado. Todas essas transformações suscitaram uma reavaliação das implicações sociais e econômicas da instituição hospitalar, bem como um questionamento e redefinição sobre seu papel na atenção e no sistema de saúde (apud Healy, Mckee, 2002). (ARAÚJO e LETA, 2014, p. 1265 apud BRAGA NETO, BARBOSA, SANTOS, HEALY e MCKEE)

A partir do relatório Flexner<sup>3</sup> no ano de 1910, os hospitais escola passaram por uma importante reforma. Tal relatório visava à definição dos objetivos do hospital escola, a reorganização do hospital perante o ensino e a pesquisa e a formalização dos convênios entre o hospital e a escola ou universidade de origem dos alunos e professores. Algumas universidades federais tinha o próprio hospital escola e outros hospitais escolas eram ligados a instituições religiosas como a Santa Casa de Misericórdia. (Araújo e Leta, 2014)

No Brasil, em meados do século XVIII, as Santas Casas de Misericórdia eram espaços destinados à assistência médica hospitalar e a formação dos estudantes de medicina. Contudo não havia o reconhecimento oficial desta parceria entre a Santa Casa de Misericórdia e as

---

<sup>3</sup> O Relatório Flexner, financiado pela American Medical Association, apresentou um amplo diagnóstico da situação das escolas e da educação médica nos EUA e no Canadá (Lampert, 2002). O relatório identificou uma série de problemas relacionados ao ensino médico desses países, entre eles, a falta de relação entre a formação científica e o trabalho clínico e a falta de controle administrativo e organizacional das escolas médicas sobre os hospitais de ensino, que serviam de campo prático para seus alunos. O relatório propunha algumas recomendações que visavam não somente uma mudança curricular, mas também mudanças estruturais, como a construção de um hospital próprio e a integração da missão pesquisa às missões tradicionais de ensino e assistência. Tal integração passou a ser um requisito para o credenciamento e a avaliação dessas instituições naqueles países (Rodrigues, 1999). Esse novo conceito de hospital, vinculado formalmente às escolas médicas e que pressupõe a integração da pesquisa ao ensino e à assistência, também se difundiu pelo mundo, passando a coexistir com o modelo anterior. (Araújo e Leta, p. 1265, 2014)

escolas de medicina. O primeiro hospital a ter um convênio formal com uma escola de medicina foi a Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro em 1892. Ele passou a compor o sistema de saúde filantrópica no Brasil disponibilizando leitos e servindo como campo para a formação de novos médicos. Já no ano de 1931 foi inaugurado o primeiro hospital escola, construído com a finalidade de ensino e pesquisa, ligado a Escola de Medicina de Belo Horizonte e ao Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte. (Araújo e Leta, 2014) Os HU's eram entendidos como

centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área de saúde, que prestam serviços à população, elaboram protocolos técnicos para diversas patologias e oferecem programas de educação continuada, que permitem atualização técnica dos profissionais do sistema de saúde (apud Brasil, 2012). (ARAÚJO e LETA, 2014, p. 1262 apud BRASIL)

São hospitais escolas os hospitais destinados ao ensino, à pesquisa e à assistência médica. Sendo assim há hospitais que são ligados a Instituições de Ensino Superior; Escola de Ensino Superior; Universidade Federal, Estadual ou Municipal, particular ou pública; assim como pode não ter um vínculo exclusivo a uma Instituição de Ensino Superior.

Durante a década de 1980 os Hospitais Universitários Federais - HUF's foram incluídos como entidade que compõe a política de saúde pública. Após a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1988, os HUF's passaram a realizar atendimento de saúde por meio de convênios com o SUS. Os HUF's realizam atendimento de alta complexidade como cirurgias, tratamento de câncer, transplantes, entre outros. Segundo a Lei 8.080/ 1990 no Art. 45, os HUF's exercem autonomia administrativa em sua unidade recebendo recursos tanto do Ministério da Saúde - MS e do Ministério da Educação - MEC.

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado. (BRASIL, 1990)

Para compor o SUS o HUF's vinculou-se ao mesmo por meio de convênio ou contrato estabelecido entre as partes. Após a vinculação dos HUF's ao SUS o Governo Federal



estabeleceu as diretrizes e normas para a celebração do contrato assim como definiu a forma de financiamento para o hospital. Durante a década de 1980/90, após a vinculação dos Hospitais de Ensino ao SUS, o Governo Federal definiu as “regras do jogo” estabelecendo normas e diretrizes para o trabalho. (Primo, Alves, Gomes e Brito, 2008.) Entre os valores estabelecidos para os Hospitais Escola estão a eficiência e a eficácia.

A eficiência pretendida seria alcançada mediante a ênfase nas “regras do jogo” caracterizadas por estruturas de incentivo - orientadas para a distribuição de recursos; na avaliação de desempenho - reconhecida com o impulsionador de mudanças; e, ainda, na arquitetura legal-institucional dos programas de reforma. Como instrumento de implantação dessa política, o Governo lançou mão das Normas Operacionais da Saúde (Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais Básicas – NOB 01/93 e, principalmente, a NOB 01/96), que previam repasse de recursos diretamente aos municípios, por meio do PAB (Piso Assistencial Básico), dependente do tamanho da população, e uma parte variável com posta de incentivos ao PSF (Programa de Saúde de Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários). Gestão Plena, passaram a exercer sua autonomia no repasse dos recursos e na compra de serviços dos prestadores públicos e privados, inclusive dos hospitais universitários. Os gestores locais, a partir da Gestão Plena, passaram a exercer sua autonomia no repasse dos recursos e na compra de serviços dos prestadores públicos e privados, inclusive dos hospitais universitários. (PRIMO, ALVES, GOMES e BRITO, 2008, p.31)

Para responder as diretrizes do Governo Federal e cumprir com as Normas Operacionais Básicas - NOB - os Hospitais Universitários tiveram que se adaptar. Conforme Primo, Alves, Gomes e Brito (2008)

surgiram, então, com o resposta a essa situação, alternativas de gestão que passaram pela reorientação do modelo assistencial para usuário/paciente, mais flexibilidade na gestão de pessoas (contratação por meio das fundações de apoio, estabelecimento de políticas de incentivo), reorganização da infraestrutura (atualização tecnológica e aumento da capacidade) e ampliação da governabilidade da gestão financeira. [...] A nova proposta organizacional tinha com os princípios gerais: a gestão baseada nos resultados e na racionalização dos recursos; a descentralização das decisões e responsabilidades em cada unidade e de acordo com os recursos existentes; gestão autônoma da UF [Unidades Funcionais], submetida, contudo, às diretrizes da diretoria do hospital e imediata implementação de medidas que reduzissem os custos. (PRIMO, ALVES, GOMES e BRITO, p.31 - 33, 2008)

A partir da incorporação dos hospitais de ensino no SUS eles passaram a ser referência no atendimento de alta complexidade do SUS. Tratamento de câncer, transplantes de órgãos e hemodiálise são alguns tratamento e procedimentos realizados por estes hospitais. Os hospitais de ensino, por serem locais onde o ensino, a pesquisa e a assistência médica estão

em constante avanço e aperfeiçoamento, se tornaram referência para os pacientes atendidos pelo SUS e pela rede privada de saúde. (Toro, 2004).

