



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA GEILZA JUSTINO

**AS IMPLICAÇÕES DA PRIVATIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS A
PARTIR DA ADESÃO À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES- EBSERH**

NATAL/RN

2013.2

MARIA GEILZA JUSTINO

**AS IMPLICAÇÕES DA PRIVATIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS A
PARTIR DA ADESÃO À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES- EBSERH**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso orientada pela Prof^a MS. Juliana Maria do Nascimento, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para o título de bacharel em Serviço Social.

NATAL/RN

2013.2

Catálogo da Publicação na Fonte.
UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Justino, Maria Geilza.

As implicações da privatização dos hospitais universitários a partir da adesão à empresa brasileira de serviços hospitalares - EBSEH/ Maria Geilza Justino. - Natal, RN, 2013. 89f.

Orientadora: Prof.^a M. Sc. Juliana Maria do Nascimento.

Monografia (Graduação em Serviço social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço social.

1. Política de saúde - Brasil - Monografia. 2. Privatização - Hospitais universitários - Monografia. 3. Sistema Único de Saúde - Monografia. 4. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Monografia. I. Nascimento, Juliana Maria do. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 32:61

MARIA GEILZA JUSTINO

**AS IMPLICAÇÕES DA PRIVATIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS A
PARTIR DA ADESÃO À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES- EBSERH**

Monografia defendida e aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MS. Juliana Maria do Nascimento

(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Maria Dalva Horácio da Silva (UFRN)

Prof^a. MS. Alane Karine Dantas Pereira (UFRN)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

NATAL/RN

2013.2

Dedico esse trabalho à minha mãe, Gelza, que sempre acreditou em mim, até mais do que eu. Ao meu pai, Raimundo, porque mesmo doente de câncer não se entregou, não deixou o seu trabalho, pra que eu pudesse continuar os meus estudos e concluir o curso. Por todo o amor, esforço, garra e coragem.

“Combati o bom combate, acabei a carreira, guardei a fé”.

II Timóteo 4:7

AGRADECIMENTOS

Ao meu DEUS que me deu vida, amor, família, amigos e forças pra continuar. Por ter aceitado o meu convite de entrar comigo na UFRN no primeiro dia de aula, e por ter permanecido comigo até agora. Não tenho como agradecer todas as bênçãos. Toda honra, toda glória, toda adoração todo louvor sejam dados a ti.

Nesse momento tão importante de minha vida quero expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma pra que eu seja tudo o que sou hoje. Primeiramente, sou grata a toda minha família, à minha mãe, Gelza, minha amiga, meu maior exemplo. Obrigada pelas orações que me sustentam e pelos ensinamentos que me orientaram em tudo na vida, e principalmente por ter me ensinado a amar a Deus e a conhecê-lo. Ao meu pai, Raimundo, por todo o esforço, por todas as vezes que foi trabalhar mesmo doente, pra que nada nos faltasse, muito obrigada, não tenho como pagar.

Aos meus irmãos Fau, Fabinho, Socorro, Gizelda, Geruza e Zezé. Aos cunhados Moura, Janildo, Roberto, Caio, Norma e Goretti. Aos meus sobrinhos queridos sobrinhos Isaque, João Neto, Sophia, Fellipi, Luynne, Kaio Davy, Júlia e Arthur. Às minhas tias Glória e Zefinha, muito obrigada por todo apoio que me foi dado durante esses quatro anos de curso, por todos os puxões de orelha, por todo o incentivo, Deus abençoe.

Às minhas amigas de fé: Rosilane, essa é de infância e me deu de presente o privilégio de ser sua dama de honra e levar o símbolo de sua união, as alianças; Merylene, que literalmente me deu colo, lembro que mesmo já sendo adulta, não hesitei em sentar no seu colo e chorar, mesmo tendo uma multidão me olhando; a Valéria eu só preciso dizer que amo e me importo, uma amiga pra sempre; Edivânia, alguém pra compartilhar sonhos; Maraisa, porque não se deixa desanimar e isso me dá forças; Gleyka, falo muito a respeito dela pra Deus, amiga que amo; Késia por ser tão cuidadosa com todos os amigos, obrigada. Agradeço pelo amor desinteressado, por suportarem minhas chatices e acessos de sinceridade, pelo apoio nos dias difíceis, pelo ombro e colo emprestados e muitas vezes e principalmente pelas alegrias, festas, cumplicidade, conselhos e orações, por todos os momentos maravilhosos que vivemos juntas, obrigada por tudo.

Aos meus amigos Eudes e Tiago, tinha que ter vocês aqui nesses agradecimentos, afinal vocês merecem ganhar um diploma junto comigo. Obrigada pelas enormes contribuições nos meus trabalhos, edição de filmes, fotonovela, formatações, ufa! Muita coisa, isso mostra que ninguém faz nada sozinho. Obrigada meninos. Aos amigos, Eudes e Bruno, pelos quatro anos de bagunça na xerox.

A todos da turma Serviço Social 2010.1, pela troca e aprendizado, desejo tudo de bom pra vocês, em especial: à Alane; por ser sempre prestativa, perguntando se eu minha família estamos bem; à Tallyta, com toda sua alegria e espontaneidade, lembrarei sempre de nossas resenhas durante o almoço na EEN; à Paula, pense numa menina arretada, mas é um doce de pessoa; à Karla Medeiros, bem na dela, é um amor; à Cadydja, uma gatinha cor de rosa, muito legal; à Thaysi, que rir das minhas doidices, “olha o tiro”, é brincadeira; à Thauana, ela nem sabe, mas só os amigos mais íntimos me chamam de Gegê, assim como ela; à Milena, sempre prestativa; à Larissa, que dá carona às amigas; à Maria Luiza, sempre convidativa, e eu não podia esquecer o bendito fruto, Renato.

Às amigas do meu coração, minhas amigas com quem compartilhei momentos de muito aprendizado. Que me aturaram nesses quatro anos de curso, obrigada pela força nos momentos difíceis; levarei comigo, principalmente nossos momentos de bagunça nas elaborações dos seminários, os risos, a alegria, as conversas jogadas fora, o respeito, as conquistas individuais e em grupo. À Amanda, uma eterna criança, sonhadora, inteligente, amiga que amo, minha assessorada, a gente se entende nas nossas doidices; à Dalva, que sempre vê o melhor das pessoas, sempre olha a vida pelo lado bom, a mãe descolada do nosso grupinho; Sheyla, pelo simplesmente fato de ser uma amiga maravilhosa; Thaysa, sempre prestativa e muito enrolada e que faz da nossa vida uma graça e Ana Cláudia, sempre pronta a dar uma boa resposta, adoro.

À Juliana Nascimento, minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso, pela paciência com as minhas ansiedades e neuras. À Rose Marrie, supervisora de estágio, no Hospital Universitário Onofre Lopes, pelos ensinamentos, por toda dedicação e comprometimento, pelas boas risadas; à minha amiga Íris, por sua companhia maravilhosa, pelas gargalhadas tão boas, entre um atendimento e outro. E a todos que contribuíram comigo nesse percurso e oraram por mim durante todo esse tempo. Muito obrigada

LISTA DE SIGLAS

ADIN- Ação Direta de Inconstitucionalidade

AIS- Ações Integradas de Saúde

BM- Banco Mundial

BID- Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFB- Constituição Federal Brasileira

CLT- Consolidação das Leis de Trabalho

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CONASP- Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária

CONSUNI- Conselho Universitário

CPMF- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CTU- Contratação Temporária da União

CUT- Central Única dos Trabalhadores

DENERU- Departamento Nacional de Endemias Rurais

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC- Emenda Constitucional

FAZ- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FHC- Fernando Henrique Cardoso

FEDP- Fundações Estatais de Direito Privado

FMI- Fundo Monetário Internacional

HUs- Hospitais Universitários Federais

IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

LOS- Leis Orgânicas da Saúde

MEC- Ministério da Educação e Cultura

MP- Medida Provisória

MS- Ministério da Saúde

NOBs- Normas Operacionais Básicas

OSs- Organizações Sociais

OSCIPs- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PAB- Piso da Atenção Básica

PDRAE- Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

PIB- Produto Interno Bruto

PCCS - Planos de cargos, Carreira e Salários

PND- Plano Nacional de Desenvolvimento

PPA- Plano de Pronta Ação

PROUNI- Programa Universidade para Todos

PSF- Programa Saúde da Família

REHUF- Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino

REUNI- Programa de Apoio a Planos e Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

S. D. Sem Data

SEGES- Secretaria de Gestão

STF- Superior Tribunal Federal

SUDS- Sistema Unificado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCU- Tribunal de Contas da União

UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

A privatização dos Hospitais Universitários Federais pela Empresa brasileira de Serviços Hospitalares está inserida no contexto dos novos modelos de gestão para a saúde pública. Os novos modelos de gestão na saúde são resultado da Contrarreforma do Estado, baseada na incapacidade do mesmo em executar suas funções e que propõe o repasse das atividades não exclusivas do Estado, entre elas a saúde e a educação, para a iniciativa privada. A Contrarreforma é norteadada pela política de ajuste neoliberal que se instalou no Brasil na década de 1990 com o princípio de um Estado mínimo para o social e máximo para o mercado. A consequência dessa política é a redução do investimento no social, principalmente na saúde. Este trabalho objetiva apreender as implicações do capitalismo contemporâneo no desmonte dos direitos sociais, especificamente, suas consequências nos processos de privatização da saúde pública com foco nos Hospitais Universitários. Analisar o contexto de “crise” dos HU’s e as justificativas para a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH. Analisar como o gerenciamento e administração dos HU’s pela EBSEH poderá afetar a vida dos trabalhadores da saúde, e como compromete a autonomia da universidade, sua natureza, missão e qualidade dos serviços prestados aos usuários. Uma pesquisa de caráter qualitativo. Com os seguintes processos metodológicos: de levantamento bibliográfico e análise documental. Em suma, essa pesquisa contribuiu para fomentar o debate sobre a privatização dos HU’s pela EBSEH, a partir das implicações que a mesma traz aos servidores da saúde, estudantes e usuários, principalmente a tendência de redução dos direitos sociais e trabalhistas.

Palavras-chave: Política de saúde, Sistema Único de Saúde, Privatização dos Hospitais Universitários, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

ABSTRACT

The privatization of the Federal University Hospitals for Hospital Services Brazilian Company is inserted in the context of the new administration models for the public health. The new administration models in the health are resulted of Counter-Reformation of the State, based on the speech of his/her incapacity in executing their functions and responsibilities and that it proposes reviews him/it of the activities no exclusive of the State, among them, the health and the education for the deprived initiative. Counter-Reformation of the State is orientated by the politics of neoliberal adjustment that settled in Brazil in the decade of 1990, printing a perverse offensive, with the beginning of a minimum State for the social and maximum to the market. The consequence of that politics is the reduction of the investment in the group of the social politics, taking as immediate reference the politics of health. This work aims at to apprehend the implications of the contemporary capitalism in it disassembles him/it of the social rights, specifically, their consequences in the processes of privatization of the public health with focus in the University Hospitals. To analyze the context of "crisis" of HU's and the justifications for the implantation of Hospital Services - EBSEH's Brazilian Company. To analyze as the administration and administration of HU's for EBSEH can affect the lives of health workers, and as it commits the autonomy of the university, his/her nature, mission and quality of the services rendered the users. The present work was accomplished starting from a qualitative analysis of the processes that you/they involve the object directly. With the following methodological processes: of bibliographical rising, participant observation and documental analysis. In short, that research contributed to foment the debate on the privatization of HU's for EBSEH, starting from the implications that the same brings the servants of the health, students and users, especially the tendency to reduce social and labor rights.

Keywords: Health Policy, Health System, University Hospitals of Privatization, Brazilian Hospital Services.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	19
2. 1 Dos Aspectos Históricos da Política de Saúde no Brasil.....	19
2. 2 O Movimento de Reforma Sanitária e a Construção e Consolidação do SUS ...	26
2. 3 Ofensiva Neoliberal e suas Implicações para a Efetivação da Saúde Pública no Brasil: Projetos em Disputa nas Décadas de 80 e 90	38
3. OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E A PRIVATIZAÇÃO PELA EBSEH. ...	49
3. 1 Os Novos Modelos de Gestão no SUS.....	49
3. 2 Os Hospitais Universitários Federais e a EBSEH.....	62
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	83

1. INTRODUÇÃO

Por meio deste Trabalho de Conclusão de Curso pretendemos abordar a atual situação da saúde pública no Brasil a partir da privatização dos Hospitais Universitários Federais pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), na tentativa de entendermos como se dará os processos pertinentes de trabalho dos servidores e demais funcionários que estão inseridos na instituição, isto, quanto ao vínculo empregatício e as demais consequências para estes. Também na tentativa de analisar a situação do tripé ensino, a pesquisa e a extensão, se sofrerão alguma perda na qualidade, ou se ainda haverá interesse em realizar essas ações com a nova administração. Por motivo do Hospital não estar mais sobre a administração da Universidade Federal e levando em conta o caráter mercadológico que envolve os novos modelos de gestão, dos quais a EBSERH está inserida, teme-se que venha cair a qualidade das pesquisas ou a não realização das mesmas.

O presente trabalho é resultado da disciplina Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso, vem tratar de um tema que chamou atenção a partir da vivência no estágio curricular do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Estágio que ocorreu no Hospital Universitário Onofre Lopes, o mesmo está ligado administrativamente à UFRN, que no último semestre do estágio estaria entrando em processo de negociação para aderir à EBSERH.

O interesse pela temática da saúde pública no Brasil vem antes mesmo da experiência de Estágio. Teve início nas discussões feitas em sala de aula, nas leituras acerca do tema, nas conversas baseadas nas leituras desses textos, na observação do descaso das autoridades para com essa política. Porém, o recorte da privatização dos Hospitais Universitários despertou, principalmente, a partir da experiência no campo de estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social.

Pretende-se com esse trabalho apreender os determinantes do capitalismo contemporâneo na estruturação e precarização do sistema de saúde pública no Brasil e identificar os componentes ideopolíticos que têm operado nos processos de privatização dos Hospitais Universitários. Apreender as implicações do capitalismo contemporâneo no desmonte dos direitos sociais, especificamente, suas consequências para a saúde pública. Analisar o contexto de “crise” dos HU’s e as

justificativas para a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH. Analisar como o gerenciamento e administração dos HU's pela EBSEH afeta a vida dos trabalhadores da saúde, e como compromete a autonomia da universidade, sua natureza, missão e qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Por se tratar de um tema complexo e que, portanto não se pode achar respostas apenas pelo quadro que se apresenta ou se deduz, decidi usar uma metodologia que viabilize uma maior compreensão acerca dessa problemática, onde se insere a privatização da saúde públicas no âmbito dos HU'S em detrimento dos direitos da população. Vamos fazer uma pesquisa orientada metodologicamente pelo materialismo histórico. Uma pesquisa de caráter qualitativo. Os instrumentos usados foram o levantamento bibliográfico, pois é importante tomar como base, textos já escritos por outros autores que também pesquisaram sobre determinado assunto. Foi feito o uso também da observação participante, que na verdade só foi feito inicialmente no local de estágio, antes mesmo do início do próprio projeto de pesquisa, não se estendendo ao processo de elaboração do trabalho, tendo em vista ser uma pesquisa de caráter qualitativo. Também foi utilizada a análise documental para maior enriquecimento da pesquisa e maior aproximação com o objeto (MARSIGLIA, 2009).

A relevância do tema abordado se dá pela escassez na produção de bibliografia referente à adesão dos Hospitais Universitários Federais à EBSEH, tendo em vista que essa adesão pelo HU's teve início em 2012, portanto a abordagem dessa perspectiva ainda é nova. Por tanto, esse trabalho busca contribuir de forma a fomentar o debate da atual privatização dos através dos novos modelos de gestão, com destaque para a EBSEH e os retrocessos que ela trará ao SUS.

Antes da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso à saúde era restringido aos contribuintes da previdência, ou seja, era pra quem estava inserido no mercado formal de trabalho. Estudando a história da saúde pública no Brasil é perceptível que esta sempre esteve atrelada à parcerias público-privada. A partir de 1988, com a Instituição do Sistema único de Saúde (SUS), a saúde foi reconhecida na perspectiva de direito. A constituição de um sistema de saúde com acesso

democrático só foi possível através de um longo processo de debates, negociações e lutas.

Começa a surgir no final da década de 1970, um movimento pela democratização da saúde. Vários segmentos da sociedade compunham esse movimento, dentre eles estavam intelectuais/profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes (VASCONCELOS, 2007). Os atores envolvidos no Movimento de Reforma Sanitária, assim como a sociedade, estavam insatisfeitos com a condição social em que a sociedade vivia na vigência do Regime Militar e principalmente com a situação em que se encontrava a saúde pública.

O Movimento de Reforma Sanitária preconizava a criação de um sistema de saúde que substituísse o modelo de saúde hegemônico à época, o modelo médico assistencial privatista, o Sistema Único de Saúde (SUS). As lutas preconizadas pelo Movimento de Reforma Sanitária se consolidam em 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) Leis 8.080/90 e 8.142/90. O SUS tem como premissa básica a saúde como um dever do Estado e um direito de todos. Tem em seus princípios e diretrizes, a concepção da saúde como dever do Estado, a democratização da saúde, a universalização das ações de saúde, a descentralização, a adesão de um modelo de saúde baseado na equidade e integralidade das ações contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (BRAVO, 2009).

Nos anos 80, os demais países da América Latina já sofriam as influências da política de ajustes, diferente destes, o Brasil era marcado pelo processo de redemocratização. Dessa forma foi possível construir um Projeto para a Saúde, o SUS, com a preocupação do Estado como um Estado de direito, atuando em função da sociedade, por tanto, propôs na relação da sociedade com o Estado, a participação popular e a melhoria dos serviços de saúde da população (BRAVO, 2009).

O Movimento de Reforma Sanitária obteve muitas conquistas, com sua representação maior no SUS, porém, logo após essas conquistas, a década de 1990 traz consigo o enfrentamento das crises do capital sob a influência do neoliberalismo. O neoliberalismo argumenta que a causa das crises é por causa da ineficiência do Estado, que o torna oneroso. Para contornar a crise fiscal do Estado, o mesmo passa a implementar a chamada Contrarreforma do Estado. Com esse

argumento a política neoliberal tem a intenção de cortar os gastos com a política social (SILVA, 2001).

Projeto de Reforma Sanitária passa a ser questionado na década de 1990 quando entra em cena o Projeto Privatista articulado ao mercado, uma reatualização do modelo médico assistencial privatista, focalista visando atender a população mais vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, com estímulo ao seguro privado (BRAVO, 2009).

Na década de 1990, diante desse contexto de crise do capital, sob influência da ofensiva neoliberal, dentro da Contrarreforma do Estado, se origina o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). O Plano propôs a uma administração gerencial que se caracteriza por ser moderna e racional, eficiente, com foco nos resultados e na produtividade. (BRASIL, 1995).

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado classifica alguns setores sociais como não exclusivos do Estado como a saúde, a educação, cultura, pesquisa científica, turismo entre outras atividades. Para realizar estas atividades, a partir do Plano Diretor, se originaram os novos modelos de gestão, que compreendem as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDEPs) e mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Os novos modelos de gestão assumem a gerência das atividades não exclusivas do Estado através de contratos de gestão, no caso das OSs, Fundações Estatais e EBSERH, e por meio de Termos de Parceria que tem maior abrangência e alcance, no caso das OSCIPs.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH foi criada pela Lei nº 12.550/2011. A EBSERH é uma empresa na estrutura do Estado, de natureza de direito privado, para prestação de serviços de saúde e educação. Esta empresa desvincula na prática, os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), desta forma, compromete a formação e qualificação dos profissionais de saúde, que trabalham na área de saúde pública, e a produção de conhecimento nessa área (CORREIA, 2011).