Os atendimentos realizados pelos hospitais de ensino ampliaram a oferta de serviços públicos de atenção à saúde para os usuários do SUS. Contudo, os HU's não tinham estrutura para atender com a mesma qualidade a demanda que recebiam. (Toro, 2004). Em 2003, os HU's se reuniram com o Ministério da Saúde, da Educação, do Planejamento e da Ciência e Tecnologia a fim de encontrar uma solução para o problema de financiamento, de recursos e de gestão que os HU's enfrentavam desde década de 1990.

Esta comissão estudou e discutiu toda a situação do HU's, principalmente a sua diversidade de problemas e após 18 meses começou a esboçar uma proposta de contratualização que consistia em não somente um aumento financeiro, mas em um contrato que estabelecia metas para, principalmente, quatro tópicos: gestão, inserção no SUS, humanização e qualidade. Aliás, o aumento de receita decorrente desta nova contratualização começou a ser indutor de mudanças: este aumento e o antigo FIDEPS (incentivo para hospitais de ensino universitário) ficou dividido em duas partes: 90% fixa e 10% dependentes do comprimento de metas relacionadas aos tópicos acima. Pela primeira vez, os HUs receberiam mais dinheiro sem necessitar aumentar seu número de atendimento, mas sim de melhorar parâmetros de qualidade. (TORO, 2004, p. 57)

Porém alguns HU's acumulavam uma grande dívida, sofrendo assim os reflexos das crises cíclicas do capital que o país vivenciou durante a década de 1990 e início dos anos 2000.

A questão das dívidas dos hospitais, acumuladas nos últimos anos de arrocho pode comprometer toda a melhoria do plano de contratualização. A maioria dos hospitais alcança o equilíbrio entre despesa e receita com este novo método de financiamento, mas continua sem capacidade de poupança para pagamento de atrasados, que só nos Hospitais de Ensino federais em 2004 alcançava perto de R\$ 400.000.000,00. Os hospitais filantrópicos e estaduais devem ter dívidas equivalentes e urge a necessidade disto ser entendido como um passivo em que o gestor tem responsabilidade pelo desfinanciamento do passado. Esta questão talvez seja a mais complexa porque envolve além do fato acima (desfinanciamento) questões como papel das fundações privadas, erros na gestão, omissão das universidades em reposição de pessoal nos hospitais, desvinculação entre investimentos passados e aumentos de tetos, etc. Mas deve existir a coragem de todas as partes envolvidas na discussão e encaminhamento de solução. (TORO, 2004, p. 57-58)

Como forma de combater a crise dos HU's foram criados programas para auxiliar a gestão dos recursos aplicados no hospital sem que haja prejuízo na qualidade dos serviços prestados e diminuição dos atendimentos.

Nestes últimos anos, os investimentos aconteceram com programas do Ministério da Saúde (REFORSUS, QUALISUS, etc.), dos governos estaduais e pouco das universidades e mantenedoras. Mesmo estes esforços não acrescentaram muitos avanços, pois em alguns casos estavam descolados de programas de manutenção (que são extremamente onerosos) e de custeio financeiro (ausência de teto específico e acréscimo de despesa decorrente de novas tecnologias). É necessário inovar: a recuperação de hospitais como um todo, com financiamentos de reformas e equipamentos, juntamente com acréscimos de receitas que possibilitem cumprir os compromissos decorrentes deste financiamento e não menos importante, um plano nacional de qualificação dos diversos níveis de trabalhadores e gerências em saúde. (TORO, 20014, p. 58)

Os Hospitais Universitários passaram a adotar as Unidades Funcionais que seriam responsáveis pela gestão do hospital. Contudo as UF's teriam vínculo com a Instituição de Ensino Superior a qual seja subordinada.

Em 2003, o novo governo recebeu pela “proa” a crise dos Hospitais de Ensino, com muitos hospitais universitários federais na ponta do iceberg. Um movimento liderado pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue) e encampado pela Frente Parlamentar da Saúde, mediante sucessivas audiências públicas, resultou no envolvimento de quatro ministérios e várias entidades relacionadas ao assunto, entre estas a Abem, contempladas na Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003. Este documento estabeleceu, em seu artigo primeiro, a constituição de uma “Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor”. O resultado mais denso e imediato desta ampla comissão foi a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.0002, de 15 de abril de 2004, que estabeleceu as bases para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portaria Interministerial MEC/MS nº1.006, de 27 de maio de 2004, e Portaria MS no 1.7024, de 17 de agosto de 2004). (LAMPERT, NETO, MORAES e BRENELLI, 2013, p.155)

O primeiro passo para esta vinculação foi a celebração de convênio junto com o Governo Federal por meio do FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa- em 1991. Durante a década de 1990 e os anos 2000 apenas 70% dos leitos dos HU's era destinados ao SUS este número foi ampliado para 100% em 2004. (Carmo, Andrade e Mota, 2007)

Em 2004, novos critérios de certificação das instituições como Hospitais de Ensino foram estabelecidos e, entre os pré-requisitos obrigatórios colocados para a sua certificação, estão a participação nas políticas prioritárias do SUS; a colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção à saúde, e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades regionais; a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS no prazo de quatro anos; e a manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados. (CARMO, ANDRADE, MOTA; p.389; 2007)

### 3.2 Do REHUF à criação da EBSEH: a proposta encontrada para a crise

Tendo em visto o contexto de crise na qual se encontravam os HU's, o governo, sob a pressão de órgãos de fiscalização e da sociedade civil, elaborou saídas para seu enfrentamento. O HU's, diferente dos demais hospitais que compõe o SUS, trabalha com o ensino, a pesquisa e a assistência à saúde. Alguns hospitais de ensino se tornaram referência quanto ao tratamento de patologias graves e tratamentos de alto custo.