A EBSERH integra os novos modelos de gestão, termo, este que tem sido muito criticado por se tratar da privatização do setor público. A crítica aos novos modelos de gestão se dá porque eles desmontam os direitos sociais e trabalhistas

conquistados historicamente; a gerência, a gestão dos serviços e de pessoal da saúde é repassada para a Empresa através de contratos de gestão e termos de parceria, por meio de transferência de recursos públicos.

Para a abordagem desse tema, este trabalho está estruturado em duas sessões: a primeira sessão traz o conceito de saúde, e vem abordar a saúde partir do seu contexto histórico, abordando as várias conjunturas desse processo, desde a saúde campanhista e focalizada no saneamento urbano, passando pela disposição da política de saúde dividida entre saúde pública e medicina previdenciária, a implantação do Projeto de saúde do Movimento de Reforma Sanitária (SUS) sobre o modelo de Saúde Médico Assistencial Privatista com Constituição de 1988 e em 1990 a ofensiva Neoliberal sobre as políticas sociais e a disputa entre o Projeto Reformista e o Projeto Neoliberal, agora hegemônico, desmontando o SUS.

A segunda sessão vem detalhar como se deu a ofensiva Neoliberal no processo de desmonte das políticas sociais através do projeto de Contrarreforma do Estado materializado no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, por meio dos novos modelos de gestão para a saúde, uma forma de privatização do setor público, evidenciando esse processo nos Hospitais Universitários pela adesão à EBSEH.

A terceira sessão traz um apanhado dos retrocessos trazidos aos servidores, funcionários, estudantes da área da saúde e todos os envolvidos nesse processo de privatização. Quais os problemas que tem acarretado no controle social, na realização do ensino e na pesquisa, no acesso dos serviços. Deixando claro as consequências da adesão dos HU's à EBSEH, a privatização dos serviços e com isso a precarização dos vínculos trabalhistas e em consequência a perda de direitos.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 Dos aspectos históricos da política de saúde no Brasil

Ao longo da história, a saúde foi apreendida a partir de visões diferentes. Seu significado “Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.” (SCLIAR, 2007, p.30). A saúde foi assumindo conceitos diferentes ao longo do tempo, não tendo o mesmo significado para todos.

A saúde não pode ser conceituada simplesmente como a ausência de doença. Mas durante muito tempo ela foi encarada e tratada desta forma. “seja qual for o significado que lhe seja atribuído, não pode estar dissociada da determinação geral da vida das pessoas.” (FLEURY-TEIXEIRA, 2009 p.381). Os determinantes da saúde são o reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural em que o indivíduo está inserido (SCLIAR, 2007).

A história da política de saúde no Brasil, data do século XVIII, quando a assistência médica era fundamentada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, a conjuntura política e econômica proporcionou iniciativas na saúde pública como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas de saúde, porém limitadas. Foi nos últimos anos deste século que a questão saúde emerge como reivindicação do movimento operário (BRAVO, 2009).

Em 1889, com a proclamação da República com o lema “Ordem e Progresso” tinha-se a ideia de modernizar o Brasil. Os trabalhadores foram reconhecidos como capital humano, pois suas funções produtivas eram a fonte que gerava a riqueza do país. Como parte do projeto de modernização do país, a medicina guiaria o Estado nos assuntos sanitários tanto na saúde individual como na coletiva. Havia dois conceitos de saúde, o tradicional que diziam que as epidemias vinham dos “ares corrompidos” e a medicina moderna, que baseava-se nos conceitos básicos de bacteriologia e da fisiologia. Aos poucos começaram ações de estudos para a

prevenção de doenças e atuação nos surtos de epidemias, definindo a área de conhecimento científico como medicina pública (BERTOLLI FILHO, 2002).

No início do século XX, as ações de saúde eram voltadas para o combate e erradicação de endemias, tudo para que não houvesse nenhum prejuízo no setor econômico de exportação, já que a economia era praticamente agroexportadora da cultura de café (BRAVO, 2009). Segundo Baptista, (2007, p. 32) “as epidemias que se alastravam entre os trabalhadores, devido às péssimas condições de saneamento, prejudicavam o crescimento da economia”. Com visão da população ativa como capital humano, como força produtiva, o governo federal deu cargos da administração pública como incentivo aos médicos higienistas, para que em troca os mesmos recebessem dos políticos a indicação de quais áreas deveriam sanear. A atuação dos médicos era de cunho fiscalizador e educador da vida da população das principais cidades com o sentido de prevenir as epidemias que as acometia, as quais eram: varíola, febre amarela, febre bubônica, febre tifoide e cólera, matando milhares de pessoas, ou seja, muitos dos que geravam a riqueza (BERTOLLI FILHO, 2002).

Na República Velha, 1902, na presidência de Rodrigues Alves, se estabeleceram importantes mudanças no trato das políticas de saúde pública. Foi elaborado um programa de obras públicas de saneamento e urbanização da capital. Seguidas de ações focadas no combate de epidemias; propôs um Código Sanitário caracterizado pela rigidez e o autoritarismo com que tratava a questão da saúde, principalmente pela atuação da polícia sanitária, que identificava os doentes e os submetia a quarentena (BAPTISTA, 2007).

Para Hochman (1998 *apud* LIMA e PINTO, 2003) o Movimento Sanitarista divide-se em dois períodos. De 1903 à 1909, os serviços federais de saúde era coordenado pelo sanitarista era Oswaldo Cruz. Nas campanhas sanitárias as medidas eram tomadas através do saneamento urbano da cidade, principalmente do Rio de Janeiro, por ser um centro comercial exportador, para o combater a epidemias de febre amarela, pestes e varíola. Uma de suas mais importantes estratégias foi a vacinação obrigatória, que causou revolta na população, a chamada Revolta da Vacina.

De 1910 à 1920, o saneamento estava voltado para a área rural, com foco nas epidemias rurais: ancilostomíase, malária e doença de Chagas. A doença passa

a ser visto pelo Estado como um problema político, tornando clara a conexão entre doença, sociedade e poder público, ao perceber o estado de abandono e atraso que se encontrava a área rural (LIMA e PINTO, 2003).

Na década de 1920, há um cenário de crescimento da economia cafeeira e em consequência a urbanização acelerada e o progresso da industrialização, colocando a saúde em evidência devido a questão sanitária decorrente da superlotação das cidades e das condições de vida da população, que desqualificava os serviços da mão-de-obra. O Estado aplicou medidas de saúde pública que visavam expandir e modernizar os serviços de saúde pública por todo o país, com a incorporação do saneamento na área rural, com a propaganda sanitária e a educação higiênica através da Reforma Carlos Chagas¹, de 1923. Nesse período a saúde emerge como questão social no Brasil, pela primeira vez (LIMA E PINTO, 2003). Esse período se caracterizou por um modelo sanitário de lógica campanhista de Oswaldo Cruz, pelo saneamento urbano e o controle focalizado das doenças.

Foi em meio a um cenário de revoltas populares, de pressão por parte dos movimentos anarquistas e comunistas sobre o Estado por ações mais efetivas na atenção à saúde, que entra em pauta a questão da higiene e saúde do trabalhador. A partir desse contexto, as medidas tomadas resultaram na criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), por meio da lei Elói Chaves de Decreto 4.682 de 24/01/1923, para as organizações trabalhistas que atuavam mais fortemente política e financeiramente, que estavam ligados à exportação, como por exemplo, os marítimos e os ferroviários, OLIVEIRA e TEIXEIRA (1985 *apud* BAPTISTA, 2007, p.35).

O financiamento das CAPs era feito pelas empresas e trabalhadores, como um tipo de seguro social. As Caixas de Aposentadorias Pensões eram mais comuns em grandes empresas. Seus benefícios eram: socorros médicos ao trabalhador, e que se estendia a toda família, inclusive amigos, e o acesso a medicamentos,

¹ A década de 1920 foi marcada pela criação de um arcabouço institucional que defendia uma política pública de saúde de abrangência nacional e visava promover a saúde da população por meio de práticas de higiene e interiorização das ações de saúde. Carlos Chagas foi o cientista indicado o para o cargo de diretor do Departamento Geral de Saúde Pública. Carlos Chagas foi um pesquisador de grande renome, oriundo dos quadros do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e teve o próprio Oswaldo Cruz como mentor. Sucedeu-o após sua morte em 1917 à frente do (IOC). Empossado como diretor do Departamento Geral de Saúde Pública organizou uma ampla reforma nos serviços sanitários federais, criando no ano seguinte o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). O sanitarista destacou-se pela elaboração do regulamento desta agência, considerada à época como a mais completa no que dizia respeito a assuntos de higiene (LIMA E PINTO, 2003).

aposentadorias e pensões para os herdeiros. Nesse período, o direito à assistência à saúde era restrito a condição de segurados, os seja, um número ínfimo de trabalhadores. O Estado não tinha participação financeira e nem administrativa, apenas regulava (BAPTISTA, 2007).

Na década de 30 no governo de Getúlio Vargas, à assistência foi marcada pela industrialização e por uma nova definição do papel do Estado, agora com intervenção na saúde, e o surgimento de políticas sociais. Essa industrialização desenfreada aumentou a população urbana, conseqüentemente, a massa operária, que encontrava-se em péssimas condições de vida, sem higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2009).

No governo de Vargas, teve início a política de proteção ao trabalhador, com importantes medidas ² de expansão e consolidação dos direitos sociais dos trabalhadores. As caixas tem seu papel ampliado, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), dando início ao sistema de proteção social no Brasil. Começa a construção do sistema público de previdência social, garantindo os benefícios dos trabalhadores mediante contribuição, excluindo do sistema de proteção, os trabalhadores ³ que não podiam contribuir. Os benefícios eram oferecidos de acordo com o poder de contribuição da categoria. Diferente das CAPs, os IAPs estão organizados por categorias profissionais e não mais por empresas. O Estado participa na administração, controle e financiamento (BAPTISTA, 2007). Seu financiamento era feito pela união, pelas empresas empregadoras e pelos empregados; os benefícios eram de acordo com as contribuições e garantiam aos contribuintes: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral (BRAVO, 2009).

² A obrigatoriedade da carteira profissional para os trabalhadores urbanos, a definição da jornada de trabalho de oito horas, o direito a férias e a lei do salário-mínimo. Getúlio, o 'pai' dos trabalhadores, como passou a ser conhecido, inicia no Estado brasileiro uma política de proteção ao trabalhador, garantindo, com isso, uma mão-de-obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos (BAPTISTA, 2007).

³ Portanto, estavam excluídos: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. A proteção previdenciária era um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social (BAPTISTA, 2007).

O modelo político desenvolvimentista vigente na época se mantinha na organização da área da saúde. Nesse período a política de saúde pública tinha caráter nacional, e estava disposta em saúde pública e medicina previdenciária, atendendo a diferentes objetivos com políticas de saúde isoladas. A saúde pública universal estava direcionada na prevenção de doenças transmissíveis por meio de campanhas, enquanto que a medicina previdenciária, baseada na assistência curativa, era restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes (BAPTISTA, 2007). Até meados dos anos 60 a saúde pública era dominante criando condições sanitárias básicas para a população urbana e ínfimas para as do campo (BRAVO, 2009).

A medicina previdenciária⁴ advindas dos IAPs, da década de 30, tinha intenção de conceder os benefícios previamente ao maior número de assalariados urbanos, antes que os mesmos os reivindicassem em proporção mais ampla. A previdência desse período era de orientação contencionista, por causa do crescimento da massa de trabalhadores nela inseridos; a legislação dos anos 1930 diferenciou previdência de assistência social, também se definiu orçamentos máximos para a farmacêutica e assistência médico-hospitalar (BRAVO, 2009).

Dos acontecimentos da década de 1950, podemos destacar dois dos quais marcaram a história da política de saúde. A criação do Ministério da Saúde em 1953, através do qual a saúde passa a ter um papel político específico para o Estado; em 1956, com o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) reorganizou-se os serviços nacionais de controle de endemias rurais, incrementando as ações e os programas de controle das endemias rurais (BAPTISTA, 2007). Apesar de todos os investimentos na saúde, nos anos de 1945 a 1964, não foi o suficiente para reverter o quadro de doenças parasitárias e infecciosas e o alto índice de mortalidade da população (BRAVO, 2009).

⁴ Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos e contava com alguns serviços ofertados pelo Ministério da Educação e Saúde Pública-Mesp em áreas estratégicas (saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros), além da caridade e do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde. O Mesp promovia também as ações de saúde pública, cuidando do controle e prevenção das doenças transmissíveis (BAPTISTA, 2007).

Antes da década de 1950 a economia brasileira ainda era baseada na agricultura, mas o processo de industrialização trouxe a economia para a centralidade dos centros urbanos, em consequência aumentou a massa operária que seria atendida pelo sistema de saúde Mendes (1993 *apud* BAPTISTA, 2007). Esse cenário aumentou a demanda para a saúde, abrindo precedentes para a prática de convênio-empresa ou medicina de grupo; encareceu o custo da assistência e em consequência tornando o hospital o ponto de atendimento em saúde (BAPTISTA, 2007). As empresas médicas de natureza privada já se formavam na década de 1950. A corporação médica de interesse capitalista, na época mais preparada, defendia a privatização dos serviços de saúde, enquanto que a assistência médica previdenciária, que era majoritária nos Institutos, tinha atendimento restrito aos trabalhadores ligados aos Institutos (BRAVO, 2009).

O período que segue orientado pelo Regime Militar consolida o modelo médico assistencial privatista, ou complexo médico-empresarial, que privilegiou a cura individual direcionada ao lucro, privilegiando o setor privado.

Na Ditadura Militar, em 1964, o Estado intervia com repressão e assistência. Ampliando, modernizando e burocratizando a assistência, o Estado tinha a intenção de aumentar seu poder regulador⁵ sobre a sociedade e privando a participação popular nas tomadas de decisão sobre seu próprio destino, amenizando as tensões sociais para legitimar o regime e o acúmulo de capital (BRAVO, 2009).

O golpe militar, em 1964, e a nova forma de organização do Estado trouxeram mudanças para o sistema sanitário brasileiro, dentre elas a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário (BAPTISTA, 2007 p.40).

A unificação dos IAPs em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 foi a primeira mudança do sistema previdenciário. O INPS uniformizou os

⁵ Durante o período da ditadura militar, o controle social da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de Decretos Secretos, Atos Institucionais e repressão. Na realidade, durante esse período, a ausência de interlocução com os setores, organizados da sociedade, ou mesmo a proibição da organização ou expressão dos mesmos foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer o seu domínio, promovendo o fortalecimento do capitalismo na sua forma monopolista. (CORREIA, 2009, p.123)

institutos e causou insatisfação ao contribuinte que contribuía e por isso usufruía de mais benefícios pelos seus institutos, pois os demais contribuintes que tendo assistência de menor qualidade pelos seus institutos, poderiam usufruir dos desses mesmos benefícios, mesmo contribuindo com um valor menor. Com isso, alguns pacientes migraram de seus institutos e houve uma superlotação dos hospitais, ocasionado problemas como longas filas, atendimento demorado entre outros (BAPTISTA, 2007).

Como resultado da unificação, o poder dos IAPs ficou concentrado no Estado e a classe trabalhadora afastou-se das tomadas de decisão. Esse fato abriu espaço para o Estado manter relações de clientelismo por meio de troca de favores, barganha de interesses, e no caso dos aliados do poder, o jogo de benefícios (BAPTISTA, 2007).

Novas categorias foram inclusas no INPS, no início da década de 70, aumentando consideravelmente os gastos e a demanda por serviços de saúde, como resposta a essa demanda, o Estado contratou serviços privados para atender, dando início ao chamado, 'complexo médico-empresarial' CORDEIRO (*apud* BAPTISTA, 2007 p.41).

Dobram os gastos com a saúde, tendendo ao atendimento hospitalar. O INPS manteve a política contributiva dos IAPs, oferecendo serviços apenas àqueles que contribuía como INPS. Nesse momento há um declínio da saúde pública e o setor saúde assume um caráter capitalista. Segundo Oliveira e Teixeira Fleury (1986 *apud* BRAVO, 2009, p. 94) esse modelo privilegiava e consolida a contratação do produtor privado. "Nesse caso, essa população que não podia pagar e não "tinha INPS", era chamada de indigente ou carente." (NETO, 1994, p.8). Ou seja, a saúde não chegava a todos de forma igual. Nesse período de Ditadura Militar, a Previdência Social possuía recursos financeiros suficientes, com isso o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social INAMPS⁶ passou a contratar os serviços médicos privados não beneficiando o serviço público; esse interesse em fomentar os serviços privados, demonstrava que não havia interesse em atender as necessidades da população. (NETO, 1994 p.8)

⁶ Era uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. Tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (SOUZA, 2002 p.11).

O pagamento dos serviços médicos privados era feito por cada atendimento realizado, isso permitia a realização de fraude, visto pelos médicos de serviços privados como uma forma de lucrar às custas das necessidades da população e por uma parcela dos dirigentes nacionais que não tinha compromisso nem com a população e nem com os recursos públicos, beneficiando-se dessa situação (NETO, 1994 p.8).

Com todo esse histórico o sistema de saúde não atendia as necessidades da população, com ações que aumentava o lucro, internando mais pacientes que o necessário; não havendo investimento em promoção e prevenção de saúde, ações estas de responsabilidades do Ministério da Saúde, que sempre deixava a desejar em seus serviços (NETO, 1994 p.8).

Estudos⁷ mostram que no período da Ditadura Militar, o Governo optou por um modelo de crescimento de extrema concentração de renda e de insuficiente distribuição dos benefícios sociais. Parte daí que o sistema de saúde desse Governo era inadequado, na medida em que não atendia as necessidades da população, contribuindo para o agravamento da situação da saúde. O Governo priorizava o serviço privado em detrimento aos serviços públicos, excluindo a população das decisões a respeito dos serviços de saúde (NETO, 1994 p.9).

2.2 O Movimento de Reforma sanitária e a Construção e consolidação do SUS.

O Brasil viveu de 1968 à 1974, um período de grande desenvolvimento econômico conhecido como “milagre econômico”. Mesmo nesse período, o descaso dos governantes com as políticas públicas empenhadas com o desenvolvimento social foi o principal motivo de uma enorme regressão social. No governo do regime militar houve pouco investimento na área da saúde pública, ocasionando a volta de

⁷ Os estudos e pesquisas feitos na década de 1970 acerca do modelo de desenvolvimento econômico, social e político e, conseqüentemente, da situação da saúde pública não tiveram facilidade de ser conhecidos pela população por causa da censura à imprensa e a repressão política, inerentes à época, esse conteúdo ficou restrito ao conhecimento dos professores de universidades e técnicos. Os mais indicados para fazer essas denúncias eram dirigentes políticos ou os seus partidos, porém os mesmos estavam em situação de mandatos cassados e já atuavam em clandestinidade. Só com a abertura política, foi possível algum tipo de movimentação popular direcionada a concretização das denúncias (NETO, 1994 p.9).

doenças antes erradicadas e o surto epidêmico das que foram controladas; foram deixadas de lado as políticas de habitação popular e o saneamento, aumentando a pobreza e em maior consequência a desigualdade social (BAPTISTA, 2007).

Com o fim do milagre econômico, em meados da década de 1970, o governo militar, em um cenário de crise política, institucional e econômica, estabelece estratégias que garantam a manutenção do governo. Podendo ser destacadas a elaboração do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), que compôs uma política de desenvolvimento para a formulação de estratégias de desenvolvimento social; e a política de abertura do governo contribuindo com expansão e manifestação progressiva dos movimentos sociais, antes reprimidos pela ditadura. Para a saúde, possibilitou o fortalecimento do que seria o “Movimento Sanitário” (BAPTISTA, 2007).

No fim dos anos 1970 pode se constatar nas universidades o despontar de um movimento contra-hegemônico, na época, chamado de Movimento Sanitário. Ele surge, Segundo Santos (2009, P.23) “no âmago do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, ou seja, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura”.

O movimento sanitário, de acordo com Escorel (1998), originou-se nas universidades, em ação conjunta de professores e alunos. Estes, especialmente os estudantes de medicina, exerciam pressão para que houvesse uma maior aproximação da formação recebida com a realidade sanitária da população. (ESCOREL, 1998, *apud* CIRNE, *et. al.* 2009, p.448).

Os participantes do Movimento Sanitário, principalmente os profissionais da saúde, utilizando os estudos e pesquisas feitos anteriormente, e iniciaram com as denúncias sobre as consequências causadas ao sistema de saúde pelo modelo econômico da Ditadura Militar⁸. O movimento sanitário não apenas denunciou, mas também propôs novas formas de contribuir para a resolução dos problemas do sistema de saúde, propondo um novo sistema de saúde (NETO, 1994).

⁸ Na Ditadura Militar, havia concentração da renda e a não distribuição dos benefícios sociais, prejudicando a saúde da população. (NETO, 1994).

Contrário à forma como a assistência à saúde era prestada, o Movimento Sanitário propôs mudanças para o debate na saúde: a saúde como direito de todos, não dependendo de comprovação de contribuição ou qualquer outra avaliação para o acesso; com ações de saúde integradas em um único sistema, assegurando a toda população o acesso às ações de saúde, sejam elas preventivas ou curativas; a descentralização da gestão administrativa e financeira das ações de saúde, para estados e municípios; devendo o Estado propor a participação e o controle social dos serviços de saúde (BAPTISTA, 2007).

Para Paim (2009, p. 31), a Reforma Sanitária: “Vinculava-se de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo”. A Reforma Sanitária defendia a democratização do Estado e da sociedade, tendo em vista que esta se deu em meio a uma crise de hegemonia. Na saúde refletia entre os técnicos do governo da Ditadura, questionava-se a relação entre o crescimento econômico do chamado milagre econômico e o caos vivido pelo setor da saúde.

As propostas do Movimento Sanitarista não eram apenas direcionadas à área da saúde, mas da democratização em geral da sociedade, na verdade, intentavam uma ampla reforma social. O Movimento de Reforma Sanitária⁹ contou com a participação dos profissionais de saúde e que depois começou a se expandir abrangendo vários setores da sociedade, inclusive populares. (BRAVO, 2009).

Para Neto (1994, p.11) “A Reforma Sanitária é a proposta para a democratização da saúde no país”. A Reforma Sanitária objetivava que tanto o Governo como a população compreendesse a saúde como consequência do conjunto de fatores determinantes da qualidade de vida de cada indivíduo, como emprego, moradia, educação, saneamento básico, alimentação, lazer, cultura etc. É preciso, junto a todos esses determinantes, um sistema de saúde que tenha qualidade no atendimento, que alcance as necessidades da população, mas só a assistência médica, de forma isolada, não promove a saúde.

⁹ A Reforma Sanitária brasileira teve início em plena vigência de uma ditadura militar e em contexto de luta pela redemocratização do país. O modelo de saúde, à época, altamente segmentado e fragmentado, excluía a população mais pobre e não-inserida no mercado formal de trabalho do acesso aos serviços assistenciais públicos, centrando a atenção à saúde em consultórios médicos e hospitais privados (SILVA, 2009).

Garantir a saúde da população é tarefa de todas as áreas de governo e de toda a sociedade. Não basta um sistema de saúde funcionando bem para assegurar isso. O sistema de saúde pode ser um espaço de atuação capaz de exigir e provocar as ações de outras áreas. (BARROS, 1994 p.32).

“Isso significa que a conquista da saúde não pode ser uma responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas de todo o Governo e da sociedade, por meio de políticas econômicas e sociais.” Segundo Neto (1994, p.11) Tendo em vista que a saúde não é apenas ausência de doença, porém abrange um sentido maior, que resulta das condições de moradia, alimentação, lazer, trabalho, renda, educação entre outros, cabendo assim, a outros setores do governo, tomar as providências necessárias relativas a sua área, para a promoção da saúde.

No ano de 1979, aconteceu o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, onde o movimento que era representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) pode apresentar e discutir suas propostas pela primeira vez. Nessa conjuntura o modelo médico-assistencial privatista, até então predominante, agora passa por uma crise (BRAVO, 2009). Em meados da década de 1970, se instaurou uma crise de financiamento da Previdência, que levou o INAMPS a tomar decisões de racionalização de suas despesas, entre elas, a compra de serviços do setor público, na década de 80.

As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970 e 1980 determinaram o esgotamento desse modelo sanitário. Essas crises e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde (CONASS, 2006 p.23).

O I Simpósio Nacional de Saúde aconteceu em um contexto de reorganização da sociedade civil, junto ao legislativo, forças políticas que estavam ligadas à saúde pública trouxeram uma ampla discussão referente à redemocratização do país e do acesso à saúde pública. Este foi um período de crise financeira e ideológica da Previdência Social sobre qual modelo de saúde iriam aderir, colocando em disputa os privatistas e os publicistas. E 1982, ocorreu o II Simpósio, este já contou com um

movimento organizado de reforma sanitária com a proposta de um sistema nacional de saúde, com as medidas preventivas e curativas integradas (FALLEIROS E LIMA, 2011).

A proposta do Movimento Sanitário era a de reorientação do sistema de saúde, através de um sistema público de saúde. Está não era uma proposta sem fundamentos, pois a proposta do sistema de saúde que inicialmente foi denominado Sistema Unificado de Saúde (SUDS) viria a se chamar Sistema Único de Saúde (SUS) que estava baseada em experiências bem sucedidas realizadas em outros países (NETO, 1994 p.9). Silva (2009) afirma que a proposta de construção do SUS, sofreu influência das reformas ocorridas em países da Europa com características fortes de com acesso universal e ampla cobertura público, aproximando-se dos 100% de cobertura.

Nesse contexto de Reforma Sanitária, quanto a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da luta do movimento sanitário contra o modelo médico-assistencial privatista, excludente e que beneficiava o mercado, fica constatado ser de tamanha importância a participação popular, o que mais tarde será chamado de controle social.

Os anos 80 se iniciaram com um processo de democratização e foi marcado por uma profunda crise econômica (NETO, 1994 p.10). Nesse contexto de crise, de uma política recessiva, a Previdência Social entra em uma crise financeira, tendo o modelo médico assistencial como seu motivador principal. Levando o Estado ao questionamento e fiscalização aos prestadores de serviços privados conveniados ou contratados da atenção médica suplementar, essa atitude era apoiada pelo Movimento de Reforma Sanitária com a ocupação de cargos no INAMPS (VARGA, 2007).

Durante a crise aguda instaurada na Previdência Social, criou-se no plano político-institucional o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) em 1981, com importante apoio nas Ações Integradas de Saúde (AIS), um programa de atenção médica para as áreas urbanas, em 1983, geridas pelo INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS, 2006)

A Reforma Sanitária deu aporte teórico para a 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁰ (CNS), realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal, ela foi um marco para a saúde brasileira, propondo como a garantia da universalização do acesso a saúde, a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado, a descentralização da saúde, que determinou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, (BRAVO, 2009). Segundo Correia (2009, p.125), foi na 8ª Conferência que houve a participação efetiva da sociedade civil. A mesma contou com cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, só mil eram delegados, os demais eram políticos, dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, lideranças sindicais e populares (BRAVO, 2009).

O Sistema Único de Descentralização de Saúde, implantado em 1987 pelo Executivo Federal, revestiu-se de alguns princípios importantes da Reforma Sanitária (CONASS, 2006). A criação do SUDS se deu, ainda no comando do INAMPS, exatamente um ano antes da promulgação da Constituição Federal, criando um cenário de intensas iniciativas de descentralização e universalização, isso contribuiu para a preparação da introdução ao Sistema Único de Saúde (NEGRI, 2002 p.7).

Já se desenhava um sistema público de saúde, antes do SUS ser instituído pela Constituição Federal de 1988, mas a 8ª Conferência foi um marco para esse acontecimento (NEGRI, 2002). A Constituição federal de 1988 se institui dentro de um contexto histórico de democratização. Esse cenário era de constantes negociações, o que possibilitou a incorporação dos princípios do Movimento de Reforma Sanitária, que propunha um Sistema Único de Saúde, o SUS, no texto final da Constituição Federal (CONASS, 2006).

Foi elaborada uma seção da Constituição para a Saúde, baseadas nas propostas do Movimento de Reforma Sanitária. O artigo 196 instituiu “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”. Também foi instituída a relevância pública

¹⁰ Em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século passado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. Essa conferência teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. O relatório final da conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade (CONASS, 2006).

das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo esta última participar em caráter complementar (BRASIL, 1988).

Assim foi criado pela Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS). O mesmo versa em seus princípios doutrinários¹¹: a universalidade, a equidade e a integralidade e se organiza através dos princípios de operacionalização pela regionalização, hierarquização, descentralização e com a participação popular.

A descentralização no SUS é a diretriz que corresponde à distribuição de poder público, responsabilidades e recursos que são repassados entre os três níveis de governo, da esfera federal para a estadual e municipal. Retira-se a centralidade do poder da União e a distribui entre o estado e o município (MATTA, 2007).

A regionalização está atrelada a noção territorial, no território é possível determinar o perfil da população, os indicadores epidemiológico, as condições de vida da população de determinado território e o suporte social que orientará as ações e serviços de saúde de determinada região. Quanto maior for a aproximação do sistema de saúde da população, mas eficaz será a identificação das

¹¹ A universalidade consiste na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. O acesso aos serviços será garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos. É o princípio fundamental da reforma. A integralidade diz respeito à garantia do acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, devendo o sistema de saúde proporcionar ao indivíduo ou à coletividade, as condições de atendimento, de acordo com as suas necessidades. O princípio da integralidade se apresentou no contexto da reforma como um contraponto ao contexto institucional da saúde que se dividia nas ações promovidas pela saúde pública e pela medicina previdenciária. Surgiu, portanto, como uma proposta para a integração dessas ações com o argumento de que tanto as ações individuais quanto as coletivas eram necessárias e imprescindíveis para a garantia da saúde da população. Estava posta aí a questão da unicidade do sistema (na composição de um novo Ministério da Saúde, reunindo suas antigas funções e as ações do Inamps) e da necessária articulação dos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) e de atenção (primário, secundário e terciário) para a organização das políticas de saúde. Com esse princípio, o Estado compromete-se na garantia a todo e qualquer tipo de atenção à saúde, do mais simples ao mais complexo (da vacina ao transplante). (BAPTISTA, 2007). O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e na suas potencialidades (MATTA, 2007).

necessidades da população e serão melhor utilizados os recursos e serviços destinados a suprir as necessidades daquela população. A hierarquização norteia a regionalização das unidades de serviços de acordo com os níveis de complexidades e as necessidades daqueles usuários. Quando se esgotam as possibilidades de um município de suprir as necessidades da população, é feito convênios com outros municípios para provisão desses serviços (MATTA, 2011).

Na saúde, a participação da comunidade surge na expectativa do controle social, com o objetivo de haver a participação dos setores organizados na sociedade civil participando do processo de formulação e execução de planos, programas e projetos e a participação também na definição da alocação de recursos que serão usados para atender as necessidades da coletividade. A Lei nº 8.142/90 institucionalizou a participação da comunidade por meio das Conferências de Saúde, onde se objetiva avaliar, e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo; também através dos Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas de caráter deliberativo e permanente, composto paritariamente entre os representantes dos seguimentos dos usuários, que reúnem setores organizados da sociedade civil, assim como outros seguimentos como os gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde também com o propósito do controle social (BRAVO, 2009).

O SUS está inserido em um amplo contexto da política pública, a Seguridade Social, juntamente com a Assistência Social e a Previdência, formando o tripé da Seguridade Social. Com o SUS, fica afirmado o compromisso com a democracia e rompe com o caráter excludente e meritocrático do sistema político anterior (BAPTISTA, 2007).

Rapidamente foram notados os resultados da instituição do SUS. Podendo ser destacado o termino da separação entre os incluídos e não incluídos no mercado de trabalho formal, no acesso ao sistema de saúde. Aqueles incluídos no mercado de trabalho formal tinham a carteirinha do Inamps, tendo o direito ao atendimento à saúde da previdência; os não incluídos no mercado formal de trabalho, que portanto não tinha a carteirinha, só tinham como alternativa de atendimento, a atenção ambulatorial nas unidades de medicina simplificada, assim como atenção hospitalar provida através de entidades de filantropia aos indigentes (CONASS, 2006).

Com a Constituição de 1988, foi elaborada uma seção com cinco artigos dedicados à saúde, constituindo o SUS. Precisou, portanto, ser promulgadas, duas

Leis 8.080/90 e a Lei 8.142/90 que juntamente regulamentam o Sistema Único de Saúde, formando a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2000).

A Lei 8.080/90 dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, tratando do desenvolvimento da descentralização, como das competências de cada esfera de governo, assim como a organização do sistema (NEGRI, 2002). Houveram vetos da Presidência da República, direcionados aos artigos que tratavam dos Conselhos e Conferências de Saúde. Como forma de reação da sociedade civil a esses vetos, em dezembro foi promulgada a Lei 8.142/90 que trata da participação da sociedade civil na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, (nos Conselhos e Conferências de Saúde), e sobre as transferências de recursos financeiros intergovernamentais na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

A centralização que era imposta pelo Regime Militar com autoritarismo, não era mais aceita no contexto constituinte. Nesse sentido foram ampliados os direitos sociais da cidadania, por meio da descentralização e democratização. Desta forma, esses direitos foram integrados ao conceito de seguridade social; da previdência, com os direitos de proteção individual; e com a saúde e a assistência, por meio dos direitos coletivos. A descentralização de competências de receitas tributárias, tanto para o Estado quanto para os municípios, possibilitou essa ampliação de direitos. A municipalização passa a ser preferida na saúde a partir desse momento (CONASS, 2006).

Se o período anterior a Constituição foi marcado pela divisão entre os que podiam pagar pelo acesso à saúde (trabalhadores formais) e os que não podiam (indigente), o SUS vem propor em seus princípios doutrinários e diretrizes organizacionais que o acesso a saúde seja para todos e fornecida pelo Estado.

A promulgação dessas leis reafirmam os princípios colocados pelo Movimento de Reforma Sanitária que criou um sistema de saúde único, de caráter universal e descentralizado. Com a instituição do SUS, e posteriormente sua regulamentação com as leis 8.080/90 e 8.142/90, a gestão da saúde passou da centralização à gestão descentralizada, sendo esta a melhor maneira para permitir e garantir a participação democrática da sociedade na formulação e implantação de ações e serviços de saúde. Desta forma, a descentralização se dá pela municipalização, pela maior proximidade do município com a população, o município é o mais indicado para a formulação da política de saúde local (BRASIL, 2000).

Nada mais acertado, considerando a diversidade e a disparidade de realidades locais espalhadas pelo Brasil. O município é, por excelência, o melhor dos entes federados para tratar da saúde dada a sua proximidade e, por isso mesmo, maior conhecimento da ordem de prioridades e das demandas da população local (BRASIL, 2000).

Foi instituído pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) (8.080/90 e 8.142/90) a participação social no processo decisório na saúde, esse também foi um dos parâmetros do Movimento de Reforma Sanitária. Portanto, com as leis tornou-se obrigatório a existência de Conselhos de Saúde nas três esferas de governo para garantir essa participação na formulação e execução da política de saúde (BRASIL, 2000).

Desde sua criação o SUS passa por ações contínuas de aperfeiçoamento através de leis e portarias. São trabalhadas, formas de consolidar os princípios doutrinários de universalização. Equidade e integralidade, descentralização dos serviços e regionalização e hierarquização da rede e participação social. O SUS tem grande ênfase na responsabilidade do município em desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2000).

O SUS também evoluiu e aperfeiçoou por meio de portarias do Ministério da Saúde. Desde sua constituição jurídica o SUS, por meio de reformas simples vem se refazendo com mais desenvolvimento. Resultantes de discussões entre as três esferas de governo, por meio de consenso foram formuladas as Normas Operacionais Básicas – NOB- SUS, materializadas em Portarias Ministeriais (NEGRI, 2002).

Através das Normas Operacionais Básicas, são definidos os critérios sob os quais os estados e municípios irão de forma voluntária se habilitar para o recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A adesão à habilitação às condições de gestão das NOB-SUS implica aos estados e municípios assumir o cumprimento de um conjunto de requisitos e comprometendo-se com responsabilidades referentes à gestão do Sistema de Saúde (SOUZA, 2002).

Desde sua implantação foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas. NOB nº 01/1991; NOB nº 01/1992; NOB nº 01/1993; NOB nº 01/1996. Posteriormente foram publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/ 2001; 01/2002) estas são referentes ao regionalismo da assistência (NEGRI, 2002).

A NOB 01/91 e a NOB 01/92 foram publicada no contexto que mesmo direcionado para a descentralização, sofreu muito a influência centralizadora. A primeira o pagamento dos prestadores públicos de serviços era por faturamento apresentado pelos prestadores particulares; na segunda, a NOB 01/92 redefiniu critérios de recursos e propôs mecanismos de estímulo para a gerência do município e do estado (NEGRI, 2002).

A NOB 01/93 Institucionalizou as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, criou um sistema decisório partilhado entre as diferentes instâncias federativas, motivou a municipalização por meio das habilitações em gestão inicial, parcial e semiplena; Esta NOB teve maior força no objetivo da descentralização. Com a NOB 01/96 ficou consolidada a política de municipalização, o poder municipal na função de gestor da atenção à saúde, foi exercido de forma plena. Com esta norma foi instituída a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica, as responsabilidades dos municípios e dos estados foram redefinidas (CONASS, 2006).

A NOB 01/96 foi bem sucedida em vários aspectos, porém, nas questões quanto ao estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, na integração e hierarquia de serviços, quanto a fixação de padrões semelhantes de oferta e qualidade, e principalmente no tratamento das questões de intermunicipais, haviam obstáculos. Para sanar esses problemas foi elaborada a NOB 01/01, que ampliava as responsabilidades dos municípios referentes a atenção básicas e à definição do regionalismo da assistência. Em consequência foi elaborada a NOB 01/02, mantendo as diretrizes da NOB 01/01, aumentou a quantidade de procedimentos do Piso da Atenção Básica (PAB) e criou o PAB Ampliado; as características das regiões de saúde estatais foram definidas, estabeleceu mecanismos de financiamento de procedimentos de maiores custos e complexidade (NEGRI, 2002).

Em 2006 foi lançado o Pacto pela Saúde¹² um acordo entre os gestores responsáveis pela implementação do SUS, objetivando estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento para contribuir com a consolidação do SUS. Desta forma, o Pacto se compromete a mobilizar a população e o movimento em defesa do SUS. O Pacto pela Saúde não é uma NOB, mas será firme nas cobranças quanto ao compromisso com as metas sanitário e de gestão que serão firmadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É nesse sentido que o Pacto poderá ser anualmente revisado, com base nos princípios da participação social, universalização e integralidade do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica a definição de prioridades articuladas e 14 integradas em seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 13, 14).

A Constituição adotou muitas das propostas do Movimento de Reforma Sanitária, mas aquelas que se contraponham aos interesses empresariais e até mesmo de setores do governo, deixaram de ser incluídas no texto da C.F.B /88. Quanto ao financiamento do SUS, Bravo (2009, p. 98) afirma que “as questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina.” O SUS manteve a lógica de financiamento do INAMPS, resultando em grandes dificuldades com grande falta de recursos e a não definição de fontes alternativas de financiamento para o SUS (SOUZA, 2002).