Contudo, o financiamento destes procedimentos não acompanhou os custos dos HU's. O financiamento do HU's foi uma questão em constante disputa. O Ministério da Educação era responsável por uma parte dos recursos e o Ministério da Saúde era responsável por outra. Todavia, o seu funcionamento não se deu desta forma.

Em linhas gerais, o MEC é responsável pela despesa de pessoal dessas instituições, enquanto ao Ministério da Saúde cabem os valores repassados mediante pactuação de metas (quantitativas e qualitativas) com o governo federal e estadual. Ainda que os HUFs não pertençam ao sistema de saúde do estado de referência, ele está inserido nesse sistema e pactua a partir disso as suas metas de prestação de serviços — não sem considerar a sua função primária de formação e pesquisa, o que o torna duplamente complexo. (SODRÉ, DRAGO e PERIM, 2013, p. 366)

Assim, os HU's vivenciavam vários problemas quanto a sua autonomia e a falta de financiamento. Segundo Sodré, Drago e Perim (2013), os HU's eram “filhos sem pai”, pois o financiamento dos hospitais sofriam constantes mudanças.

Cabe destacar que a deficiência ou mesmo a ausência de profissionais nos hospitais universitários é um reflexo da junção de vários fatores: a ausência de concursos por parte do MEC; a não responsabilização do MS pela mão de obra desses hospitais no que tange à assistência; a defasagem dos salários oferecidos, o que gera a busca por outros vínculos; a pressão das entidades de controle, como o TCU, proibindo a contratação direta por parte dos hospitais; o não planejamento do governo para o momento atual que demarca elevado número de aposentadorias, ou seja, não houve e não há uma política de reposição desses funcionários de forma a manter o equilíbrio no quadro de pessoal; e o nível de adoecimento e consequente afastamento dos funcionários (Ribeiro et al., 2010). (SODRÉ, DRAGO e PERIM, 2013, p. 366-367)

Devido à falta a falta de autonomia dos HU's o Tribunal de Contas da União – TCU elaborou um estudo e, constatou o funcionamento fora da previsão legal em vários aspectos, a exemplo da contratação de recursos humanos. Desta forma, o TCU e os HU's assinaram acordo<sup>4</sup> para regularizada a situação dos HU's. (Sodré, Drago e Perim, 2013)

---

<sup>4</sup> Acórdão TCU 1520/2006, 2731/2009 e 2813/2009

Atualmente, os HUFs apresentam quadros de servidores insuficientes, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade. Essa conjuntura tem implicado fechamento de leitos e serviços, bem como em contratações de mão de obra terceirizada (situação considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União). (SODRÉ, DRAGO e PERIM, 2013, p.366)

Sob uma crise financeira, administrativa e de pessoal, onde se questionava a falta de autonomia dos HUs para a contratação de pessoal ou para a convocação de concurso público, e compra de materiais, o governo passa a vislumbrar medidas alternativas para a solução do problema.

A via de “salvação” dos HUFs — argumenta o governo federal desde a era Fernando Henrique Cardoso — seria a criação das fundações estatais de direito privado — como unidades gestoras dos hospitais, defendidas inicialmente pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e, em seguida, pelo Ministério da Saúde. (SODRÉ, DRAGO e PERIM, 2013, p. 370)

Sob o comando do Presidente Lula há a edição da Medida Provisória nº 520, a qual versa sobre a criação de uma empresa pública a fim de dar mais autonomia para os HU's. O Decreto nº 7082/2010 que cria o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários – REHUF, com finalidade de solucionar a crise vivenciada pelos HU's, apresenta os seguintes objetivos:

- Instituição de mecanismos adequados ao financiamento, progressivamente e igualmente compartilhados entre os ministérios da Saúde e Educação até 2012;
- Melhorias no processo de gestão;
- Adequação da estrutura física;
- Recuperação do parque tecnológico;
- Reestruturação do quadro de recursos humanos;
- Aprimoramento das atividades, avaliação permanente das mesmas; e,
- Incorporação de novas tecnologias no que se refere ao ensino, pesquisa e assistência. (SODRÉ, DRAGO e PERIM, 2013, p. 370)

O REHUF prevê também, a divisão da forma de financiamento dos HUF's - Hospitais Universitários Federais entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

Porém, o REHUF sofreu fortes críticas quanto a sua forma de atuação e as prioridades do programa.

O Rehuf sugere, nas entrelinhas, uma alteração e um embate na discussão de quem é o dono do hospital universitário. Ao determinar a partilha entre MEC e MS, o governo aponta para um modelo de hospital escola, em que amplia o aspecto da assistência, enquanto reduz o papel da formação, do ensino e da pesquisa. (SODRÉ, DRAGO e PERIM, 2013, p. 371)

Após a edição da Medida Provisória nº 520 houve ampla mobilização popular, pois, os profissionais de saúde e usuários do SUS não estavam de acordo com esta medida. Houve então a 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde na qual discutiram a situação dos HU's. No final do ano de 2010, finalizando o mandato do Presidente Lula, promulga-se a Lei nº 12.550/2010 a qual cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Tal empresa atuará na gestão e administração dos HU's. Sendo uma empresa pública ela tem autonomia para administrar os recursos do hospital, não precisando necessariamente passar pelos processos de licitações, por exemplo.

A EBSEH se enquadra dentro de mais um discurso gerencial industrial que fará a modernização da gestão dos recursos humanos. Primeiro são privatizados equipamentos, exames e terceirizada a contratação de pessoas — considerado o primeiro passo da privatização direta. O segundo passo foi a ameaça de entrega da gestão para uma organização social (OS) ou fundações, mas não foi firmado acordo, pois as negociações do estado com a sociedade não foram favoráveis. Por último, o governo deu um passo atrás. Optou por uma privatização lenta, menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade: a criação de uma empresa pública de direito privado (EBSEH). (SODRÉ, DRAGO e PERIM, 2013, p. 372)

### 3.3 Lei 12.550 de 2011

A EBSEH é uma empresa pública constituída como sociedade anônima vinculada ao Ministério da Educação (MEC), criada pela Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, para integrar as ações do Governo Federal, sob justificativa de recuperação dos HUF's e melhorar a gestão destes hospitais.

Como integrante ao SUS, a EBSEH tem o compromisso de ofertar os serviços de saúde mantendo, porém, seu caráter de hospital escola. A empresa irá atuar na gestão do hospital sem prazo para o fim do contrato tendo a necessidade da Universidade Federal, a qual o HUF esteja ligado, autorizar que a EBSEH assuma a gestão. Os recursos sob a gestão da EBSEH são:

Art. 8ª Constituem recursos da EBSEH:

I - Recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União;

II - As receitas decorrentes:

a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;

- b) da alienação de bens e direitos;
- c) das aplicações financeiras que realizar;
- d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e
- e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais;

III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e

IV - Rendas provenientes de outras fontes.

Parágrafo único. O lucro líquido da EBSEH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência. (BRASIL, 2011)

Assim como

Art. 13. Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres autorizadas a ceder à EBSEH, no âmbito e durante a vigência do contrato de que trata o art. 6 os bens e direitos necessários à sua execução.

Parágrafo único. Ao término do contrato, os bens serão devolvidos à instituição cedente. (BRASIL, 2011)

A administração dos lucros dos hospitais será gerida pelo Conselho de Administração, Diretoria Executiva, Conselho Fiscal e Conselho Consultivo. (Brasil, 2011)

Os atendimentos realizados pelos HUF's que estejam sob a gestão da EBSEH deveram ser gratuitos e seguir as diretrizes do Ministério da Saúde. Os princípios e diretrizes do SUS devem ser cumpridos pelo HUF. A EBSEH poderá solicitar o ressarcimento aos planos privados de saúde cujo usuário tenha sido atendido no HUF. (Brasil, 2011)

De acordo com a Lei 12.550 de 2011 Art. 4º compete a 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, 2011)

Sendo uma empresa pública a EBSEH é isenta de realizar licitação para a compra de material, contratação de empresas auxiliares, contratação de servidores. Entretanto, todos os contratos da empresa devem esta publicados nos sites da mesma e nos sites do HUF a fim de garantir a transparência do mesmo.

Os servidores ligados à Universidade Federal e que estejam lotados no HUF poderão ser cedidos às atividades de assistência médica hospitalar e administrativas. A Lei 12.550/2011 assegura aos servidores ligados à Universidade Federal a manutenção do regime jurídico o qual foi contratado. (Brasil, 2011). Ou seja, é garantida a vigências dos contratos temporários até o cumprimento do prazo estabelecido assim como é garantido aos servidores o regime jurídico único pelo qual foi contratado. Os funcionários contratados após a entrada da EBSEH serão regidos pela CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas. Sendo também autorizada a EBSEH a contratação de funcionário por processo seletivo simples, sem a realização de concurso público.

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

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

§ 2º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput poderão ser prorrogados uma única vez, desde que a soma dos 2 (dois) períodos não ultrapasse 5 (cinco) anos. (BRASIL, 2011)

O regime previdenciário dos servidores da EBSEH ficará a cargo da contratação de uma empresa privada. (Brasil, 2011). A EBSEH traz consigo muitas mudanças em relação à contratação, a parcerias públicas privadas, a administração de recursos, entre outras.



O artigo 8º, da Lei nº 12.550/2011 admite a possibilidade de obtenção de recursos e de lucros e a previsão de que será assegurado à própria EBSEH, de modo que poderá a vir instaurar formas de acesso com o setor privado com interesses financeiros, com priorização aos detentores de planos de saúde em detrimento da população dependente do SUS. Essa forma de acesso, entendida com “dupla porta”, vem sendo rechaçada pelos conselhos de saúde e demais segmentos de controle democrático ao longo da história do SUS, uma vez que se contrapõe aos princípios do SUS e reforça uma excludente, mercadológica e privatizante da saúde.

### 3.4 Contexto sociopolítico de criação da EBSEH

A EBSEH, criada em 2011, caracteriza-se como empresa pública de direito privado, com função de gerir os HUF's, subordinada ao Ministério da Saúde e ao MEC, com responsabilidade no atendimento em saúde e por auxiliar na formação de profissionais de saúde.

Os HUF foram criados no Brasil a partir da necessidade da universidade em estabelecer a relação ensino, pesquisa e extensão. Os estudantes de medicina e das áreas da saúde como a enfermagem, por exemplo, tinham a necessidade de um campo onde pudessem pôr em prática os conteúdos assimilados em sala de aula. A princípio os estudantes tinham acesso aos hospitais filantrópicos para realizar a prática. Posteriormente a partir de interesse do Estado, as universidades passaram a contar com hospitais escola no processo de ensino, pesquisa e extensão de seus cursos na área da saúde.

Os Hospitais Universitários (HUs) foram criados diante da necessidade de unidades assistenciais nas quais se articulassem ensino, pesquisa e a habilitação de profissionais de saúde, o que acabou conferindo características historicamente peculiares à assistência prestada por essas instituições. Até a década de 1950, as instituições filantrópicas serviram como campo de formação de profissionais de saúde. Nos trinta anos seguintes, com a proliferação de escolas públicas de medicina, o ensino médico passou a ser desenvolvido em hospitais vinculados àquelas instituições, notadamente as da esfera federal. Com o fim do financiamento por orçamentação via MEC, na década de 1980, esforços para a manutenção dos HUs foram redirecionados para a crescente venda de serviços para o setor público e suplementar de saúde. Desde então, as crises de financiamento dos HUs são fato recorrente, sinalizando para maior dependência financeira dos HUs em relação ao Ministério da Saúde. (CARMO, ANDRADE, MOTA; 2007; p.388)

Sendo parte do SUS os Hospitais Universitários passam a oferecer ao SUS seus leitos e equipamentos de assistência médica hospitalar. Ofertam serviços de alta complexidade na assistência à saúde tais como, partos, transplantes, cirurgias cardíacas, cirurgias reparadoras, tratamento para câncer, hemodiálise, entre outros procedimentos de alto custo e complexidade.