¹² O Pacto pela Saúde é formado por três Pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O PACTO PELA VIDA estabelece compromissos de atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS, com base na definição de prioridades que resultem em real impacto no nível de vida e saúde da população brasileira. O PACTO EM DEFESA DO SUS estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado, ou seja, o governo e a sociedade civil, a fim de consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária Brasileira, nos moldes em que foi inscrito na Constituição Federal. O PACTO DE GESTÃO define as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Mas em 1997, com a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), para ser investida nas áreas de saúde pública e previdência social essa situação começou a ser resolvida com a captação de verbas. Com o passar dos tempos começou a ter grandes desvios de verbas da CPMF. Diante do insucesso da CPMF, em 2007 houve sua extinção (BERTOLI FILHO, 2002).

O financiamento do SUS está centrado nos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde. É obrigatória a constituição dos fundos de saúde, com a Emenda Constitucional nº 29, de 13.09.2000 fica estabelecido a vinculação crescentes de recursos nos três níveis de governo. O funcionamento dos fundos de saúde estabelecido pela EC-29, a transferência fundo a fundo¹³, é a melhor forma de descentralização nos serviços públicos do Brasil. (MINISTÉRIO DS SAÚDE, 2000).

A EC-29 determina que os três entes do governo se comprometerão com a saúde da população, com gastos homogêneos em todo o Brasil previsto entre 2000 e 2004. Através da Emenda Constitucional nº 29 foi estabelecido que os gastos da saúde devem ser mantidos em três níveis; pela União os gastos devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Quanto aos Estados, no financiamento à saúde eles devem garantir 12% de suas receitas. E para os municípios 15% de suas receitas devem ser garantidas à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A conjuntura do final da década de 80 e início dos anos 90 deixou dúvidas quanto à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, com a burocratização da reforma e a saída da população da cena política. Nesse contexto, entra em cena o Neoliberalismo, com sua política de Ajuste, reduzindo os direitos sociais e desconstruindo a política de saúde dos anos 80, novamente colocando em tensão dois projetos de saúde, o da reforma sanitária, inscrito na Constituição Brasileira de 1988 e o médico assistencial privatista; sobre o SUS, foram descumpridos os dispositivos constitucionais, propondo dividir o SUS em dois setores: hospitalar e básico (BRAVO, 2009)

¹³ Os fundos são remunerados automaticamente, uma vez cumpridos os critérios e os requisitos exigidos e pactuados. Por exemplo, estados e municípios recebem depósitos e automático de recursos em seus respectivos fundos de saúde provenientes do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, mediante, o cumprimento das obrigações inerentes a cada tipo de gestão sistema e ou cada programa para os quais estiverem habilitados (MINISTÉRIO A SAÚDE, 2000).

2.3 Ofensiva neoliberal e suas implicações para a efetivação da saúde pública no Brasil: Projetos em disputa nas décadas de 80 e 90

Para Anderson (1995, p.01) o neoliberalismo que temos hoje se distingue do liberalismo clássico do início do século XX. Quanto a sua origem “o neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo.” (ANDERSON, 1995 p. 01). Segundo Rizzotto (2009) estavam sendo implementadas políticas Keynesianas e sociais democráticas nos países centrais, o neoliberalismo surgiu em oposição a essas políticas. Segundo Anderson (1995 p. 01) “foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar”.

Segundo Rizzotto (2009) a divulgação inicial do neoliberalismo se deu por meio de uma sequência de textos, o primeiro deles, foi “O caminho da servidão” de Frederich Hayek, de 1944. Esse texto tratava-se “de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciada como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política.” (ANDERSON, 1995 p.01). Em sequência a esse texto, em 1945 também veio “A sociedade aberta e seus inimigos”, de Popper. Na década de 1960, mais textos de sustentação do neoliberalismo vieram a ser publicados, dentre eles “Os fundamentos da liberdade”, também de Frederich Hayek; em 1962, “Capitalismo e liberdade”, de Milton Friedman (RIZZOTTO, 2009).

Na Europa, na Inglaterra e em outros países, no pós-guerra em 1947, se construía as bases do Estado de bem-estar. Hayek e outros que compartilhavam de sua orientação ideológica, posicionados contra o Estado de bem-estar europeu e inimigos ferrenhos do New Deal norte-americano, entre eles, Milton Friedman, Karl Popper reuniram-se na Suíça com o propósito de contestar o Keynesianismo e o solidarismo que imperava na época e objetivando dá suporte para a implantação de um novo capitalismo duro e livre, não se submetendo a regras (ANDERSON, 1995).

As décadas de 50 e 60 foram consideradas os “anos de ouro” da história do capitalismo avançado ele estava vivendo o seu apogeu com crescimento acelerado. Neste cenário não eram propícias as argumentações dos Neoliberais, a respeito da regulação do Estado sobre o mercado. Já o posicionamento quanto a regulação

social do Estado causou mais polêmicas. Os argumentos de Hayek e os demais neoliberais eram de que a prosperidade de todos estava ligada a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, estas eram destruídas pelo igualitarismo executado pelo Estado de bem-estar social. Durante vinte anos os neoliberais defenderam a teoria que a ser a desigualdade era fundamental para a sociedade ocidental, discordando do igualitarismo (ANDERSON, 1995).

A expansão do neoliberalismo se deu no contexto da crise global, teve seu início com a crise do petróleo no ano de 1973. Outros fatores também contribuíram como a onda inflacionária durante a década de 80, que resultou na decadência do Estado de bem-estar social, juntamente com o colapso do socialismo real que teve sua representação na queda do muro de Berlim no ano de 1989. Esses acontecimentos acarretaram um grande avanço da ofensiva do ideário liberal, que neste fim de século se manifesta como o neoliberalismo (RIZZOTTO, 2009).

O neoliberalismo fundamenta-se em uma reação teórica e política de encontro ao estado intervencionista, opositor direto a qualquer forma de planejamento¹⁴ da economia. As ações do Estado voltadas a limitar os mecanismos de mercado são brutalmente condenadas pelo neoliberalismo, alegando que essas ações ameaçam tanto a liberdade econômica quanto política (RIZZOTTO, 2009).

Os teóricos do pensamento neoliberal o comportamento humano deve se estabelecer pelo conhecimento advindo da prática frequente, pelas normas sociais vindas dos hábitos e crenças, pelo sistema de comunicação do mercado. Sendo a melhor sociedade, aquela em que o funcionamento se dá a partir de escolhas voluntárias dos indivíduos, onde as normas devem se limitar à segurança pública e a proteção e à manutenção da propriedade privada. Desse modo, a ideia central do neoliberalismo está baseada em defender o livre curso do mercado, sendo o mercado o mediador indispensável às relações societárias e tem no Estado mínimo como alternativa e pressuposto para a democracia (RIZZOTTO, 2009).

Acontecimentos da economia global da década de 1940, já citados anteriormente, tinham alterado o contexto de atuação dos Estados nacionais,

¹⁴ Para os teóricos neoliberais, tanto os vinculados à escola econômica austríaca que emergiu no final do século XIX e teve como principal discípulo, no século XX, Frederick Hayek, como os vinculados à escola de Chicago, cujo representante mais emblemático é Milton Friedman, a razão é incapaz de reconstruir a ordem social, portanto, o uso de qualquer forma de planejamento, na economia, seria consequência de um equívoco, devendo-se permitir que a ordem espontânea do mercado se manifeste livremente (RIZZOTTO, 2009).

impondo uma maior extensão das suas atribuições; na década de 1970, com o padrão da economia mundial globalizada, exigia-se um novo Estado com mais eficiência e mais agilidade, concentrado em tarefas básicas, indispensáveis à manutenção da ordem da sociedade.

A mudança experimentada a partir da década de 1940 teria ocorrido, nos países centrais, para fazer frente às demandas do Estado de Bem-Estar Social e, nos países periféricos para criar as condições estruturais e induzir o desenvolvimento econômico, necessário à expansão do capitalismo mundial (RIZZOTTO, 2009).

No Consenso de Washington, encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, onde o pensamento neoliberal tornou-se singular no receituário do encontro. Os participantes desse encontro eram os funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como: o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), participaram também, alguns economista liberais para avaliarem as reformas econômicas que ocorreram nas décadas anteriores, nos países da América Latina (RIZOTTO, 2009).

A partir do Consenso de Washington, foram definidas as linhas da política macroeconômica e contribuiriam para a abrangência do neoliberalismo, ou seja, dele saiu as propostas das reformas neoliberais. Nas décadas de 80 e 90, essas reformas foram implantadas em muitos países periféricos, entre eles estava o Brasil. Como resultado desse encontro, saíram as linhas básicas que regem o neoliberalismo, as quais são: a desregulamentação dos mercados, na cobertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculos entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista (RIZZOTTO, 2009).

O pensamento neoliberal influenciou alguns governos em países centrais, no final da década de 1979 e início de 1980. O primeiro governo do capitalismo avançado a aderir ao programa neoliberal, foi o governo de Margareth Thatcher, em 1979, na Inglaterra. Em 1980, nos Estados Unidos, Ronald Reagan assume a

presidência colocando em prática o ideário neoliberal (ANDERSON,1995). A partir desses dois governos, o pensamento neoliberal passou a se difundir. A adesão ao neoliberalismo não se deu de forma homogênea, os países periféricos assimilaram os pressupostos do neoliberal com radicalidade, diferentemente da assimilaram dos países centrais (RIZZOTO, 2009).

O neoliberalismo foi introduzido no Brasil, através do governo de Fernando Collor de Mello, com um discurso de era preciso o país ser modernizado, esse pensamento se intensificou nos anos de 1990 e 2000, podendo ser avaliado e dividido em dois momentos. Primeira, destaca-se nas reformas econômicas, com a privatização das empresas estatais e das políticas sociais focalizadas; no segundo momento, esses aspectos são aprofundados e a estrutura do Estado é substancialmente modificada através de uma grande reforma materializada em um documento chamado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) (1995). Documento este que, define e direciona o procedimento da reforma e qual a postura que o Estado brasileiro deve tomar (RIZZOTTO, 2009).

Em 1993, no governo de Itamar Franco (1990 à 1992), o Ministério da Previdência e Assistência Social, apoiado pelo Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso (FHC), foi retirada a participação previdenciária da base de cálculo do financiamento do SUS por consequência do aumento do desemprego ocasionou a diminuição da contribuição compulsória, fazendo frente às despesas da previdência. Dessa forma os recursos destinados ao pagamento dos procedimentos realizados pelo INAMPS diminuíram, sob a administração do Ministério da Saúde em 1990. Somando a isso, por causa da diminuição total de recursos orçamentários e os compromissos com o FMI e BM para o ajuste fiscal e na contenção de gastos, a Secretaria da Receita Federal também não repassa recursos da Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) (LIMA, 2010).

Fernando Henrique Cardoso esteve à frente do Brasil por dois mandatos (1995-1998 e 1999-2002). O governo de FHC sofreu influências do discurso de governança inglesa, com Tony Blair e da administração competitiva, uma mistura de influência inglesa e americana de administração. Essas duas concepções de administração interferiram na reforma do aparelho do Estado, no primeiro mandato de FHC. Na Governança, há a justificação da redefinição do papel do Estado, na desresponsabilização da produção direta de bens e serviços e assumindo a função

de regulador e coordenador das políticas sociais; enquanto o Estado transfere para o setor privado atividades que o mercado podia executar, também descentralizava as atribuições executivas para as esferas estadual e municipal. Com a administração competitiva, estabeleceram-se as Organizações Sociais ¹⁵, transformando os serviços públicos em outros tipos de organizações públicas (LIMA, 2010).

Para o neoliberalismo, a crise dos anos 80 e 90 eram resultado do mau funcionamento do Estado, a ausência de efetividade, o crescimento distorcido, os altos custos operacionais, o endividamento público exagerado, com um Estado incapacitado de se ajustar ao processo de globalização, reduzindo a autonomia e a capacidade dos Estados Nacionais na gestão de suas próprias políticas econômicas e sociais, comprovando seu mau funcionamento. Para resolver o problema do mau funcionamento do Estado, o neoliberalismo propõe que as sociedades aceitem que sejam redefinidas as funções do Estado, assim, de forma estratégica seria selecionado o que o Estado pode executar e o que não pode. Essa proposta tinha a intenção de aproximar o cidadão dos problemas da comunidade e sua participação na resolução dos mesmos isso implicaria na redução das atribuições demandadas ao Estado. (RIZZOTTO, 2009).

A principal função desse novo Estado, o social liberal, era de regulação, de representação política, de justiça e solidariedade; não participando da produção de serviços, mas centrado na função reguladora, com uma pequena oferta de serviços básicos que não são ofertados pelo mercado, como por exemplo, saúde e educação, entre outros. Foram implementadas reformas ¹⁶ administrativas e gerenciais reduziram as áreas de atuação do Estado e que focalizaram as ações de atendimento das necessidades sociais básicas, através de três dispositivos: a privatização, que consiste na venda de empresas públicas; a publicização, que é a transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal e por último, a terceirização, que é a compra de serviços de terceiros (RIZZOTO, 2009).

No neoliberalismo as políticas sociais não são compreendidas como direito, mas como assistência ou filantropia para as pessoas mais carentes. Parte desse

¹⁵ Ver em CORREIA (2011).

¹⁶ Para proceder às mudanças no âmbito do projeto neoliberal, deveriam ser removidos os constrangimentos jurídico-legais, notadamente de ordem constitucional, que impediam a adoção de uma administração ágil, com maior grau de autonomia, capaz de enfrentar os desafios do Estado moderno (RIZZOTO, 2009).

pensamento, que o Estado deve ter suas ações focalizadas¹⁷ nos pobres; a sociedade responderá diminuindo a carga do Estado, assumindo a resolução dos problemas nela existente representada pelas organizações não governamentais e pelo voluntariado (RIZZOTTO, 2009).

“Em 1989, nas eleições presidenciais, há disputa entre dois Projetos Societários: Democracia de Massas x Democracia Restrita”, afirma Netto (1990 *apud* CFESS, 2009 p. 09). O Projeto de Massas visa à participação da social junto com as instituições parlamentares, os sistemas partidários com uma rede de organizações de base (sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais). Nesse projeto, é dever e responsabilidade do Estado democrático de direito responder às questões sociais; e articula a democracia representativa à democracia de direta. O projeto de Democracia Restrita está focado na restrição de direitos sociais e políticos, concebendo um Estado mínimo, para as questões sociais e máximo para o capital. Sua meta é o enxugamento do Estado e a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas (CFESS, 2009).

Tomando como base o contexto nacional e internacional de crise, é possível ver a dinâmica de dois grandes projetos societários: um pertencente a sociedade que prega uma democracia que restringe e diminui os direitos sociais e um projeto societário articulado na democracia de massa, segundo Netto (1990 *apud* BRAVO, 2009, p.2). Os projetos acima citados interferem nas políticas sociais. Na política de saúde estavam em evidência o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária.

O Projeto Privatista é uma readequação do modelo médico assistencial privatista, portanto, vincula-se ao mercado. Pauta-se na política de ajuste, caracterizada pela contenção de gastos através da racionalização de oferta de

¹⁷ Nas últimas décadas do século XX, no âmbito das políticas sociais em geral e das políticas de saúde em particular, o termo ‘focalização’ assume *status* de categoria com ampla utilização em documentos de Organismos Internacionais, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), entre outros, que passaram a difundir a idéia de que o alívio da pobreza e a redução das enormes desigualdades sociais existentes nos países dependentes iriam ocorrer a partir da implementação de projetos e programas sociais dirigidos às populações pobres e grupos vulneráveis. Tais projetos teriam como objetivo explícito combater a pobreza, satisfazendo as necessidades básicas, o que deveria propiciar um mínimo de dignidade a esse segmento populacional. Nesse sentido, a discussão da ‘focalização’ está diretamente relacionada com a temática da pobreza. (RIZZOTTO, 2009)

serviços, descentralização do poder central e a focalização das ações. As premissas do projeto privatista é a da individualização e fragmentação da realidade. O projeto privatista dá ênfase à parcerias com a sociedade, a mesma assume e se responsabiliza pelos riscos das crises; e com a refilantropização com a desprofissionalização. (BRAVO, 2009).

O Projeto de Reforma Sanitária teve como um de seus objetivos, a criação do Sistema Único de Descentralizado da Saúde (SUDS) em 1987, posteriormente passou a se chamar Sistema Único de Saúde (SUS) 1988. Tinha como estratégia assegurar a atuação do Estado em função da sociedade, por compreender que o Estado é democrático e de direito, cabendo a ele a responsabilidade pelas políticas sociais, conseqüentemente a política de saúde. O projeto de reforma sanitária tem como premissas: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços por meio da adoção de um novo modelo assistencial com pauta na integralidade e equidade das ações Bravo (1996 *apud* BARVO, 2009). A saúde como direito de todos e dever do Estado é a premissa do projeto de reforma sanitária. Propõe também a participação de novos sujeitos sociais na definição das políticas sociais através dos Conselhos de saúde e de Conferencias de saúde (BRAVO, 2009).

Bravo (2009, p. 100) afirma que “a proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída”. Com a hegemonia neoliberal a saúde passa a vincular-se ao mercado. No que diz respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo sendo declarado oficialmente pela Constituição de sua adesão, foram descumpridos os dispositivos constitucionais e legais e o governo federal se omite quanto à regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (BRAVO, 2009).

Segundo Laurell (2002 *apud* ALVES e SILVA, 2011) na lógica de mercado a saúde é um produto, não devendo ser apenas uma questão necessidade, mas de gosto e de estilo, sendo entendida apenas como necessidade de consumo individual. A saúde não pode ser entendida como um produto de consumo, mas uma questão individual e coletiva, isso exigindo um padrão público e social, determinado o projeto que se quer para alcançar a qualidade de vida de uma sociedade.

A saúde foi atingida pela Contrarreforma¹⁸ do Estado neoliberal, impedindo o SUS de ter avanços em alguns pontos: não foi considerado o conceito de equidade quanto a distribuição de recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, com o distanciamento da integralidade com a indissolubilidade entre ações preventivas e curativas, sendo priorizado a assistência médico-hospitalar com ações de promoção e proteção da saúde. Sendo proposto pela Contrarreforma, a divisão do SUS em: básico e hospitalar (BRAVO, 2009).

A proposta neoliberal na Contrarreforma do estado para a saúde, vai contra os princípios constitucionais básicos do SUS. Para a universalidade é imposta uma política de focalização; ao invés da integralidade, apenas uma “cesta básica” para os mais pobres, que não podem pagar por serviços privados; contra a igualdade, a noção de favor, onde o atendimento seria pela porta dos fundos de alguns hospitais, uma proposta do fim da saúde como um direito, perdendo seu caráter público, igualitário e universal; contra o controle público são colocadas as leis do mercado (GOUVEIA e PALMA, 1999).

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltado para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico (BRAVO, 2009).

A eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2003 foi uma resposta de negação da população ao projeto neoliberal implantado na década anterior. E pela primeira vez na história do Brasil, tem-se a vitória de um projeto que não representa

¹⁸ A contrarreforma do Estado atingiu a Saúde através das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade através da criação de dois subsistemas. O subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado. O subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas (CFESS, 2009).

os interesses hegemônicos da classe dominante. No cenário internacional, com pressão por parte dos mercados e do capitalismo financeiro, não era esperado grandes mudanças, devido a essa conjuntura e os acordos firmados com o FMI e BM, mas a perspectiva era de mudanças quanto às políticas sociais e a participação popular. Mesmo com todas as dificuldades, com a vitória de Lula nas eleições esperava-se que esse fosse um momento novo no Brasil, um momento de enfrentamento das políticas de ajuste (BRAVO e MENEZES, 2011).