Em 2004, existiam no País 147 hospitais classificados como universitários e de ensino. Desses, 45 estavam diretamente vinculados ao MEC, 49 eram estaduais, 42 eram filantrópicos e o restante (11) estava vinculado a municípios, ao Ministério da Saúde e ao setor privado. Em seu conjunto, os HUs possuíam 10,3% dos leitos hospitalares cadastrados no País. Dos 4.800 leitos de UTI, 25,6% estavam nesses hospitais, responsáveis por 37,6% dos procedimentos de alta complexidade realizados em 2003. Os dados da Secretaria de Ensino Superior do MEC para o mesmo ano permitem afirmar que foram, também, responsáveis pela formação da maioria dos 92.783 formandos dos 11 cursos de nível de graduação da área da saúde, além de campo de formação em serviço para 22.000 médicos residentes. Nos 45 HUs federais estavam, em 2004, 48.525 alunos, sendo 26.308 de graduação, 3.775 médicos residentes e o restante distribuído entre cursos de especialização, mestrado, doutorado e internatos. Foram produzidas cerca de 2 mil teses e 4 mil dissertações, 13 atestando a importância desses hospitais para o sistema de saúde e a importância da criação de política para sua efetiva inserção no SUS, seja no aspecto assistencial, seja quanto ao ensino e à pesquisa. (CARMO, ANDRADE, MOTA; 2007; p.389)

Os HUF's passaram por problemas quanto à administração de seus recursos, seja pela falta de investimento estatal ou pelo manejo dos problemas administrativos de cada HUF. No ano de 2010, como mencionado anteriormente, o Governo Federal cria o REFUF com a finalidade de ampliar os recursos dos HU's de forma a melhorar os serviços prestados pelo mesmo.

Foram definidos recursos para o financiamento deles, que deveriam englobar todas as modalidades já existentes (pagamento por produção, FIDEPS, Programa de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários), além do incentivo à contratualização que seria repassado pelo Ministério da Saúde. A atenção de média complexidade passaria a ser financiada por orçamentação específica. O programa, ao prever a contratualização dos hospitais com os gestores do SUS, com base em estratégias de atenção pactuadas, levando em consideração aspectos relacionados à gestão, formação e educação, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, constituiu-se na primeira modalidade, após 30 anos, de financiamento não vinculado exclusivamente à produção. (CARMO, ANDRADE, MOTA; 2007; p.389)

Nos anos seguintes o Governo Federal por meio do Ministério do Planejamento e Orçamento começa a pensar na possibilidade de criação de Fundações Estatais de Saúde como direito privado. (Carmo, Andrade, Mota; 2007) Tais fundações seria uma forma de facilitar a execução das atividades fins dos HU's e de facilitar a aplicação dos recursos dos hospitais sem a necessidade de abertura de editais de licitação para a compra de materiais, por exemplo.

O Tribunal de Contas da União – TCU em 2006 estabelece acórdão com os HU's. Conforme o entendimento do TCU as Universidade Federais teriam que diminuir o número de funcionários contratados aos HUF's por meio de contrato de terceirização e contratos temporários. Para o Tribunal este tipo de contratação está em desconformidade com a legislação em vigência. A partir do acórdão a Universidade que esteja gerindo o HUF teria um prazo para regularizar a situação do mesmo a fim de cumprir com o que foi estabelecido.

Tendo em vista cumprir o acórdão e sob as sugestões do Banco Mundial o Governo Federal cria a EBSEH como saída para crise dos Hospitais Universitários. Em 1997 órgãos sugerem o reajuste das contas públicas visto a crise econômica mundial que assolava vários países. (Andrezzi, 2013) A criação e Fundações Estatais, OS - Organização Social -, OCIPS - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público -, Sociedade de Classes, entre outras são tidas como forma de conter os avanços da crise econômica mundial sob os países em desenvolvimento.

Podemos identificar uma corrente de privatização não clássica nos HU's. Em outras palavras, a corrente clássica de privatização seria a venda do patrimônio público e a autorização do uso de tal patrimônio para a extração de lucro de capital. Contudo, o Estado passa a gestão do hospital para o regime de iniciativa privada, mantendo os bens moveis e imóvel com a União. A EBSEH é autorizada a extração de lucro dentro do HU sendo que o lucro deve ser propriedade da União e deverá ser aplicado no hospital conforme necessidade.

Como justificativa para a criação da EBSEH o Governo Federal por meio do Ministério do Planejamento e Orçamento declara que a criação da empresa atenderá as seguintes necessidades.

- a. necessidade de equacionar o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, por meio da adoção do regime celetista, o que significa o descompromisso com a realização de concursos públicos através do Regime Jurídico Único, solução existente nos marcos atuais da administração pública;
- b. o formato empresa pública permitiria autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras e contratações;
- c. a perspectiva de captação de recursos próprios provenientes da prestação de serviços. (ANDREAZZI, 2013, p. 276-277)

O Governo edita a medida provisória nº 520, contudo a comunidade acadêmica não concorda com esta medida.

Após ampla mobilização e discussão com a comunidade acadêmica o Governo reavalia a medida e realiza a edição do Projeto de Lei 1.749/2011. Após intensa

mobilização da comunidade universitária, a MP 520 não é aprovada, por decurso de prazo, e o governo federal reedita uma nova versão – o PL 1.749/2011 sob a forma da Lei 12.550 de 15/12/2011. A lei é promulgada dez dias após o término da XIV Conferência Nacional de Saúde, órgão máximo de deliberação das políticas de saúde do País, quando se decidiu, por ampla maioria de votos, a não concordância com todas as formas de terceirização da gestão de serviços de saúde do Estado para empresas, fundações privadas e organizações sociais, inclusive a própria EBSEH. A lei atual difere da MP 520, pela transformação da antiga proposta de sociedade anônima em empresa pública unipessoal nos marcos do DL 200/1967 (que dispõe sobre a organização da administração federal) e do DL 900/694 (que revê o DL 200/67). (ANDREAZZI, 2013, p. 276)

Para que o hospital seja gerido pela EBSEH há a necessidade que a Universidade a qual o hospital esteja vinculado autorize entrada da empresa. Para isso é necessário que haja uma comissão para avaliar a real relevância da empresa para o mesmo. Autorizada à entrada da empresa haverá a reorganização do hospital sob os parâmetros da empresa. Desta forma haverá mudanças na contratação de recursos humanos, comprar de materiais, estabelecimento de convênio com outras instituições.

Observa-se que a transferência administrativa dos HUFs para a EBSEH alterou significativamente a relação entre o Estado e o trabalhador. A via de acesso à contratação permanece sendo o concurso público, porém o vínculo é muito diverso, semelhante ao de trabalhadores de empresas privadas.

Apesar das deliberações contrárias a criação da EBSEH das maiores instâncias de participação social no âmbito da política de saúde no Brasil, como Conferência de Saúde e Conselho Nacional de Saúde, a EBSEH atualmente faz a gestão de quase a totalidade dos HUFs. Entretanto, em meio inúmeros questionamentos inclusive de sua inconstitucionalidade, continua dividindo opiniões.

Considerando a escassez de referências sobre a temática, nos estudos aos quais se obteve acesso, fica evidenciado que as alternativas de privatização para o enfrentamento da crise, os denominados “novos modelos de gestão”, a exemplo da EBSEH, diminuem a possibilidade de conquista de direitos sociais, precarizam os serviços, desresponsabiliza o Estado. A entrada do setor privado no âmbito do setor público a exemplo da EBSEH acelera a precarização dos hospitais universitários, das formas de contrato e das relações de trabalho estabelecidas, como evidenciado por Maria de Fátima Andreazzi “a modalidade de contratação [regime celetista] não abortará processos trabalhistas por parte dos atuais terceirizados, pois a permanência destes dependerá, em última análise, de aprovação em concurso público”. (Andreazzi, 2013)

Como também sinalizam os autores,

O debate atual sobre a transformação desses hospitais em fundações públicas de direito privado, desvinculado da garantia de metas de profissionalização da gestão, de mudanças em sua cultura organizacional, do reconhecimento das especificidades da sua interface com a estrutura acadêmica (ensino e pesquisa), não garante a viabilidade financeira desses e sua real integração ao SUS. (CARMO, ANDRADE e MOTA, 2007 p. 387)

Sodré et al (2009), também afirmam que os serviços desses hospitais vêm sendo precarizados, não há servidores suficientes, as instalações são deficientes, e que há uma subutilização da capacidade de atendimento especializado para a alta complexidade que os HU's deveriam atender.

Outro dado intrigante apresentado pelos autores é que aproximadamente 48% do quadro de trabalhadores dos hospitais universitários estão sob regime de contratação precários ou desregulamentados. (Sodré et al, 2009)

Os recursos financeiros gerados pelo próprio hospital tendem a ser utilizados para pagar mão de obra terceirizada e não para investimento em ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Em 2007 quase 45% do financiamento era usado para pagamento de pessoal terceirizado e já eram necessárias 5 mil novas vagas para quadro técnico-administrativo. Por outro lado, ocorre a diminuição do financiamento via governo federal, resultando na busca dos HUFs por mais dinheiro via SUS, assumindo para isso metas nem sempre possíveis de serem cumpridas. Começa também a busca de financiamento por meio de doações e parcerias (Amigos do HU, por exemplo). (SODRÉ et al 2013, p. 368).

Neste sentido a EBSEH em sua proposta originária é também caminho oficial para a busca de recursos privados, como assim sinalizado em um dos artigos analisados: “A EBSEH [...] além de transformar a atividade de ensino, pesquisa e assistência em atividade econômica [...] numa conjuntura de contenção de gasto público, é uma porta oficial para obtenção de recursos adicionais, protelando pagamentos e contraindo dívidas.” (Andreazzi, 2013 p. 279- 280)

Sabedores de que a crise dos HUF's antecede a criação da EBSEH, como já enfatizado, tem se expressado principalmente na precarização das condições de trabalho, instalações inadequadas, subutilização da capacidade de atendimento, falta de financiamento adequado.

Os números apresentados pelos autores chamam atenção:

Com um déficit, desde 2008, de 5.443 servidores, a questão dos recursos humanos dos hospitais se agrava com a perspectiva de aposentadoria de 3.741 servidores, entre 2008 e 2010, dos quais 996 são auxiliares e técnicos de enfermagem, 319 enfermeiros e 370 médicos. (BRASIL, 2009 apud SODRÉ et al, 2013, p. 366).

Entretanto, a questão que se coloca para reflexão, é que ao transferir a responsabilidade do Estado para o setor privado, a tendência é de aprofundamento da precarização nas condições de trabalho, no acesso universal, e na dificuldade de construir um processo de formação de profissionais em saúde, comprometidos com os preceitos constitucionais.

## 04. Considerações Finais

Visto o contexto político e social de criação da EBSEH e a política de desmonte das políticas sociais, pode-se dizer que a EBSEH é uma forma não clássica de privatização<sup>5</sup>. 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. (Rodrigues, 2014)

Durante a década de 1990 o Governo Federal utilizou de várias formas de privatização pautada na corrente ideológica política neoliberal. O Governo Federal vendeu as empresas públicas que estavam sob sua responsabilidade, tais como Brasil Telecom (da área de comunicação e telefonia), Vale do Rio Doce (extração de minério), entre outras empresas que foram privatizadas ou se transformaram em capital misto. A forma não clássica de privatização é a entrega da gestão da empresa ou entidade para o setor privado. Ele será responsável pelo gerenciamento dos recursos aplicados no setor, desta forma o capital passa a ser aplicado conforme uma empresa privada, mas o patrimônio pertence à União. (Sader, 2013)

As políticas neoliberais comportam algumas orientações/ condições que se combinam, tendo em vista a inserção de um país na dinâmica do capitalismo contemporâneo, marcada pela busca de rentabilidade: atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade. (BEHRING, 2008, p. 59)

Para tornar o Brasil um país atrativo ao mercado internacional, o Governo Federal fez parcerias com órgãos internacionais a fim de melhorar os índices do país de forma a ser vantajoso a empresas internacionais investirem seu capital no Brasil. No início dos anos 2000 o Brasil assina com a Organização das Nações Unidas – ONU - a Declaração do Milênio<sup>6</sup>. Esta declaração foi construída a partir de um diagnóstico feito pela ONU sobre os índices de pobreza e misérias em diversos países. Ela vislumbra oito áreas do Estado que os países devem desenvolver entre elas está à saúde pública.

Órgãos internacionais como o Banco Mundial tiveram grande influência nas ações governamentais. O Banco Mundial, por exemplo, ofereceu sugestões ao Brasil a cerca de modalidades de gerenciamento para o SUS. Sugeriu modalidades como as OS's, OCIP's, Fundações Estatais, entre outras modalidades de gerenciamento privado de órgãos públicos. Coube ao Estado avaliar a adesão ou não de tal sugestão do Banco Mundial.