Na verdade, na análise feita por Bravo (2009), sobre o governo de Lula é que esse governo deu continuidade à política macroeconômica do governo anterior, com as políticas sociais fragmentadas e mantidas em subordinação à lógica econômica. Presou-se pela não valorização da concepção de seguridade social, manteve-se a fragmentação das três políticas de: saúde, assistência e previdência. Esperava-se do governo Lula, o fortalecimento do projeto de reforma sanitária, questionado nos anos 90, período em que se consolidou o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

No primeiro mandato a saúde é apresentada como direito fundamental, deixando claro que o acesso aos serviços e ações de saúde seria baseado universalidade, equidade e integralidade. A incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária foi um dos desafios que o governo apresentou como meta, porém, as atitudes tomadas não condiziam com o discurso, colocando em tensão os dois projetos. Algumas propostas do desse governo fortalece o projeto privatista e outras, o da reforma (BRAVO, 2009).

Bravo (2009) coloca como aspectos de inovação que poderia contribuir para o fortalecimento do projeto de reforma sanitária: o retorno da concepção da reforma sanitária, abandonada nos anos 90; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério da Saúde; alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde¹⁹; a convocação

¹⁹ O Ministério da Saúde está estruturado nas seguintes Secretarias: Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Ressalta-se como importante a criação das Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (BRAVO e MENEZES, 2011).

extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)²⁰; em dezembro de 2003, a escolha da Central Única dos Trabalhadores (CUT); para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Os aspectos que revelam a continuidade da política de saúde dos anos 90 destacam-se: a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Destaca-se como exemplo de focalização, a centralidade do Programa Saúde da Família (PSF), sem significativas alterações, para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. E ações do governo estão centradas em programas focais (BRAVO, 2009).

No segundo mandato de 2007 à 2010, o então ministro da saúde José Gomes Temporão, que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 80 (Menezes, 2011), afirmou em seu discurso de posse que há uma tensão constante entre o ideário reformista e o projeto que realmente está em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos que estão em disputa, como também as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, de focalização, de negação da solidariedade e banalização da violência. Para a superação desse conflito, um dos possíveis caminhos é o reconhecimento da sociedade de pensar a saúde como um bem e um projeto social. Desta forma é essencial reaver os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira, que não se resume apenas à construção do SUS, mas também ao aumento da capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença. Porém, corre o risco do Projeto de Reforma Sanitária ser derrotado, se não houver a participação dos sujeitos desse processo, usuários e os profissionais de saúde (TEMPORÃO, 2007).

No entanto, o Ministério da Saúde não tem enfrentado algumas questões centrais do ideário reformista, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Mas apresenta propostas contrárias a ele, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado. Este último tem maior repercussão na saúde,

²⁰ A CNS não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. A expectativa em torno da 12ª Conferência era de que ela fosse um marco significativo com relação às anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNC, ocorrida em 1986.

mas objetiva atingir as áreas não exclusivas do governo (BRAVO e MENEZES, 2011).

No discurso de posse da Presidente Dilma Rousseff em 2011, a consolidação do SUS, foi posta como grande prioridade do governo. Porém, ao longo do tempo as propostas foram se direcionando para a privatização dos serviços públicos de saúde pelos denominados, novos modelos de gestão, tais como: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Uma análise inicial do governo Dilma, sobre os encaminhamentos da saúde, aponta para a focalização de políticas e programas focalizados, com parceria com o setor privados e a cooptação dos movimentos sociais (BRAVO e MENEZES, 2011).

Mesmo com os avanços do SUS real, o SUS que foi proposto pelo movimento sanitário instituído na Constituição de 1988 está muito longe do sistema público de saúde vigente. A forma como o SUS se consolidou, destinou um espaço aos que não tem acesso aos subsistemas privados, ou seja, como parte de um sistema fragmentado, proposta do SUS quanto à universalidade não se efetivou (BRAVO, 2011). Soares (2004 apud Bravo, 2009) afirma quanto à proposição de “políticas focalizadas é a ‘anti-política’, na medida em que permite a ‘inclusão’ não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social”.

A formulação da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, está baseada em valores solidários, mas está sendo substituído por valores individualistas, fortalecendo a consolidação do SUS para os pobres e um sistema segmentado, desta forma, o Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado (BRAVO, 2009).

3.0 OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E A PRIVATIZAÇÃO PELA EBSERH

3.1. OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO NO SUS:

Os novos modelos de gestão surgem no contexto neoliberal de contrarreforma do Estado, com objetivo de substituir o modelo de gestão estatal burocrático e oneroso por um mais eficiente, o modelo gerencial, segundo os idealizadores este produtivo, racional e mais moderno. Os novos modelos de gestão se instalaram nas áreas que não são exclusivas para o Estado, dentre elas estão a saúde e a educação.

O Brasil nos anos 1990 foi marcado pelas reformas, ou melhor, pela contrarreforma do Estado em conformidade com as determinações do Banco Mundial, baseando-se na inevitável limitação das funções do Estado (CORREIA, 2009). A reforma do Estado está configurada como uma contrarreforma social e moral, sendo relevante porque esta vem recompor a hegemonia burguesa no país MOTA (1995 e 2000 *apud* BEHRING, 2003). A justificativa neoliberal para a elaboração desta reforma estava na crise fiscal que atingiu o Brasil na década de 1980, fomentada pela crise da dívida externa e pelo populismo econômico. Nesse contexto neoliberal, a função do Estado é de coordenador suplementar, pois o mesmo é excessivamente regulador, rígido com serviços públicos ineficientes, e precisando ser reformado objetivando a recuperação da governabilidade, e (legitimidade) e a capacidade financeira e administrativa de governar, através da governança (BEHRING, 2003).

A reforma neoliberal tem com objetivo à liberalização, desimpedimento e desregulamentação da acumulação do capital deslegitimando o sistema e o controle social da lógica democrática e passando para a lógica do mercado MONTAÑO (1990 *apud* MONTAÑO 2007). A flexibilização e a precarização das bases da regulação das relações sociais (políticas e econômicas) são partes da reforma, articuladas à reestruturação produtiva e ao combate ao trabalho, no centro da reestruturação do capital. No Brasil, a contrarreforma do Estado elimina os aspectos trabalhistas e sociais, advindos dos anos 30 e 60 e desfazendo as conquistas sociais inscritas na Constituição de 1988. A contrarreforma começou a ser amadurecida juntamente ao processo de reestruturação capitalista (MONTAÑOS, 2007).

As orientações neoliberais de contrarreforma se concretizam com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de Bresser Pereira, do governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995. O governo alega nesse documento, que a

crise dos anos 1980 foi uma crise do Estado, que o mesmo desviou-se de suas funções básicas, devendo ser fortalecida sua capacidade de regulação dentro de uma economia de mercado, principalmente os serviços básicos e de ordem social. (BEHRING, 2007).

O Plano Diretor determina que a administração pública deveria ser moderna e racional, focada nos resultados e não nos processos, diferente das administrações anteriores, que eram burocráticas. Ele sugere como solução para a crise, do Estado, uma administração pública gerencial, eficiente, produtiva, que visa o controle dos resultados e descentralizada (BRASIL, 1995). O Plano foi elaborado para expor as propostas de ajuste do neoliberalismo. Ele propõe a redefinição do papel do Estado, com transferência de atividades próprias do Estado para o setor privado, sendo controladas pelo mercado, como exemplo das empresas estatais. Propõe também a descentralização de serviços que o Estado não exerce poder sobre eles, para o setor público não-estatal, mas que devem ser subsidiadas pelo Estado, as quais são: saúde, educação, cultura e pesquisa científica (BEHRING, 2003). Esse processo descentralização, ou transferência, é denominado como “publicização”:

Trata-se da produção de serviços competitivos ou não exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução. O Estado reduz a prestação direta de serviços, mantendo-se como regulador e provedor. Reforça-se a governança por meio da transição de um tipo rígido e ineficiente de administração pública para a administração gerencial, flexível e eficiente. Para os autores do Plano, o governo não carece de governabilidade, mas de governasse (BEHRING, 2003 p.179).

O Plano Diretor apresenta os dois tipos de administração públicas existentes, a Administração Pública Burocrática e a Administração Pública Gerencial. Quanto às formas de propriedade ele destaca o reconhecimento oficial de apenas duas: a Propriedade Estatal e a Propriedade Privada. Acerca do princípio do Plano Diretor (BRASIL, 1995). Sobre as funções do Estado, Correia (2011, p. 43) afirma que: “deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las,

transferindo a execução destas para o setor ‘público não-estatal’ que na realidade é privado”.

Como forma de reformar o Estado o Plano Diretor separa o Estado em quatro setores: o Núcleo Estratégico, o Setor de Atividades Exclusivas, o Setor de Serviços Não-Exclusivos e o Setor de Bens e Serviços para o Mercado. Especifica quais os tipos de administração são mais indicados para aquele setor. Para o Núcleo Estratégico e o Setor de Atividades Exclusivas é a Propriedade Estatal; para o Setor de Serviços Não-Exclusivos e para o Setor de Bens e Serviços é a Propriedade Pública Não-Estatal, sobre este último a administração é gerencial e a Propriedade Pública Não-Estatal é uma regra (BRASIL, 1995).

O Plano Diretor através do projeto de “publicização”, “propôs o repasse de serviços, antes de responsabilidade do Estado, para “entidades de direito privado” executá-los, mediante o repasse de recursos públicos”, (CORREIA, 2011, p.43). O projeto de “publicização” dos serviços não-exclusivos do Estado transfere esses serviços para as “Organizações Sociais”. As Organizações Sociais são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, firmam contratos de gestão²¹ com o Poder Executivo, assegurando-lhe dotação orçamentária. Mas também estão previstas outras formas de financiamento, entre elas, aplicações no mercado financeiro e convênios (BEHRING, 2003).

Os argumentos neoliberais que justificam os ajustes e as reformas na seguridade adentra o campo do financiamento, pela ampla participação da sociedade civil, tanto pelo voluntariado, via ONGs e empresas socialmente responsáveis (MOTA, 2009). Atualmente a sociedade civil tem desenvolvido funções que antes eram atribuídas ao Estado. Esse debate é trazido para a comparação entre instituição estatal, tida como (burocrática, ineficiente, corrupta, rígida e que está crise), e organizações do “terceiro setor”, conceituadas como (dinâmicas, democráticas, populares, flexíveis que atende às particularidades regionais e categoriais). A transferência das responsabilidades e atividades do Estado para

²¹ Diversas implicações decorrem do tema do contrato de gestão. Inicialmente, há que se considerar o modo através do qual o Estado vai optar entre as Organizações Sociais de uma área com qual ele vai firmar tal contrato, ou seja, como deve ser feita a escolha. A doutrina em certa medida diverge quanto à exigência ou não de ser realizado o procedimento de licitação para tal fim. Essa discussão se torna mais intensa pelas diferentes interpretações conferidas ao art. 24, XXIV, da Lei 8666/93, *in verbis* (SPENNER, s.d.).

organizações do terceiro setor, que Bresser Pereira, denominou de publicização, é na verdade uma privatização (MONTAÑOS, 2003).

Assim, como solução parcial da crise capitalista, o neoliberalismo visa à reconstituição do mercado, reduzindo a ou até eliminando a intervenção social do Estado em diversas áreas e atividades. É o que já caracterizamos como passagem do fundamento da legitimação sistêmica das *lógicas democráticas* (particularmente no âmbito estatal) para as *lógicas da sociedade civil e do mercado*. Desta forma, a desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas e a reestruturação produtiva vão da mão da reforma do Estado, particularmente na sua desresponsabilização da intervenção na resposta da questão social (MONTAÑOS, 2003, p.188).

As políticas sociais aos poucos são retiradas das responsabilidades do Estado, passando a serem privatizadas, ou seja, são transferidas para o mercado ou para a sociedade civil. Nesse processo de transferência das responsabilidades do Estado, o sujeito que porta as necessidades é quem se responsabiliza por satisfazê-las por conta própria, ou por meios solidários ou pela compra desses serviços, assim como forma de mercadorias. As atividades que ficam sob a responsabilidade do Estado, as que são transferidas para o terceiro setor e as que são privatizadas são comercializadas tal como uma mercadoria, conformando um processo seletivo. Para Laurell, “a privatização de políticas sociais só interessa na medida em que possam ser convertidas em processo econômico rentável” (1995, *apud* MONTAÑO, 2003).

As organizações do terceiro setor normalmente não têm condições de autofinanciamento, dependendo da transferência de recursos de fundos públicos para funcionarem. Essa transferência se dá por meio de parcerias, essa parceria ocorre entre o Estado e a sociedade civil, nesse caso, nessa parceria o Estado participa com a contribuição financeira e legal e a sociedade civil, com a execução das funções (MONTAÑO, 2003). O Estado transfere suas atividades para o terceiro, por ter um custo menor com essas atividades, desta forma, desresponsabiliza-se por suas funções, ocorrendo assim, a terceirização dos serviços.

O modelo de gestão que inclui as Organizações Sociais aponta para a eficiência e a qualidade das ações, expressão típica do neoliberalismo. No modelo

de política neoliberal, eficiência implica concorrência; as Organizações Sociais contradizem a essência da política econômica que a criou, “não se pode falar em concorrência, primeiro, porque não há processo licitatório ou seletivo que a estimule e, no sentido econômico do termo, porque não deve haver fim lucrativo nas atividades por elas executadas.” BRASIL (2006 p. 3). Um ponto relevante sobre a não submissão ao processo licitatório é que mediante a contratação de serviços de pelas Organizações Sociais com dinheiro público, é imprescindível o uso de licitação (SPENNER, s.d.).

Segundo Ibañez; Neto (2007), dos diferentes modelos de elementos que compõem o Plano Diretor do Ministro Bresser Pereira, as Organizações Sociais são as que melhor representam a transição do modelo de administração burocrática dos setores sociais para a administração gerencial, atingindo fortemente a saúde.

A justificação do Governo, entre outras, era de que as “*atividades não exclusivas de Estado*” (termos e conceitos tomados de uma proposta de governo e não da Lei) podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado, porque esta transferência resultaria em melhores serviços à comunidade; maior autonomia gerencial; maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços; melhor atendimento ao cidadão e menor custo. (*grifos do autor*) (REZENDE, 2008 p. 27).

A criação das Organizações Sociais pela Lei 9.637/98 pressupunha que as Organizações Sociais concentrariam em si as funções dos órgãos públicos e conseqüentemente sua extinção (CORREIA, 2011). Também foram criadas, “com o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade” (IBAÑEZ; NETO, 2007, p. 1837). Em substituição às Os, foram criadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, como forma de corrigir algumas existentes nesse modelo de gestão DI PIETRO (2011 *apud* SPENNER, s.d.)

As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) se originam por meio da Reforma Estado da década de

1990, com o objetivo de transformar a gestão pública burocrática em gerencial (BRAVO, 2009). A Lei 9.637/98 criou as Organizações Sociais para viabilizar e implementar as políticas públicas. Segundo Ibañez e Neto, (2007, p. 1834) ela “é caracterizada como entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos. Esta surgiu pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado”. No art.1º da Lei 9.637/98 versa que as atividades das Organizações Sociais estão direcionadas: “ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei”.

Nesse mesmo caminho de orientação privatista, no ano seguinte a criação das Organizações Sociais, 1998, são criadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) pela Lei 9.790/99. A Lei apresenta as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público classificando-as como entidades civis sem fins lucrativos; estabelecida através de iniciativa privada, habilitada pelo poder público, não submetendo-se as normas do direito público (IBAÑEZ; NETO, 2007).

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público também se caracterizam por serem uma nova forma de repasse das funções do Estado para o setor privado, por meio dos “Termos de Parceria” (REZENDE, 2008). Através do termo de parceria o Estado transfere recursos ²² para entidade parceira responsabilizando-a por executar sua função, configurando assim como uma privatização (MONTAÑO, 2003). Quanto ao que está instituído sobre a fiscalização do Termo de Parceria, a Lei 9.790/99:

Prevê que a execução do objeto do Termo de Parceria deve ser acompanhada e fiscalizada pelo órgão do Poder Público da área de atuação correspondente, por meio de comissão de avaliação, composta de comum acordo entre o órgão parceiro e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público que encaminhará à autoridade competente relatório conclusivo sobre a avaliação procedida, e ainda, pelos respectivos Conselhos de Políticas Públicas em cada nível de governo (REZENDE, 2008 p. 28).

²² Fica estabelecida a autonomia da OSCIP que terá um regulamento próprio publicado, que especifique quais os procedimentos que ela utilizará para contratar obras e serviços e sobre compras efetuadas com os recursos do fundo público, de acordo com os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência (REZENDE, 2008 P. 28).

Enquanto na Lei das Organizações Sociais, está prevista a extinção do órgão público, com suas funções assumidas pelas mesmas. Nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as funções são repassadas para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral (REZENDE, 2008).

Há a possibilidade das Organizações Sociais serem transformadas em Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. A Lei 9.790/99 assegurará o direito de pessoas jurídicas qualificadas com outros diplomas legais que não sejam OSCIP, de manutenção simultânea qualificando-as como OSCIP, por um período de dois anos, a partir da validação da Lei. Passados os dois anos a pessoa jurídica decidindo assumir esta qualificação, automaticamente abre mão da qualificação anterior; decidindo continuar com a anterior, perde o direito de exercer a qualificação que esta Lei assegurada (REZENDE, 2008).

Projeto de Fundações Estatais de Direito Privado²³, de 2007, do governo do presidente Lula; dá seguimento à privatização dos setores públicos e das políticas sociais, iniciadas no governo de FHC, por via das terceirizações. As Fundações Estatais dão continuidade à transferência de recursos públicos para o setor público não estatal, por meio de contratos de gestão; a mesma terá autonomia gerencial, orçamentária e financeira (CORREIA, 2011).

O Projeto Fundação Estatal tem uma abrangência, maior que as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Alcançando muitas áreas de atuação, dentre elas, as áreas de saúde e educação.

O Poder Público poderá instituir fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade, em áreas como assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto e previdência complementar do servidor público,

²³ O projeto das Fundações Estatais objetiva a regulamentação da Emenda Constitucional nº 19 de junho de 1998. O artigo 37 e inciso 19, definindo, que por motivo de sua finalidade e competência, as entidades de administração indireta deveriam revisar seus estatutos quanto a sua natureza jurídica. Esta regulamentação repercutiu para o governo, na oportunidade da criação das Fundações Estatais; nova forma de reforma o Estado. No governo do Presidente Luís Inácio da Silva (Lula), em 2007, foi instituído as Fundações Estatais de Direito Privado - (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007) (GRANEMANN, 2008).

para os efeitos do art. 40, §§ 14 e 15 da Constituição. (BRASIL, 2007 p.12).

A Fundação Estatal é uma reatualização das Organizações Sociais e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado dando continuidade ao processo de privatização. A gestão nos moldes da Fundação Estatal comprometendo as políticas sociais e atingem também as ações de cultura e conhecimento (GRANEMANN, 2008).

A nova gestão das políticas públicas sociais através da Fundação Estatal, expressão da reforma do Estado²⁴, afeta toda a população, porém rebate com maior intensidade na classe trabalhadora que, neste caso, está menos favorecida, tem comprometidos todos os aspectos de sua vida, principalmente, no que diz respeito aos direitos trabalhistas conquistados, por meio da perda da estabilidade no trabalho; afeta também a educação através de ações e políticas de cultura e conhecimento que são as bases republicanas da soberania da nação (GRANEMANN, 2008).