<sup>5</sup> [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2010/11\\_nov\\_semi\\_3dia.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/11_nov_semi_3dia.html)

<http://www.adufpa.org.br/33/Ebserh-%C3%A9-uma-privatiza%C3%A7%C3%A3o-n%C3%A3o-cl%C3%A1ssica-do-Barros-Barreto-e-do-Bettina-Ferro.html>

<sup>6</sup> <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>

Dentro disso, os Estados nacionais restringem-se a: cobrir o custo de algumas infraestruturas (sobre as quais não há interesse de investimento privado), aplicar incentivos fiscais, garantir escoamentos suficientes e institucionalizar processos de liberalização e desregulamentação, em nome da competitividade. Nesse sentido último, são decisivas as liberalizações, desregulamentações e flexibilidades no âmbito das relações de trabalho- diminuição da parte dos salários, segmentação do mercado de trabalho e diminuição das contribuições sociais para a seguridade; e do fluxo de capitais, na forma de IED e de investimentos financeiros em portfólio. (BEHRING, 2008, p 59)

Com a crise econômica do Brasil durante a década de 1990 e a crise de 2008 o país precisou rever as contas do Estado a fim de garantir seu local como país emergente e atrair o capital internacional. Assim a eficiência e eficácia nos gastos públicos são a palavra de ordem para garantir a competitividade do Brasil internacionalmente. Neste período, de 2002 a 2010, houve avanços em alguns aspectos nas políticas sociais, considerando anos anteriores, porém também houve parcerias e acordos do Estado com o mercado.

O cenário dos interesses públicos e privados, mercantis e capitalistas, enredados nas políticas de saúde oferece importante elemento para a identificação das contradições dos espaços de ação regulatória do Estado. Um estudo realizado em 2012, por Lígia Bahia (2011), sobre as relações público/privado nos últimos anos no Brasil, adverte ser ilusória a aparente estabilidade da demanda populacional por planos de saúde privados que vem se mantendo em torno de 25% da população. A autora chama a atenção para a grave financeirização do setor, que hoje se consolidou como um mercado cujos movimentos alteraram a magnitude e os regimes de propriedade das empresas, configurando a real privatização setorial. (COSTA, 2013, p. 250 apud BAHIA)

O SUS vivia uma crise financeira resultado da falta de investimentos estatais ao longo dos anos. A solução encontrada pelo Estado para resolver a situação dos HU's e do SUS é a parceria com o sistema privado de saúde e como entidades de direito privado. Visando solucionar o problema de gestão do SUS o Estado adota a lógica mercadológica de administração das unidades de saúde. Segundo Costa (2013), podemos ver um retrocesso na política de saúde no Brasil. Durante um longo período da história do país a saúde era restrita aos trabalhadores e a quem poderia pagar pelos serviços. Com a luta por um sistema de saúde pública a população conquistou o SUS como política universal de saúde.

Os trabalhadores formais, que antes da criação do SUS estiveram vinculados à Previdência Social com garantia de assistência médica pelo Inamps, hoje migraram para os planos privados de saúde subsidiados pelas empresas e, especialmente, pelo Estado por meio da renúncia fiscal. O restante da população, antes excluída da assistência previdenciária, hoje dispõe do SUS. Isso é muito, mas a situação da assistência à saúde oferecida pelo SUS continua sendo ineficaz, de baixa qualidade, com cobertura limitada e distante dos anseios e necessidades da população. (COSTA, 2013, p. 245)



A parceria pública privada é vista com eficaz e eficiente para o Estado, pois uma empresa pública tem mais autonomia para gerir seus recursos e aplica-los conforme a necessidade da instituição. Sendo o SUS um sistema de saúde universal e gratuito não deveria haver a diferenciação dos usuários atendidos pelo SUS e os usuários atendidos pela rede privada. A iniciativa de parceria com a rede privada deveria oferecer melhora na qualidade dos serviços prestados e não o seu prejuízo.

A busca por eficiência dos gastos em saúde não pode se sobrepor ao enfrentamento de mudança do modelo de assistência com efetiva integração das redes assistenciais. Não pode haver a diferenciação na qualidade do atendimento às necessidades de cuidados à saúde entre as populações cobertas e não cobertas pelos planos privados de saúde. Devem ser garantidos o acesso, a presteza e o uso definidos de acordo com a necessidade dos usuários, e não pela lógica da capacidade de pagamento. As redes, que não deveriam ser organizadas por patologias, mas com base na população do território, devem proporcionar a integração dos serviços de assistência no espaço territorial, com vistas ao atendimento resolutivo integral das necessidades e demandas daquela população, operando de forma integrada horizontal e verticalmente e envolvendo os diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde. A recente implementação do Cartão Nacional de Saúde poderá oferecer contribuições efetiva ao necessário gerenciamento articulado do setor público e entre este e o setor privado. (COSTA, p. 251, 2013)

A EBSEERH e as Organizações Sociais defendidas como promessa de melhoria<sup>7</sup> na qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Contudo não é o que podemos ver no dia-a-dia dos hospitais. Hospitais do estado de São Paulo e de Goiás vivem o avanço das OS's em sua gestão e administração. Visando a otimização do gasto público, hoje, vários hospitais vivem o desabastecimento e o atraso no pagamento de seus funcionários. O estado de São Paulo passa por uma das piores crises<sup>8</sup> em seu sistema de saúde pública.

Ainda não é possível determinar, sem equívocos, como se dará a relação entre a EBSEERH e as instituições de ensino com relação à gestão e autonomia, dentre outros fatores. Mas, o posicionamento é de que a criação da EBSEERH, num contexto de crescente privatização do setor saúde, tende a aprofundar situação dos HUs, nas questões relacionadas a precarização das condições de trabalho, ao acesso aos serviços de forma universalizada, mas também compromete o processo de formação e, por conseguinte, da efetivação do SUS e construção da tão almeja Reforma Sanitária Brasileira.

---

<sup>7</sup> <http://brasildebate.com.br/os-recursos-da-saude-em-risco-no-governo-interino/>

<sup>8</sup> <http://antigo.brasildefato.com.br/node/32786>

## 05. Referências

Aguiar, Zenaide neto. **Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde. Breve história da política de saúde no Brasil.** In.: SUS: Sistema Único de Saúde antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. p. 17-40, Ed. Martinari. 2011.

Almeida, Maria Hermínia Tavares de. **A política social no governo Lula.** CEBRAP Revista Novos estudos, nº 70, p. 06-17, novembro de 2004.

Andreazzi, Maria de Fatima Siliansky de. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado.** Revista Brasileira de Educação Médica. nº 275, p.275-284, 2013.

Araújo, Kizi Mendonça; Leta, Jacqueline. **Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente.** Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 21, nº 4, p.1261-1281out. dez., Rio de Janeiro, 2014.