Na saúde, os novos modelos de gestão, principalmente no que tange a Fundação Estatal, traz ao debate a questão dos prejuízos que esta traz à população por se tratar da privatização por meio de terceirização da coisa pública. A seguir vamos destacar três importantes pontos em que o novo gerenciamento acarreta na área da saúde, pondo à prova a Fundação Estatal: 1) fere a constituição do SUS; 2) prejudica a classe trabalhadora; 3) Limita o controle social:

O novo modelo de gestão do Estado, com repasse das ações não-exclusivas do Estado – no caso, a saúde – para as Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e mais recentemente, para as Fundações Estatais de Direito Privado através da transferência de recursos do fundo público, contradiz a legislação do SUS. (CORREIA, 2011) De acordo com a Constituição Federal de 1998 e ainda com a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) reconhecem a

²⁴ O documento que redige sobre o Projeto de Fundação Estatal, intitulado: Fundação Estatal - Proposta para o Debate, da Secretaria de Gestão – SEGES do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, é mais um instrumento de reforma do Estado assim como o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), de Bresser Pereira, no Governo de FHC. Os dois projetos apontam para a mesma direção, adequação à nova gestão pública “sintonizados com os princípios da eficácia, eficiência e efetividade” (BRASIL, 2007 p.01).

participação da iniciativa privada, no entanto, não admite a substituição da prestação de serviços de saúde por estas organizações, apenas sua participação de maneira complementar. De acordo com o artigo 199 § 1º da Constituição Federal.

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A Constituição Federal também assegura respectivamente em seus artigos 196 e 197, ser dever do Estado prover a saúde. Os serviços e ações de saúde prestados pelo Estado ou outras instituições devem integrar SUS, pois “todos exercem serviços de relevância pública, mas aqueles prestados pelo Estado são de natureza essencialmente pública, integral e universal, caracterizando-se como direito fundamental e dever do Estado” (BRASIL, 2006, p.5). A Lei 8.080/90 no artigo 24 reforça o texto da Constituição Federal, quanto ao dever do Estado e a participação da iniciativa privada:

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

No que diz respeito aos artigos 199, § 1 e o artigo 24 da Lei 8.080/90, (BRASIL, 2010) considera-se que o papel que a iniciativa privada ocupa quanto à prestação de serviços do SUS, é complementar, devendo ter menor investimento que o SUS, do contrário, iria contra a constituição e a Lei orgânica (BRASIL, 2010).

Uma das estratégias dos novos modelos de gestão estatal para a força de trabalho é colocar como inevitável a incorporação do processo de precarização, mercantilização como irrefutável e como parte constitutiva dos novos modelos de

gestão e subordina o público ao privado (MOTA, 2009). Desta forma os novos modelos de gestão precarizam os vínculos trabalhistas.

No tocante aos mecanismos de seleção e contratação de pessoal para compor o quadro de funcionários das diversas instituições e serviços, tanto as Organizações Sociais quanto as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, decretam o fim do acesso democrático aos cargos público, não fazendo uso de concurso público para a contratação de funcionários (REZENDE, 2008). Criando assim um pretexto para o clientelismo e a precarização do trabalho como forma de flexibilização dos contratos de trabalho, não garantido os direitos trabalhistas e previdenciários (CORREIA, 2011).

Os servidores públicos podem ser alocados pelo Estado à disposição das Organizações Sociais, vendendo sua força de trabalho à iniciativa privada, e ainda assim, continuar com vínculo com o órgão de origem para o qual prestaram concurso público, com isso acarretando ônus para a instituição (REZENDE, 2008).

A Fundação Estatal de Direito Privado difere das Organizações Sociais e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, no método de contratação de trabalhadores. O ingresso dos trabalhadores nas Fundações se dará através de seleção por concurso público, com edital publicado com antecedência no Diário Oficial; a contratação se dará através do Regime Jurídico da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) observados os princípios da impessoalidade, moralidade e publicidade (BRASIL, 2007) . É notável que a CLT foi uma conquista da classe trabalhadora, porém o Regime Jurídico da CLT quebra a estabilidade do servidor público (CORREIA, 2011).

Na área da saúde, os trabalhadores do SUS são mais beneficiados do que os trabalhadores contratados pela CLT, como é o caso dos novos modelos de gestão. O Regime Estatutário²⁵ é a forma de contrato de trabalho garantindo estabilidade

²⁵Registra-se por oportuno, que regime estatutário é o conjunto de regras que regulam a relação jurídica funcional entre o servidor público, estatutário e o Estado. São servidores públicos estatutários tanto os servidores efetivos (aqueles aprovados em concursos públicos) quanto os servidores comissionados ou de provimento em comissão (esses cargos detêm natureza de ocupação provisória, caracterizados pela confiança depositada pelos administradores em seus ocupantes, podendo seus titulares, por conseguinte, ser afastados ad nutum, a qualquer momento, por conveniência da autoridade nomeante. Não há que se falar em estabilidade em cargo comissionado). Salienta-se que regras básicas desse regime devem estar contidas em lei que possui duas características: 1ª) pluralidade normativa, indicando que os estatutos funcionais são múltiplos. 2º) natureza da relação jurídica estatutária. Portanto, não tem natureza contratual, haja vista que a relação é própria do Direito Público. (CARVALHO FILHO, s.d.).

para o servidor público; a convocação do pessoal é feita através do concurso público com garantia de direitos trabalhistas; o profissional recrutado no SUS tem a carreira equilibrada, e desempenha suas funções com autoconfiança no plano de cargos, carreira e salários (CORREIA, 2011).

Nas Fundações Estatais, com a CLT regendo os funcionários públicos, há uma tendência de enfraquecimento da classe trabalhadora. Regidos por instituições privadas que utilizam diferentes tipos de contratos de trabalhos, os trabalhadores passam a não mais se reconhecer como funcionários públicos, ou seja, uma única categoria (CORREIA, 2011).

Outro fator que prejudica os trabalhadores é o caso da não contribuição das Fundações Estatais para a formação do fundo público. Mesmo sendo a Fundação Estatal, uma entidade de iniciativa privada, tem a isenção inscrita na lei, de não contribuir com a formação do fundo público estatal. A Constituição Federal dispõe no art. 195, § 7º que: “São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.”

A interpretação do aparato da lei acima citada coloca a Fundação Estatal em situação de isenção em relação à contribuição para a seguridade social. Esta contribuição gera o fundo público, o mesmo sustenta as políticas sociais, que são instrumentos para a viabilização dos direitos sociais. Os serviços da Fundação Estatal são vendidos tanto ao Estado como a agentes do mercado. No entanto, os recursos necessários para o subsídio dos serviços das Fundações são reivindicados ao Estado, porém as Fundações não contribuem para o Fundo Público, que forma a política social na qual a própria Fundação está inserida, por exemplo, a política de saúde. (GRANEMANN, 2008).

Outro agravante da terceirização ocorrida com os novos modelos de gestão é o controle social. Praticamente não existe controle social no modelo de gestão das Organizações Sociais, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e das Fundações Estatais de Direito Privado. Com a Lei 9.637/98 não se considera o controle interno e externo inerente ao bom funcionamento da coisa pública, empregando meios de esquivar-se da fiscalização dos gastos públicos.

A Lei das Organizações Sociais contraria a Lei 8.142/90. Esta última dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, com a regulamentação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde – instâncias colegiadas - para o controle social. O controle social se dá com a participação de vários segmentos da sociedade e a participação de profissionais da saúde e usuários atuando na formulação de estratégias, no controle de execução da política de saúde, podendo interferir no aspecto econômico e financeiro. A participação dos usuários será paritária em relação aos demais participantes. A lei permite a participação da sociedade na implementação e fiscalização das políticas (BRASIL, 1990).

As Organizações Sociais e também as OSCIPs, não se submetem a Lei 8.142/90. Exclusivamente no caso das Organizações Sociais, os bens e serviços são adquiridos sem processo licitatório, não há prestação de contas a órgãos de controle internos e externos e a contratação é feita sem concurso público. Dando abertura para o uso indevido dos recursos financeiros públicos (CORREIA, 2011).

O resultado prático pode ser o descontrole sobre o uso do patrimônio e dos recursos públicos e a precarização dos vínculos entre os serviços públicos de saúde e os recursos humanos que lhe são fundamentais (BRASIL, 2006 p. 2).

No caso das Fundações Estatais, no que diz respeito ao controle social, a gestão usa os instrumentos característicos da iniciativa privada, como expressa o Projeto de Fundação Estatal (GRANEMANN, 2008):

O sistema de governança da fundação estatal é colegiado e composto dos seguintes órgãos de direção superior e administração: (a) Conselho de Administração; (b) Diretoria-Executiva, (c) Conselho Fiscal e (d) Conselho Consultivo Social (BRASIL, 2007 p. 24)

Podemos destacar no texto do documento que redige sobre a Fundação Estatal, o Conselho Consultivo Social, ele é o único que faz referência à participação de usuários, no entanto, o cita como sociedade civil, termo muito comum ao

neoliberalismo. Esse termo é muito abrangente, expressando muitos interesses, tanto da classe trabalhadora, quanto do capital, podendo representar o interesse privado. Também não discrimina a quantidade de representantes da sociedade civil – entenda-se, funcionários da saúde e usuários- que participarão do Conselho Consultivo Social, diferenciando-se do controle social proposto no SUS (GRANEMANN, 2008).

3.2 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E A EBSERH

A palavra hospital vem do latim *hospitalis* e vem do grego *hospes*, de hóspedes, porque nas casas de assistência onde eram tratados os doentes, eram hospedados os peregrinos, pobres e enfermos. Hoje o termo hospital, tem a mesma concepção da palavra grega, *nosocomium*, que significa tratar doentes. Os hospitais datam de antes da era cristã, porém, foi com o cristianismo que se ampliaram os horizontes da assistência hospitalar (ALMEIDA, 1965).

Os mais antigos registros de indícios da existência de hospitais foram encontrados no Egito e na Índia. No Egito, o hospital era representado pelo templo de Saturno. Na Índia, a medicina era feita através de milagres, no entanto, houve progresso na cirurgia. O mais antigo hospital que se tem registro no Brasil é Santa Casa de Santos, fundada em 1543, por Braz Cuba (ALMEIDA, 1965).

Antes da chegada da família real ao Brasil a assistência à saúde era feita através dos conhecimentos culturais sobre doenças e a cura dos brasileiros e demais povos que moravam aqui, portanto, era uma prática sem qualquer regulamentação. Em 1808, a família real veio para o Brasil, e com ela vieram médicos que se preocuparam com a situação da saúde nas cidades (BAPTISTA, 2007).

A integração entre ensino e assistência, no Brasil aconteceu partir de 1813, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e em 1815, a academia médico-cirúrgica da Bahia, posteriormente transformadas em escolas de medicina. Dom Pedro I fundou em 1829, apedido da elite nacional, a Imperial Academia de Medicina, funcionando como órgão consultivo do imperador

nas questões da saúde pública nacional, a qual reunia os principais clínicos do Rio de Janeiro (BERTOLLI FILHO, 2002). Desta forma surgiram os hospitais anexados às faculdades de medicina.

Os Hospitais Universitários (HU's) se caracterizam por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, promovendo treinamento universitário na área de saúde, são reconhecidos oficialmente como hospital de ensino, estando supervisionados por autoridades competentes, por proporcionar atendimento médico de maior complexidade (terciário) a uma parcela da população (MÉDICI, 2001).

Os Hospitais Universitários Federais no Brasil têm a finalidade de exercer o ensino, a pesquisa e extensão, através da assistência à saúde. Grande parte das pesquisas clínicas na área biomédica e a formação de um extenso número de profissionais de saúde, na graduação e pós-graduação também são responsabilidades dos HUs (REIS e CECÍLIO 2009 *apud* SODRÉ, 2013).

No período do Regime Militar, o primeiro efeito desse golpe, foi a redução de verbas do Ministério da Saúde, esta verba era destinada à saúde pública. Na primeira metade da década de 60 essa verba foi aumentada, mas logo começou a ser diminuída até o fim da Ditadura Militar. Para o Ministério da Saúde, a saúde era privilégio individual e não um fenômeno coletivo. Apesar de ser pregado oficialmente que a saúde era um fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico. Parte da pouca verba foi destinada ao pagamento dos serviços prestados por hospitais particulares aos doentes pobres (BERTOLLI FILHO, 2001).

Com a extinção dos IAPs em 1964 foi criado o INPS estendendo a cobertura da assistência médica a todos os empregados formais, autônomos e empregadores que contribuíssem para a previdência. Para atender toda essa demanda, através do INPS teve início à expansão em larga escala, de contratos, convênios e credenciamento para com a rede privada de serviços de saúde existente (MÉDICI, 1991).

Mesmo com os contratos, convênios e credenciamentos com a rede privada, não foi possível dar conta da demanda da população inserida formalmente no mercado de trabalho. Com isso foram realizados investimentos de recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), na rede privada, contribuindo para o fomento da rede privada (MÉDICI, 1991).

Em 1974, com o Plano de Pronta Ação (PPA), teve claro objetivo de, em curto prazo ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. O PPA incluiu os hospitais universitários e de ensino ao programa de assistência médica da previdência (SILVA, 1983).

A função dos HU's até a década de 80 era apenas de hospital-escola. O atendimento era voltado para aqueles que não tinham a carteira do INAMPS. Após a Constituição do SUS em 1988, os HU's passaram a integrar a assistência pública do SUS, sendo remunerado pelo Ministério da Saúde²⁶. O financiamento dos HU's era feito por cada procedimento realizado: o recurso humano pago pelo Ministério da Educação, a estrutura do hospital era paga pelo Ministério da Saúde, a pesquisa embutida naquele procedimento paga pelo Ministério de Ciência e Tecnologia e o procedimento em si pago pela prefeitura (com dinheiro que é recebido do Ministério da Saúde) (PILOTTO, 2008?). A inserção dos HU's no SUS está prevista no artigo 45 da lei Orgânica da Saúde (LOS).

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 (BRASIL, 1990).

A gestão dos HU's está subordinada à universidade federal da qual corresponde. Pela frente de ensino está subordinada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) e pela vinculação ao sistema de saúde pública, está subordinada ao Ministério da Saúde (MS). (SODRÉ, 2013). Esses dois órgãos dividem as responsabilidades para com a gestão dos HU's. No total, a despesa de pessoal dessas instituições é de responsabilidade do MEC, cabendo ao MS os valores repassados mediante o pacto de metas (qualitativas e quantitativas) com o governo federal e municipal. Mesmo não pertencendo ao sistema de saúde do estado de referência, os HU's se inserem nesse sistema e por isso pactua de suas metas para

²⁶ A inserção dos HU's na rede assistencial da saúde pública foi abordada em Drago (2011).

cumprir com a prestação de serviços. Contudo, preserva sua função primária, que é de formação e pesquisa, que o torna duplamente complexo (SODRÉ, 2013). O Brasil conta com 46 Hospitais Universitários no Brasil espalhados pelas cinco regiões.

A contra-reforma disseminada nos anos 1990 colocou obstáculos conjunturais de cunho político e ideológico neoliberal, por meio de políticas de ajustes sob o comando dos organismos multilaterais de financiamento, através da estabilização da moeda, privatização de órgãos estatais, redução do Estado para a classe trabalhadora, o Estado mínimo, da Reforma do Estado, da redução do funcionalismo público, reforma da Previdência, aumento do segmento informal, desemprego estrutural, fragilização do movimento sindical, desregulamentação de mercados. (DRAGO, 2011). É nesse contexto de contra-reforma que vem ocorrendo em todo o mundo e articulado por organismos internacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial da Saúde, que se discute a reestruturação do hospitais universitários (CISLAGHI, 2011).

Em 1995, foi realizado um Seminário pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre os Hospitais Universitários em vários países, que gerou o texto *“The Proper Function of Teaching Hospitals Within Health Systems”*. Desse seminário saíram às primeiras propostas da ofensiva neoliberal para reestruturação dos Hospitais Universitários de Ensino em nível mundial. Estas propostas vem desconstruir as propostas do SUS para a saúde.

Médici (2001) elaborou um artigo para o Banco Interamericano de Desenvolvimento com as principais propostas e diagnósticos. Médici (2001) elenca como primeira observação que os hospitais universitários são caros, por utilizarem alta tecnologia e envolverem ensino e pesquisa, na despesa com saúde seu peso é o dobro de sua participação no volume de atendimento, e que é necessário desfazer a visão hospitalocêntrica hegemônica da formação que fica restrita ao hospital de alta complexidade.

Quanto ao financiamento, o documento aponta que os custos com os HU's são maiores do que com os hospitais não-universitários de alta tecnologia e afirma ser possível que as atividades que envolvam ensino impliquem em certa dose de ineficiência pedagógica. E que por causa desses custos, os Hospitais Universitários não teriam facilidade para competir ou atrair os planos de seguros médico (MÉDICI,

2001). Porém, não é da natureza dos HU's à competitividade, mas sua demanda está baseada na oferta.

O documento propõe a procura por fontes alternativas de recursos para assistência médica, mas de forma separada das funções de ensino e pesquisa, já que é este fator que o diferencia dos demais hospitais. Também propõe que os HU's vendam os serviços de alta tecnologia em saúde e as atividades em que são referência ou são monopólio para o Governo, planos de saúde, pessoas físicas e jurídicas. Também aponta que a universidade deveria ser vista como um cliente dos serviços e não como órgãos de controle ou gestores. Ressalta-se que com essas ações buscar-se-ia o alcance da eficiência e racionalidade na gestão dos Hospitais Universitários (MÉDICI, 2001). Discurso típico dos novos modelos de gestão.

Essa proposta para a busca de novos financiamentos via contratos não é outra coisa senão a privatização dos serviços, que é do interesse da iniciativa privada, que não quer arcar com os altos custos dos serviços de saúde, mas quer usufruir dos serviços de alta complexidade com qualidade a preços que garantam seus lucros (CISLAGHI, 2011). Evidencia-se o pensamento ideológico do neoliberalismo nas propostas desse documento através do caráter mercadológico proposto para as ações de serviços de saúde dos HU's, na tentativa de desfazer a natureza dos mesmos de ensino e assistência à saúde.

O documento também propõe mudanças na área das pesquisas. Sendo os HU's vinculados às universidades, sua manutenção se dá por meio do orçamento público. Parte daí que suas atividades não dependem da demanda ou do mercado, já que as produções dos HU's estão baseadas na oferta e não na lógica mercadológica. Coloca também os conflitos entre os Ministérios da Saúde e do Ministério da Educação, sobre quais as reais funções dos HU's e qual lógica a seguir: a do ensino ou dos serviços de saúde. Nos HU's são realizadas pesquisas clínicas, dentre as suas atividades, as pesquisas não tem sido consideradas essenciais em países em desenvolvimento, sendo realizadas por Institutos de Pesquisa e das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, tendo em vista o baixo orçamento público para financiar as pesquisas. Como solução para isso, a saída seria a parceria com Institutos de Pesquisa e o financiamento por indústrias (MÉDICI, 2001), mas uma vez apontando para a privatização dos serviços oferecidos pelos HU's.

Em todo o mundo a contrarreforma do estado tem sido articulada pelos organismos internacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial da Saúde. O Banco Mundial é quem tem comandado a discursão da reestruturação dos Hospitais Universitários no Brasil, propondo até mesmo financiar as mudanças. As primeiras ações que abrem caminho para a extinção dos HU's conforme existe hoje, no Brasil, foram a Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de abril de 2004, esta portaria objetiva a unificação dos hospitais universitários²⁷. E a Portaria nº 4 de 29 de abril de 2008, a qual portaria deu autonomia na gestão financeira do HU's federais criando unidades orçamentárias próprias. No entanto, a autonomia dada aos Hospitais Universitários Federais não é a mesma autonomia comumente usada no contexto universitário usado para reivindicação, uma autonomia no sentido positivo, mas essa autonomia representa a extinção dos HU's quando os igualam aos demais hospitais que desempenham ação de ensino. Essa medida favorece o ensino privado e abre o caminho para a privatização da gestão através dos novos modelos de gestão (CISLAGHI, 2011).

A década de 1990 foi marcada pela ofensiva da política neoliberal, que tem como argumento a crise fiscal do Estado, e que para vencer a crise, a orientação neoliberal é a do ajuste e corte de gastos com o social em geral e particularmente na saúde, escondendo na verdade, a intenção de diminuir os custos com a força de trabalho (SILVA, 2011). Diante dessa conjuntura, os financiamentos foram reduzidos em 1996; foram congelados os valores da tabela de procedimentos do SUS; com a aposentadoria, demissão ou morte dos servidores públicos, foi surgindo vagas nos HU's, no entanto, não houve a realização de concurso público pelo MEC, para a reposição de recursos humanos, acarretando uma enorme terceirização, para manter esses recursos humanos terceirizados foram utilizados recursos financeiros que deveria ser usados na estrutura dos HU's; com a redução do financiamento do governo federal, os HU's recorreram ao SUS, para isso, assumiram metas que não podem ser cumpridas, começando uma busca por financiamentos em fontes não-estatais (PILOTTO, 2008).

²⁷ Que sejam (vinculados e geridos por universidades); hospitais escolas (vinculados e geridos por escolas médicas isoladas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que desenvolvem atividade de treinamento em serviço) que também carregam o nome: de ensino. A regulação e as aquisições para a certificação são iguais (CISLAGHI, 2011).

A partir dos cortes no orçamento e do pacote de ajuste fiscal, as questões relativas à determinação social do processo saúde/doença estão duramente agravadas. Os cortes no orçamento prejudicam diretamente a prestação de serviço de saúde a uma população extremamente adoecida, física e mentalmente, condição agravada pelo desemprego e pelos cortes nas rubricas de Saneamento Reforma Agrária e Habitação, estrangulando os investimentos nas políticas econômicas e sociais que diminuem os riscos de agravo à saúde (VASCONCELOS, 2007).

Em consequência da situação crise e da ofensiva neoliberal houve rebatimentos na saúde, desta forma, a situação atual dos Hospitais Universitários é marcada por apresentar um quadro insuficiente de servidores, deficiência nas instalações físicas e subutilização da capacidade instalada, desta forma reduzindo a oferta de serviços à comunidade. Essa conjuntura de crise tem implicado no fechamento de leitos e serviços e resultado na contratação de mão de obra terceirizada, ou seja, na precarização do trabalho – (essa situação é considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União). (SODRÉ, 2013).

Ribeiro (*et al* 2010 *apud* SODRÉ, 2013) diz que são vários os fatores que contribuem para deficiência ou a ausência de funcionários nos HU's : a falta de concurso por parte do MEC; a não responsabilização do MS pela mão de obra dos HU's referente a assistência; a defasagem dos salários, gerando a busca por outros vínculos; pressão por parte das entidades de controle, proibindo a contratação direta por parte dos hospitais, como o Contratação Temporária da União (TCU); o não planejamento por parte do governo para criar uma política de reposição, dado o elevado número de funcionários aposentados, de forma a equilibrar o quadro de pessoal; e o nível de adoecimento e seguido do afastamento dos funcionários.

Os hospitais universitários têm vivido um quadro de sucateamento e não investimento governamental, afetando a assistência prestada à população e conseqüentemente, à formação oferecida aos alunos (REIS e CECÍLIO, 2009 *apud* DRAGO, 2011). Diante desse cenário os Hospitais Universitários de Ensino são pressionados a rever seus modelos de gestão.

Atualmente o debate da contrarreforma do Estado nas políticas sociais sempre leva o debate para o subfinanciamento público ou problemas de gestão. A política neoliberal tem como característica a redução dos recursos públicos para as

políticas sociais. Trazendo para o contexto das universidades e dos hospitais universitários a elas associados, desde o governo de FHC e em continuidade no governo de Lula, mesmo que neste último tenha aumentado os recursos nas universidades federais, se faz sentir o subfinanciamento na área da saúde (CISLAGHI, 2011).

As discussões sobre Reforma Universitária tiveram início em 2004, no governo Lula. A partir dessa discussão foi aprovada a Lei Orgânica da Educação Superior, aprovação do projeto de cotas e do Programa Universidade para Todos (PROUNI) pela Lei nº 11.096/2005, entre outras medidas tomadas. Em seguida foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (REUF), sendo incluídos nesse programa, os HU's DRAGO (2012 apud ALBUQUERQUE, 2013).

Em 2007, foi instituído o Programa de Apoio a Planos e Reestruturação e Expansão das Universidades Federais- REUNI, pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. O Reuni objetiva “criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais” (BRASIL, 2007).

A partir da implementação do REUNI, as universidades federais passaram a ter seu financiamento não só pelo modelo incremental e por fórmulas (Matriz ANDIFES). É introduzida na universidade a lógica dos contratos de gestão (CISLAGHI, 2011, P.59).

No caso dos Hospitais Universitários, em 2010 foi implementado o Decreto de lei 7.082/2010, que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais universitários- REHUF²⁸. O REHUF está destinado “à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do art. 4 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”. Que tem por objetivo “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais

²⁸ Só no governo Lula, com o decreto REUNI, a contratualização como mecanismo de financiamento, consegue ser implementada. Nos hospitais universitários federais, a lógica do contrato de gestão se impõe definitivamente a partir do decreto que instituiu o REHUF (CISLAGHI, 2011).

universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.” (BRASIL, 2010).

Vale destacar alguns dos objetivos específicos do REHUF que são: atender às necessidades do ensino de graduação na área da saúde; desenvolver programas de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*; definir a oferta de vagas de residência médica e residência multiprofissional; estimular o desenvolvimento de linhas de pesquisa de interesse do SUS; garantir oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7.082/2010 descreve as funções cabíveis ao MEC, MS, MPOG e duas diretrizes chamaram atenção. O financiamento²⁹ dos hospitais de ensino será igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde. Diante desse quadro existe por parte do MEC a intenção de reduzir sua participação no orçamento dos HUs, ao mesmo tempo em que há um aumento da participação no orçamento por parte do Ministério da Saúde, dessa forma reforça-se a lógica de que educação e saúde são muito dispendiosas ao governo (SODRÉ, 2013).

A segunda está atrelada ao gerenciamento. Quanto à melhoria do processo de gestão, e da modernização da gestão, adequação da estrutura física, recuperação e modernização do parque tecnológico, reestruturação do quadro de recursos humanos, aprimoramento das atividades hospitalares através de avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias (BRASIL, 2010). “As medidas concretas para o alcance desses fins são extremamente vagas no decreto” (CISLAGHI, 2011, p.60). No entanto, o decreto aponta que pra essas mudanças de gestão dos HU’s seria necessário um “pactuação global” de metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão entre os Ministérios da Educação e da Saúde, e do Planejamento, Orçamento e Gestão, “gestores do SUS e hospitais universitários, de acordo com a lógica do financiamento por contrato de gestão” (CISLAGHI, 2011, p.60).

²⁹ O financiamento da saúde tem vivido nesses anos graves problemas tais como: desvinculação da CPMF da receita do setor saúde até a sua exclusão; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar. Outro aspecto central é a desvinculação de receitas da união (DRU) com a utilização de 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento da dívida pública (BRAVO, 2009).

Sempre foi do interesse do governo, implantar nos HU's novos modelos de gestão. Com esse intuito, foram realizados Seminários pelo Banco Mundial. Os HU's passavam uma grande crise em 2008, e o governo já tinha proposto o modelo de gestão de fundações, no entanto àquela época a comunidade universitária contestou essa proposta. Já os reitores das universidades alegavam que o REHUF não estava ligado com novos modelos de gestão. Porém esse discurso caiu quando em 31 de dezembro 2010, o REHUF encontrou solução para suas brechas, quando o governo antes de sua implementação efetiva, elabora uma Medida Provisória nº 520 (CISLAGHI, 2011).

Como estratégia de repasse da gestão dos HU's foi assinada a medida que autorizou o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A (EBSERH). O Tribunal de Contas da União (TCU) declarou ilegal a situação de 26 mil contratados terceirizados dos HU's, a urgência dessa MP foi para justificada pela necessidade de resolução da situação dos terceirizados. Essa determinação do TCU foi de 2006, o governo teve quatro anos pra repor o quadro de servidores com a realização de concurso público, mas não o fez, provando assim, a intenção de que era do interesse do governo de tirar das universidades a gestão dos HU's e passá-la para um modelo de gestão de direito privado (CISLAGHI, 2011).

Dando continuidade à política neoliberal de privatização do governo FHC, o governo Lula, se espediu de seu mandato deixando de herança as Fundações Estatais de Direito Privado, a EBSERH, mesmo que sob uma nova roupagem. A MP nº 520 foi rejeitada pelo Senado³⁰, mas em 2011, a presidente Dilma Rousseff, através da Lei nº 12.550/2011, autorizou a criação da EBSERH, empresa de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. A EBSERH é apontada pelo governo como a única solução para a ineficiência da gestão pública e o alto custo dos hospitais federais em consequência da burocracia da legislação brasileira; ela tem ganhado espaço e adesão nas universidades federais (SODRÉ, 2013).

³⁰ Com isso restou ao governo recolocar a MP, agora como Projeto de Lei (PL 1749), o que foi feito pelo Ministério da Educação junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. O conteúdo da proposta se manteve. Algumas modificações realizadas pelo Congresso foram desconsideradas recolocando-se a proposta original quase na sua totalidade (CISLAGHI, 2011).

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Tem como finalidade:

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

A EBSEH integra os novos modelos de gestão, que apesar de suas diferenças internas, fazem parte do sistema de contrarreforma do Estado, pois possuem a mesma natureza de repasse do fundo público para o setor privado, com flexibilização da gestão, e os direitos sociais trabalhistas, e privatizando o que é público. Na prática, a EBSEH desvincula os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior, com isso, comprometendo a formação e a qualificação dos profissionais da saúde pública e a produção de conhecimento na área da saúde (CORREIA, 2011).

Com os novos modelos de gestão, os hospitais que são gerenciados por uma entidade de direito privado, passa a trabalhar pela lógica mercadológica. Assim, o conjunto de serviços que garantem aos SUS a qualidade de sistema, passa a operar não mais de forma integrada, rompendo com os seus princípios de integralidade e regionalização, os novos modelos de gestão quebram o sistema, na forma como foi concebido pelo SUS FRANCO (1998 *apud* BRAVO, 2009).

A adesão à EBSEH pelos HU's é recente, mas já preocupa funcionários, estudantes e demais envolvidos nesse processo. Mediante uma pequena análise da Lei nº 12.550/2011, podemos encontrar implicações principalmente a respeito do que está instituído pelo SUS comprometendo os funcionários dessas instituições, (a classe trabalhadora), e os usuários.

Uma das primeiras implicações sobre a EBSEH, diz respeito à centralização da gestão dessa empresa, e que vai contra os princípios da Constituição no capítulo

da seguridade social, sendo esta regulada pela lógica econômica; mesmo sendo pública, essa empresa se gere pela finalidade do lucro (CISLAGHI, 2011). Brasil (2011) “A EBSEERH terá sede e foro em Brasília, Distrito Federal”. A empresa terá sua sede instalada em Brasília, no entanto, a realidade das diversas regiões do Brasil é muito distintas nos aspectos, culturais, econômicos, demográficos, sociais e perfis epidemiológicos. Essa situação deixa o questionamento, quanto à descentralização das ações nesse modelo de gestão (SODRÉ, 2013). A gestão dos Hospitais Universitários do Brasil estará centralizada em uma mesma empresa, esse procedimento é totalmente contra a Legislação do SUS.

A lei que criou a EBSEERH prevê em seu artigo 9º sua administração será pelo Conselho de Administração (BRASIL, 2011), retirando os gestores superintendentes dos Hu’s. A partir disso, dentro da instituição muda totalmente a hierarquização do poder decisório como também o meio pelo qual há a participação social (SODRÉ, 2013).

Outra implicação quanto à adesão à EBSEERH é em relação à participação social, que ficou instituído: “A atuação de membros da sociedade civil no Conselho Consultivo” (BRASIL, 2011). É notório que há um retrocesso na lei que criou a EBSEERH quanto ao controle social, se comparamos ao que institui a lei 8.142/90. O controle social passa a ser realizado pelo Conselho Consultivo, contrário ao conselho deliberativo do SUS, composto de forma paritária entre a sociedade civil e o Estado, não deixando claro como será a participação da sociedade civil (CISLAGHI, 2011). O controle social deixará de ser realizado na Estrutura do Estado, por tanto, terá seu papel reduzido, não sendo possível assegurar a políticas de saúde ordenadas pela necessidade da coletividade. Nessa nova gestão a participação social é através de um conselho, mas dentro da estrutura de uma empresa pública de direito privado (ALBUQUERQUE, 2013).

Outro ponto de implicação é que assim como os demais modelos de gestão apresentados anteriormente, a EBSEERH também trabalha com metas. Está inscrito nos artigos 4º e 6º que compete a ela trabalhar com sistema de geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e com metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados pelas partes (BRASIL, 2011). A EBSEERH expressa uma característica da lógica de mercado, quando em sua gestão, dá prioridade ao trabalho com metas. Esse

modelo de gestão o Estado assume o papel de ser um Estado-empresa, ou seja, tem visão de gestão mercadológica para reger as políticas sociais (SODRÉ, 2013).

Pressupõe-se que trabalhar com metas não é um problema, mas isso pode atrapalhar a autonomia dos profissionais, e o acesso dos usuários da saúde. A meta passa a ser um problema quando ao invés de servir como estímulo ao crescimento dos serviços e o seu aprimoramento, ela passa a ser um limitador para o acesso aos serviços de saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Quanto à autonomia dos profissionais, ela pode ser reduzida quando é obrigatório o cumprimento diário de metas no atendimento de usuários. No setor público há a possibilidade da realização de novas formas de gestão, nele é oferecido ao trabalhador da saúde, processos de trabalhos, com maior autonomia no seu exercício. Sendo isto possível apenas em estabelecimentos que permitam ao profissional trabalhar sobre a lógica solidária, baseado em valores éticos que atravessam a discussão da saúde como direitos de cidadania, com uma nova consciência sobre papel transformado do trabalho. Os novos modelos de gestão nos HU's trabalhando sob a lógica do mercado, quebrando a criatividade profissional e com a base na justiça social FRANCO (1998 *apud* BRAVO, 2009).

Os usuários da saúde podem ter seu acesso prejudicado pelas metas, uma vez, que se o hospital com metas já estabelecidas, e sendo essas cumpridas, é possível haver uma recusa do hospital em fazer o atendimento, sob a justificativa de que as metas já foram alcançadas. O que sustenta essa proposta é o argumento ideológico da ideia do mercado e não do Estado como provedor de bem-estar e de democracia (CISLAGHI, 2011).

Com a EBSEH tem-se o ressarcimento “o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde” (BRASIL, 2011). Esse ressarcimento há tempos está previsto pela lei nº 9656 de 1998, mas não estava corretamente regulamentada. Mas agora, diante das circunstâncias, corre o risco desse ressarcimento ser efetuado por meio de reservas de leito para planos de saúde privados, normatizando a dupla porta de entrada³¹, ou seja, a venda de leitos a planos de saúde, como nas Organizações

³¹ Em SP, a partir de lei criada no fim de 2010, 25% dos leitos geridos pelas OSs já podem ser vendidos aos planos. Discute-se ainda a ampliação da venda de leitos no Hospital de Clínicas da USP para 12% (CISLAGHI, 2011).

Sociais em São Paulo. Restando a dúvida quanto o posicionamento da EBSE RH, se também criaria novas fontes de recursos para além do orçamento da União (CISLAGHI, 2011). Podendo ser citado como exemplo, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que reserva vagas de leito para planos de saúde privados (CORREIA, 2011).

Para o ingresso na EBSE RH será realizado concurso público com edital previamente publicado no Diário oficial com regime de pessoal da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), assim como nas Fundações Estatais de Direito Privado (BRASIL, 2011). O quadro de servidores da saúde é construído objetivando a isonomia, planos de cargos, carreira e salários (PCCS) e a viabilização da NOB/RH SUS, essas propostas visam à garantia constitucional do SUS. Dessa forma há a extinção gradativa do quadro estatutário da saúde, cedendo lugar ao quadro de contratação via CLT, esse modelo implica a não efetivação das propostas para os servidores da saúde FRANCO (1998, *apud* BRAVO, 2009).

A contratação via CLT quebra a estabilidade dos trabalhadores; esses contratos serão temporários, com duração de até dois anos, e não necessariamente com a carteira assinada; os servidores público poderão ser cedidos à empresa para realizar atividades de assistência à saúde e administrativas, desta forma há a contribuição com a precarização das relações de trabalho, rotatividade e insegurança no emprego (CISLAGHI, 2011).

Cislaghi (2011, p.61) “Para garantir a efetivação de tantos retrocessos é necessário reduzir as resistências que têm na sua vanguarda as entidades de trabalhadores do SUS e das universidades”. Essa precarização dos vínculos trabalhistas finda por enfraquecer a classe trabalhadora na luta pelos seus direitos, quando cada categoria passa a lutar individualmente, e se referindo ao caso específico dos HU’s, pelos direitos da saúde também.

Outra implicação referente à adesão dos HU’s à EBSE RH, diz respeito às pesquisas realizadas para fins acadêmicos. No caso específico dos HU’s, coloca um fim na gestão pública das universidades, dando continuidade ao que foi iniciado em 2008, com a separação das unidades orçamentárias, possibilitando a abertura para o setor privado fazer uso dessas instituições para ensino e pesquisa. As atividades da EBSE RH serão exclusivas para atendimento do SUS; e a lei não deixa claro quanto à questão do ensino e da pesquisa, quando não prevê e não proíbe sua

venda a entidades privadas, por meio de contratos e convênios. No geral, a proposta para a pesquisa no contexto dos novos modelos de gestão são perversos no sentido de privatizar e aprisionar em patentes toda a pesquisa em saúde, passando a responder às necessidades mercado e não da sociedade (CISLAGHI, 2011).

Como forma de enfrentamento à privatização da saúde pública e toda forma de terceirização pelos novos modelos de gestão decorrente da contrarreforma, foi aprovada a Moção nº 028, de repúdio à Fundação Estatal de Direito Privado, na 13ª Conferencia Nacional de Saúde de 2008, onde os delegados pediam a retirada da PL nº 92/07 que criou as (FEDP) que tramitava no Congresso Nacional (BRASIL, 2008). A diretriz nº 05 da 14ª CNS foi mais abrangente, rejeitando a cessão da gestão da saúde pública a todos os novos modelos de gestão anteriormente citados, inclusive, com solicitação ao Supremo Tribunal Federal de julgar procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº 1.923/98, considerando inconstitucional a Lei Federal nº 9.637/98, por estabelecer uma forma de terceirização da gestão. Onde também foi rejeitada a criação da EBSERH, que terceiriza os HU's e nos hospitais de ensino federais (BRASIL, 2012).