Baptista, Tatiana Wargas de Farias; Lima, Luciana Dias; Machado, Cristiani Vieira. **O planejamento nacional da política de saúde estratégias e instrumentos nos anos 2000.** Revista Ciências e Saúde, p. 2367-2382 nº 15, 2010.

Behring, Elaine. **Fundamentos da Política Social.** In.: Mota, Ana Elizabete et al (Orgs.) Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Pág. 01-27. Ed. Cortez/ Opas/ OMS/ Abepss/ Ministério da Saúde. 2006.

Behring, Elaine Rossetti. **2. O Estado no neoliberalismo** In.: Brasil em contra-reforma desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª edição. Pag. 57-65. São Paulo. Cortez. 2008.  
\_\_\_\_\_.Política Social no Contexto da Crise Capitalista. **Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília, UnB/CEFSS, 2009.

Brasil, **Decreto número 7.082**, de 27 de janeiro de 2010, 2010.

Brasil, **Lei número 12.550**, de 15 de dezembro de 2011, 2011.

Brasil, **Lei número 8.080**, 19 de setembro de 1990, 1990.

Brasil, **Lei número 1.142**, 28 de dezembro de 1990, 1990.

Brasil, **Portaria 1.034**, 05 de maio de 2010, 2010.

Brasil, **Portaria do Ministério da Saúde nº1.482**, 04 de agosto de 2016, 2016.

Brasil, **Programa de metas do Presidente Juscelino Kubitschek**. Estado do plano de desenvolvimento econômico em 30 de junho de 1958. Rio de Janeiro, 1958.

Carmo, Maria do; Andrade, Eli Iôla Gurgel; Mota, Joaquim Antônio César. **Hospital Universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração**. Revista Mineira de Enfermagem. V. I. Pág. 397-394. Belo Horizonte. 2007

Carmo, Maria do; Andrade, Eli Iôla Gurgel; Mota, Joaquim Antônio César. **Hospital Universitário e Gestão do Sistema de Saúde – Uma Trajetória Positiva de integração**. Revista REME, p. 387-394, dez. 2007.

Costa, Ana Maria. **Saúde é desenvolvimento**. In.: Lula e Dilma 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil. p. 239- 252 Editora Boitempo Rio de Janeiro. 2013.

Draibe, Sônia. **A política social no período FHC e o sistema de proteção social**. Revista Tempo Soc. Vol. 15 nº 2, São Paulo, 2003.

SCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária**. In GIOVANELLA, Lúcia (org.) et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2008.

Júnior, Arnaldo Boita. **As bases políticas do neodesenvolvimentismo**. Trabalho apresentado na edição de 2012 do Fórum Econômico da FGV / São Paulo. 2012

Júnior, Ayton Paulus. Júnior, Luiz Cordoni. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para a saúde. V.8, n. 1, p. 13-19, dez. Londrina. 2006.

Lampert, Jadete Barbosa; Neto, Francisco Barbosa; Streit, Derly Silva; Moraes, Vardeli Alves de; Brenelli, Sigisfredo Luis. **Hospitais de Ensino: a Trama da Crise**. Revista Brasileira de Educação Médica, p.155-156, 2013.

Lopreato, Francisco Luiz C. **Aspectos da atuação estatal de FHC a Dilma**. Texto para discussão 2039. IPEA. Fevereiro de 2015. 2015

Menicucci, Telma Maria Gonçalves. **A Política de Saúde no Governo Lula**. Revista Saúde Soc. n.2, v.20, p.522-532, São Paulo, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 233 à 258.

Mioto, Regina Célia Tamasso e Lima, Telma Cristina Sasso de. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Revista Katálysis. V. 10. Pág. 37-455. Florianópolis. 2007.

Nascimento, Álvaro. **História da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. História das Conferências de saúde. 2001-2003. Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/leitura/Relatorio-VIII%20CNS.pdf>

Noronha, José de Carvalho; Lima, Luciana Dias de; Machado, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde**. In.: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz. Pág. 435-470. Rio de Janeiro. 2008.

Oliveira, Andréia de. **Expressões e tendências da participação em saúde na Atenção Primária à Saúde**. Revista Ser Social, v. 17, nº36, p. 104-123. 2015

Paim, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária**. Revista Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. Rio de Janeiro. 2009.

Polignano, Marcus Vinicius. **História da política de saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-politicas/ARQUIVOS%20PDF/Hist%C3%B3ria%20das%20pol%C3%ADticas.pdf>  
Acessado em: 15 de junho de 2016.

Presidência da República. **Plano de metas do presidente Juscelino Kubitschek**. Estado do Plano de Desenvolvimento econômico em 30 de julho de 1958. Rio de Janeiro. Disponível em:  
[file:///F:/UnB/9%20Semestre/Monografia/Programa%20de%20Metas%20do%20Presidente%20Puscelino%20Kubitschek%20V1%201950\\_PDF\\_OCR.pdf](file:///F:/UnB/9%20Semestre/Monografia/Programa%20de%20Metas%20do%20Presidente%20Puscelino%20Kubitschek%20V1%201950_PDF_OCR.pdf)

Primo, Geraldo Majela Garcia; Alves, Marília ; Gomes, Maria do Carmo de Souza Mota Avelar; Brito, Maria José Menezes. **Reforma da Saúde e Hospital Universitário: influência das políticas de assistência médica gerenciada**. Revista Medicina de Minas Gerais, p. 30-39, 2008.

Rezende, Conceição A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. Texto atualizado a partir de Grupo de trabalho formado pelo Conselho Nacional de Saúde, 28 de junho de 2004.

Silva, Tiago Ferreira da. **Plano Salte**. Acessado em Janeiro de 2016. Disponível em: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/plano-salte/>

Rodrigues, Neyde Jussara Gomes Abdala. **Os novos modelos de gestão do serviço público de saúde**. Os descaminhos da política de saúde no Brasil: a EBSEH em questão. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual da Paraíba. 2014

Sader, Emir. **A construção da hegemonia pós-neoliberais**. In.: Lula e Dilma 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil. p. 135-143. Editora Boitempo Rio de Janeiro. 2013.

Saretta, Fausto. **A política econômica brasileira 1946/ 1950**. Revista de sociologia e política n 4/5, p. 113- 129, São Paulo, 1995.

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

Toro, Ivan Felizardo Contrera. **O papel dos Hospitais Universitários no SUS: avanços e retrocessos**. Revista Serviço Social e Sociedades, nº 4, v. 4, p. 55-60 Campinas, 2005.