O processo de rejeição à EBSERH e a privatização tem sido marcado pela resistência dos trabalhadores da saúde, estudantes, entidades sindicais e demais envolvidos nesse processo, que se uniram em todo o Brasil por uma saúde pública e estatal e a autonomia universitária através de atos, marchas, fóruns, plebiscitos e seminários, juntamente com Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Em decorrência da pressão desses movimentos de resistência à EBSERH, em atitude de urgência, o procurador-geral da República, Roberto Gurgel, levou ao Supremo Tribunal Federal (STF) a Ação Direta de Inconstitucionalidade, a ADIn 4895, contrária a dispositivos da Lei que autorizou a criação da EBSERH, Lei 12.550/2011, esta, viola dispositivos constitucionais, nos seus art. 10 11 os quais preveem o regime da CLT para a contratação de pessoal, através de concurso público, a contratação será por processo seletivo simplificado, com contratação por tempo determinado. Essa ADIn tem sido considerada uma grande vitória do Sindicato Nacional e das demais entidades que estão nessa luta contra a EBSERH (FRENTE NACIONAL CONTRAPRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013).

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde lançou uma campanha, chamando a população para aderir ao abaixo-assinado digital mostrando o

posicionamento contra a implementação da EBSEH nos Hospitais Universitários. Por motivo de sua adesão pelos HU's afronta seu caráter público e as funções típicas de uma instituição de ensino ligada à Universidade pública; descumprindo o artigo 207 da constituição de 1988 quanto a autonomia da universidade. Coloca em risco a independência das pesquisas realizadas no âmbito dos HU's; com o fim dos concursos públicos para os HU's há a precarização do trabalho por flexibilizar os vínculos de trabalho; prejudica a população usuária dos serviços, ao torna-los menos eficientes e seu o acesso menos democrático (FRENTE NACIONAL CONTRAPRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012).

Entre tantas lutas contra a privatização da saúde pública, podemos contar como vitória sobre a EBSEH, os casos da UFRJ. O apoio das entidades (Conselho federal de Medicina, ANDES-SN, Sinasefe, entidades do movimento estudantil, Conselho Nacional de Saúde, Frente Nacional contra a Privatização da Saude, entre tantas outras, inclusive com o apoio da Procuradoria- Geral da União, que por sua vez entrou com uma ADIn contra a EBSEH) à FASUBRA com proposta de criação de uma comissão que objetiva diagnosticar corretamente a situação dos Hospitais da UFRJ, negando o diagnóstico feito pela EBSEH. Foi decidido e aprovado pelo CONSUNI, que seria respeitada a autonomia da universidade, na sessão e 23 de maio de 2013, que seria criado um grupo de trabalho autônomo para a produção do diagnóstico da real situação dos HU's, e que este seria apresentado em 60 dias e que só a partir dos resultados obtidos é que seriam tomadas as decisões sobre qual seria a melhor solução para cada unidade de saúde da UFRJ negando mais uma vez a adesão à EBSEH (JORNAL DO SINTUFRJ, 2013).

Outra vitória da UFRJ foi o não da comunidade do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho à EBSEH, com a eleição do novo diretor, o professor Eduardo Côrtes, o mesmo sempre defendeu um projeto autônomo de gestão para os HU's, podendo agora, colocar em prática os projetos que tem para resolver os problemas daquela unidade, sendo ele um diretor que acredita na capacidade dos servidores de gerir o próprio Hospital, não sendo necessário aderir à proposta do governo com a EBSEH (SÁ, 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 institui que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, o acesso à saúde deve ser universal e igualitário com ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Também institui no artigo 199 que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, podendo esta participar de forma complementar ao sistema de saúde (BRASIL, 1998). A Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, redige que quando as disponibilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) forem insuficientes, a participação da iniciativa privada será permitida (BRASIL, 1990).

No entanto, ao longo de sua história, a saúde no Brasil, não se apresentava desta forma. Ela só passou a ter essas características democráticas, após muitas lutas do Movimento de Reforma Sanitária, culminado na instituição do SUS em 1988 e regulamentada em 1990 através da LOS 8.080/90 e 8.142/90. Desde sua regulamentação na década de 1990, tanto a Seguridade Social e o sistema de saúde pública em conjunto com a educação vem sofrendo os rebatimentos da ofensiva neoliberal, política ideológica que tem como base um Estado mínimo para as questões sociais com modelo de gestão efetiva e eficiente. Pautando-se em uma política de ajuste com tendências de contenção de gastos (para o social) e racionalização da oferta de serviços. Ao Estado, cabe garantir o mínimo aos que não podem pagar, e ao setor privado o atendimento dos podem ter acesso ao mercado (BRAVO, 2009).

Com a ideologia neoliberal orientando a política do Brasil, o Estado se desresponsabiliza das políticas sociais, através dos denominados setores não exclusivos do Estado, colocando que sua função é de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Para executar esse projeto o governo cria os novos modelos de gestão com fins lucrativos ou não, e transfere a gestão e administração de setores públicos para a iniciativa.

A partir do Plano Diretor de Reforma do Estado Brasileiro de Bresser Pereira (1995) são criados os novos modelos de gestão. É através do programa de publicização deste plano que as atividades não exclusivas do Estado são transferidas para a iniciativa privada por meio do repasse dos recursos públicos. O

Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado regulamentou os novos modelos de gestão, disposto em Organizações Sociais pela Lei nº 9.637/98; as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) pela Lei 9.790/99; instituído as Fundações Estatais de Direito Privado - (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007). Os novos modelos de gestão estão aptos a gerir tanto hospitais como qualquer unidade de saúde. Inicialmente, o modelo que mais se ampliava na saúde era o das organizações Sociais.

A falta de reposição por meio de concurso público, dos servidores públicos aposentados, inválidos ou que faleceram, resultou no maior uso de verbas destinadas a outros serviços dos HU's, para a contratação de mão de obra terceirizada. A contratação terceirizada deu-se por algum tempo meio de fundações ou cooperativas, que não garantiam nenhum direito aos trabalhadores, posteriormente, a contratação passou a ser feita pelos HU's, após reclamações do TCU, mas, essa contratação pelos HU's fez com que aumentasse muito a dívida dos hospitais gerando uma maior crise nos HU's.

Com a suposta intenção de resolver essa crise, o governo federal decretou em 27 de janeiro de 2010, a criação do REHUF (Programa de Reestruturação dos hospitais Universitários Federais), na verdade uma nova forma de financiamento e de gestão para os HU'S. Essa ação do governo corroborou ainda mais para estratégia de repasse da administração e gestão através da criação de uma empresa pública de direito privado.

Com a justificativa de que para solucionar a crise nos Hospitais Universitários, e que essa realidade não pode ser revertida, foi colocada como única solução a criação da EBSEH: Empresa brasileira de Serviços Hospitalares, em dezembro de 2011, pelo Governo Federal, uma nova forma de gestão dos HU's. A EBSEH é uma empresa de pública com personalidade jurídica de direito privado.

As mudanças que começaram a ocorrer no âmbito da saúde pública em todo o Brasil, em especial, na área da gestão dos (HU's), que agora será feita através (EBSEH) que desde o último semestre de 2012, para o primeiro semestre do ano para 2013, aos poucos vem alterando o cenário dos HU's. Trazendo inúmeras inquietações pelo caráter oneroso aos servidores e demais profissionais neles alocados, sejam eles vinculados por concurso público ou mesmo os terceirizados, os técnicos administrativos, professores, estudantes.

O embate sobre a administração e gestão dos HU's pela EBSEH se dá pela inconstitucionalidade desta empresa por desconstruir o que foi instituído na Constituição Federal de 1988 para a Seguridade Social, em contrariedade ao que preconiza o SUS na C.F 88 a na LOS 8.080/90 e 8.142/90 através do desmonte do mesmo.

Além de tudo o que se pode esperar de um processo de privatização da coisa pública, podemos constatar que a criação da EBSEH para a administração dos HU'S é inconstitucional, pois fere a constituição em vários pontos. Como por exemplo, quando a EBSEH não prioriza o controle social instituído pela 8.142/90. Ou quando vai contra o artigo 207, da Constituição, e quebra o princípio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; e dos artigos 173 e 175, o desvio das finalidades das atividades da universidade autárquica e o Estado ao explorar através de instituições de natureza privada com interesse em lucro; o não estabelecimento de uma lei complementar que redijam quais são as áreas de atuação dessa empresa e nem das fundações, contrariando o artigo 37, inciso XIX; o artigo 207 da Constituição fala da autonomia que a universidade tem, porém isso também é desrespeitado (CFESS, 2013). O art. 207. ³²Cita que

As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. § 1º É facultado às universidades admitir professores, técnicos e cientistas estrangeiros, na forma da lei. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 11, de 1996) § 2º O disposto neste artigo aplica-se às instituições de pesquisa científica e tecnológica. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 11, de 1996).

Com a EBSEH na gestão dos HU'S há a desvinculação das universidades para com os hospitais e as consequências desse rompimento se dá na desqualificação da formação dos profissionais da área da saúde comprometendo a qualidade das pesquisas feitas por esses profissionais.

³² BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federal do Brasil.**

Essa temática da privatização do (SUS), nos chama muito atenção por se tratar da privatização da coisa pública, dos direitos que foram conquistado por grupos sociais por meio de muita luta, instituindo ser dever do Estado prover a saúde, mas que aos poucos vem sendo repassada a sua responsabilidade para o setor privado. Decorre daí, que os serviços prestados pelos HU's perderão sua qualidade e também o acesso a esses serviços se tornará menos democrático, haja vista que com uma empresa de direito, os HU's funcionarão sob a lógica de mercado, e os serviços não mais serão vistos na perspectiva do direito.

Outro fator que é importante pontuar é a flexibilização dos vínculos de trabalho, que se materializa através do fim dos concursos públicos nos hospitais universitários e o direito que a empresa tem em lei, de utilizar funcionários alocados nos HU's para prestar serviços à empresa. Esta forma de contratação utilizada pela EBSEH prejudicará a qualidade do atendimento por meio da precarização das relações de trabalho dos funcionários, ferindo o Regime Jurídico Único (RJU), agindo de forma inconstitucional, passando os funcionários a ser geridos pela CLT, pois mesmo sabendo da importância dessa conquista para a classe trabalhadora, se comparado ao Regime Jurídico Único dos servidores públicos, a CLT acarreta ônus para os mesmos.

Diante de tudo que foi exposto, cabe aqui, uma colocação quanto à crise dos HU's, fazendo minhas as palavras do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução aprovada em 10 de outubro de 2012. Se a crise dos HU's resultou da redução gradativa de pessoal e causou tamanha desolação no setor público, somado à falta de investimento e recursos para prover a missão que cabe aos HU's, ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde, então a melhor solução não seria a criação de uma empresa de direito privado para gerenciar e administrar, mas a realização de concursos públicos pelo Regime Jurídico Único com aumento do investimento financeiro nessas Unidades Acadêmicas, para que elas possam cumprir com suas funções de forma a manter sua qualidade social e a corresponsabilidade do Ministério da Saúde (CFESS, 2013).

A EBSEH é mantida pelo governo e está ligada ao MEC, portanto, da mesma forma e com os mesmos recursos que o governo dispõe para investir nos HU's através da EBSEH, esses recursos podem ser investidos pelo governo diretamente nos HU's. Portanto, para que não haja um desmonte e um retrocesso

maior na saúde pública, haja vista que a EBSEPH tem possibilidade de administrar não só os HU's, no âmbito do SUS, ele pode administrar qualquer unidade hospitalar de saúde, seria necessário a mobilização maior da população usuária, na luta pela efetivação dos direitos já conquistados na C. F de 88, e não só de grupos envolvidos nesse processo, mas a própria Lei da EBSEPH, diferente do SUS, não prevê, a participação da sociedade no processo decisório destas instituições.

É importante ressaltar que mesmo com todos os empecilhos colocados pela Lei da EBSEPH para que não haja a participação da população nas suas decisões, existem entidades em todo o Brasil que lutam para reverter esse cenário de privatização da saúde pública através da EBSEPH. Entre outros, podemos tomar como exemplo o caso da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que disse não à proposta do governo e reafirmando a capacidade dos servidores em gerir seus próprios HU's.

REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, Gécica Oliveira de. O Mito da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: O olhar dos profissionais de saúde do HUB. [s.n.] Brasília, 2013. P.61.

ALVES, M. M.; SILVA, A. T. M. F. A influência do Estado neoliberal no sistema de Saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. Ciências Biológicas e de Saúde, Perspectiva online. Rio de Janeiro.V.1, Nº01, 2011.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In Matta, Gustavo Correa e Pontes, Ana Lúcia de Moura (orgs). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BARJAS, Negri. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites /Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília:Ministério da Saúde, 2002.

BARROS, Elizabeth. O controle social o processo descentralização dos serviços de saúde. Incentivo à participação popular e controle social no sus. in Incentivo à participação popular e controle social no sus: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde/ Brasil, 1994.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2002.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 105, p. 185-193, jan./mar. 2011.

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elizabeth *et al* . Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

BRAVO et al. Fórum em defesa dos serviços públicos e contra as fundações estatais de direito privado no Rio de Janeiro/Brasil: uma experiência de assessoria aos movimentos sociais. XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

BRAVO, I. S; MENEZES, J. S. B. de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. (Orgs).1ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.76 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília,1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 28/08/13.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em 28/08/13.

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

BRASIL. Lei 9637/98 art.1º. Disponível em:<www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm> Acesso em: 12/09/13.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Brasília: MARE; 1995.

BRASIL. Lei 9.790/99 de 23 de março de 1999. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm>. Acesso em 02/11/13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Secretaria Executiva. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dialogando sobre o Pacto pela Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério Público Federal. Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 22/12/2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 232 p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_14_conferencia.pdf>. Acesso em: 22/12/2013.

BRASIL. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUN. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm> . Acesso em: 09/11/13.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão – Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos Brasília: MP, 2007. 48 p. Disponível em: <www.planejamento.gov.br/secretarias/.../fundacao_estatal/.../081005_P>. Acesso em: 02/10/13.

BRASIL. Projeto de Lei Complementar nº 92/2007. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/projetos/Plp/2007/msg499-071107.htm> Acesso em: 20/10/13.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Regime Jurídicos dos Servidores Públicos. s.d. Disponível em: <http://www.sef.sc.gov.br/auditoria/images/stories/GEAPE/regimes_juridicos.pdf> Acesso em: 20/11/2013.

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, 2009.

CFESS, Carta da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/Frenteda-saude-EBSEH-STF-2013> Acesso em: 18/11/2013.

CIRNE, A.I. et al. Projetos de extensão comunitária e o fortalecimento do movimento estudantil na área da saúde. Saúde em debate: Determinação Social da Saúde. Rio de Janeiro, 2009.p.448.

CISLAGHI, J. F. Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto, 2010. Disponível em: <<http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>>. Acesso em: 02/09/13.

CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários Federais e os Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. (Orgs).1ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.76 p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: BRASIL, 2006.

CORREIA, Maria Valeria Costa. Controle Social na Saúde. In. MOTA, Ana Elizabeth et al . Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CORREIA, Maria Valeria Costa. Por que ser contra os novos modelos de gestão no SUS?. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. (Orgs).1ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.76 p.

DRAGO, L. M. B. “Servindo a dois senhores”: a gestão do Hucam entre o ensino e a assistência. Dissertação (Mestrado em Política Social)— Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pos-graduacao em Política Social, Vitória, 2011. 210f.

FALLEIROS, I; LIMA, J. C. F. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In PONTES, Carlos Fidelis & FALLEIROS, Ialê (org.) Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. organizadores. – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. Saúde em debate: Determinação Social da Saúde. Rio de Janeiro, 2009 p.381.

GOUVEIA, R; PALMA, J.J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Estudos Avançados, 1999.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. (Orgs.) Maria Inês Souza Bravo... [et. Al.]. – 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. 48 p.1.

IBAÑEZ, Nelson. e NETO, Gonzalo Vecina. Modelos de gestão e o SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1831-1840, 2007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/168379021/IBANEZ-Nelson-2007-Modelos-de-gestao-e-o-SUS>> Acesso em 05/10/13.

JORGE. Elias Antônio. Financiamento Setorial do SUS e a questão da municipalização da saúde. In Incentivo à participação popular e controle social no sus. in Incentivo à participação popular e controle social no sus: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde/ Brasil, 1994.

JORNAL DA SINTUFRJ. Movimento liderado pelas entidades sindicais e DCE barram a entrada da Ebserh na UFRJ. Mas esta é ainda uma vitória parcial. Disponível em < <http://www.sintufrj.org.br/-jornaisantigos/Jornal1030.pdf> > Acesso em: 18/01/2014.

LIMA, A.L.G.S; PINTO, M.M.S. Fontes para a história dos 50 anos do ministério da Saúde. História, Ciência, Saúde. Manguinhos, vol. 10. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19311.pdf> acesso: 10/10/13.

LIMA, Júlio César França. A Política Nacional de Saúde nos Anos 1990 e 2000: na contramão da história. In PONTES, Carlos Fidelis & FALLEIROS, Ialê (org.) Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Organizadores. – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientação Básica para Pesquisa. In. MOTA, Ana Elizabeth et al . Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MATTA, Gustavo Correia. POLÍTICAS DE SAÚDE: Organização e operacionalização do sistema de saúde. Orgs. MATTA, Gustavo Correia e PONTES, Ana Lúcia Moura de, Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATTA, Gustavo Correia. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história/ Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro : Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2011.

MÉDICI, André César. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. Rev Ass Med Brasil 2001.< www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>. 14/11/13.

MÉDICI, André César. Incentivos Governamentais ao Setor Privado de saúde no Brasil. 1992. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8798/7548>> Acesso em: 14/11/2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. História e Evolução dos Hospitais. 1965.

MONTAÑO, Carlos. Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. et. al (Orgs). 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MPF reafirma pedido de medida liminar para suspender a lei que criou a Ebserh. Disponível em: < <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/07/0655.html> >. Acesso em 18/01/2014.

NETO, Eleutério Rodriguez. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas.in Incentivo à participação popular e controle social no sus: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde/ Brasil, 1994.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Determinantes, determinação e determinismo sociais. Saúde em debate: Determinação Social da Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Revista Saúde em Debate: 20 anos do sus. Rio de Janeiro, 2009. P.29.

PILOTTO, B. Os hospitais universitários e sua crise. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/36023434/Os-Hospitais-Universitarios-e-Sua-Crise>> Acesso em: 04/11/2013.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto neoliberal. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde / Organizadores, Maria Inês Souza Bravo... [et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.48 p.1.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

SÁ, Silvana. Eduardo Côrtes ganhou a eleição nos três segmentos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Antes e durante a campanha, ele se manifestou contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Disponível em: <<http://www.adufrj.org.br/index.php/destaques1/996-opositor-da-ebserh-sera-o-novo-diretor-do-hucff.html>> Acesso em: 16/01/2014.

SANTOS, Nelson Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. Revista Saúde em Debate: 20 anos do sus. Rio de Janeiro, 2009.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.

SILVA. Giselle Souza. Fundo Público e Política de Saúde em Tempos de Crise. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 2011.

SILVA, Silvio Fernandes da. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. Revista Saúde em debate: 20 anos de SUS. Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Pedro Luiz Barros. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década dos 70. Cadernos Fundap - São Paulo- Ano 3. nº 6. Págs. 27-50- jul- 1983. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad06/Fundap%2006/O%20PERFIL%20MEDICO-ASSISTENCIAL%20PRIVATISTA%20E%20SUAS%20CONTRADICOES%20.pdf>> Acesso em: 14/11/2013.

SODRÉ, Francisco. et al. Empresa brasileira de serviços hospitalares: um novo modelo de gestão?. Serv. Soc. Soc., Sao Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

SOUZA. Renilson Rehem. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde das Américas. São Paulo, Brasil, 2002.

SPENNER. Fernanda Rezende. A Prestação de Serviços Públicos Pelas OSs e OSCIPs. (s.d.).

TEMPORÃO, José Gomes. Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007. Portal da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25744 acesso em 04/11/13

VARGA, István Van Deursen. Fronteiras da urbanidade sanitária: sobre o controle da malária. Saúde e Sociedade, 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2007.