

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Beatriz Penha Rodrigues Amorim

PRIVATIZAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE-EDUCAÇÃO: UM
ESTUDO SOBRE A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH) NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO MARANHÃO (HU-UFMA)

São Luís
2017

Beatriz Penha Rodrigues Amorim

PRIVATIZAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE-EDUCAÇÃO: UM
ESTUDO SOBRE A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH) NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO MARANHÃO (HU-UFMA)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof. Dra. Joana Aparecida Coutinho

São Luís
2017

AMORIM, BEATRIZ PENHA RODRIGUES.

Privatização e Mercantilização da Saúde-Educação: um estudo sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão HU-UFMA / BEATRIZ PENHA RODRIGUES AMORIM. - 2017.

110 p.

Orientador(a): JOANA APARECIDA COUTINHO.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS, 2017.

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. 2. NEOLIBERALISMO. 3. PRIVATIZAÇÃO. 4. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. I. COUTINHO, JOANA APARECIDA. II. Título.

BEATRIZ PENHA RODRIGUES AMORIM

PRIVATIZAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE
OS IMPACTOS DA GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES (EBSERH) NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA)

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Políticas Públicas, da Universidade
Federal do Maranhão, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre
em Políticas Públicas.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Joana Aparecida Coutinho (Orientadora)
Departamento de Ciências Sociais - UFMA

Prof. Dr. Antonio Gonçalves Filho
Departamento de Medicina II - UFMA

Prof^a Dr^a Cristiana Costa Lima
Departamento de Serviço Social – UFMA

Ao meu amado Chicão, coração que bate fora do meu peito!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente FORA, TEMER!

À minha orientadora Joana Aparecida Coutinho pela disponibilidade e paciência e que sem interferências permitiu que eu andasse pelos caminhos que escolhi assegurando a minha independência teórica e intelectual na construção deste trabalho.

Ao meu amado filho Edimar, cujo apoio e sensibilidade tornaram-se marcas dessa nossa caminhada.

Aos meus velhos José Maria e Maria do Carmo pelo amor e incentivo em todos estes anos de estudo.

Ao meu amado Vinícius Bezerra, companheiro de longa data, pelo apoio incondicional.

À família que a vida me permitiu construir e sem a qual eu certamente não estaria aqui.

À Talita Neulls por sempre instigar e problematizar mesmo as questões aparentemente simples, por sempre se apresentar disposta a ajudar, a viajar, e a festejar, sua criticidade é estimulante e desafiadora, sua presença traz acalento e força.

À Rayana Godoy pelo amor, pelo carinho e companheirismo expressos em terceira pessoa, obrigada por estender a mão na nossa caminhada Severina.

Ao Kllysmann Ribeiro e pelos momentos de alegria, por confiar, pelo pragmatismo que te sobra e muitas vezes me falta, nós sobrevivemos a uma nevasca e à culinária dos altiplanos, *parcerito!*

À Diana Ramirez e Jhonatan Muños que se fizeram presentes apesar dos 8.331 km que separam nossa existência física. Obrigada por acreditarem, por compartilharem momentos e experiências, por ouvir, por falar, amo vocês!

À professora Marly Dias pelo apoio teórico, por compartilhar parte importante do material de pesquisa utilizado neste trabalho.

Ao querido Davi Galhardo pelo apoio imaterial, pelos momentos de prazer e alegria tão importantes nessa última etapa.

Aos companheiros do Diretório Acadêmico de Farmácia – DAFAR-UFMA, com quem dei meus primeiros passos na luta por um SUS universal, público e de qualidade: meus padrinhos Adriano Lopes e Álvaro Bezerra, Joelson Carreiro, Aramys Farpadus e Bruninho pelo companheirismo e pelos momentos de descontração. Sigamos juntos!

Às amigas que conquistei durante esse percurso: Camila Castro, Gisely Caroline, Jéssica Ribeiro, Talita Setúbal e Simon Jara, cada um a seu modo, agradeço pela força e apoio, “não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas”.

*-Severino, retirante,
muita diferença faz
entre lutar com as mãos
e abandoná-las para trás,
porque ao menos esse mar
não pode adiantar-se mais
[...]*

*- Seu José, mestre carpina
que diferença faria
se em vez de continuar
tomasse a melhor saída:
de saltar, numa noite,
fora da ponte e da vida?
[...]*

*-Severino retirante,
deixe agora que lhe diga:
eu não sei bem a resposta
da pergunta que fazia,
se não vale mais saltar
fora da ponte e da vida;
nem conheço essa resposta,
se quer mesmo que lhe diga;
é difícil defender,
só com palavras a vida,
ainda mais quando ela é
esta que vê, Severina;
mas se responder não pude
à pergunta que fazia,
ela, a vida, a respondeu
com sua presença viva.*

(João Cabral de Melo Neto, Morte e Vida Severina)

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar o processo de privatização da saúde por meio da introdução da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como gestora do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). A fim de compreendermos melhor as mudanças ocorridas no interior do HU, centramo-nos na investigação de um único objetivo específico: a análise dos impactos dessa mudança de gestão no que diz respeito ao tripé universitário ensino, pesquisa e extensão, e, por conseguinte, como estas mudanças interferem na assistência à saúde no âmbito do SUS. Buscamos traçar o quadro histórico-social que criou as condições para uma mudança na produção social em nível internacional, e como estas afetam diretamente os Estados nacionais e a agenda de reformas voltadas às políticas de saúde sob a égide do Banco Mundial. Discute-se o processo de subfinanciamento da saúde, investigando a disputa e utilização do fundo público e de que modo o histórico subfinanciamento do setor saúde tem implicações diretas na universalização do acesso e na qualidade da prestação de serviços, mas que é tratada como um problema de gestão para a qual a solução imposta pelo governo passa pela introdução dos “novos modelos de gestão”, entre eles a EBSERH. Por fim, avaliam-se os impactos da introdução da EBSERH no HU-UFMA no que diz respeito ao tripé universitário. Conclui-se que a EBSERH apresenta-se como materialização da política neoliberal de privatização do patrimônio público e negação do direito à saúde e à educação de qualidade no interior dos Hospitais Universitários.

Palavras-chave: sistema único de saúde, neoliberalismo, privatização, hospital universitário

ABSTRACT

This piece of work has as general objective to analyze the process of health care privatization through the introduction of the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) as general manager of the University Hospital of Federal University of Maranhão (HU-UFMA). In order to understand the changes that have taken place in the University Hospital of Federal University of Maranhão (HU-UFMA), the work focus on the investigation of a single specific objective: the change management impact-analysis regarding to the education-research-extension university tripod, and therefore as these changes interfere in health care under the Unified Health System (SUS). The work traces the historical-social framework that created the conditions for a change in social production at the international level, how these changes directly affect the national states, and the reform agenda in health care policies under the aegis of the World Bank. The underfunding process of health care is discussed, investigating the dispute and use of the public fund, and how the historical underfunding of the health care sector has direct implications for the universalization of health care access and quality of service offered. However, the issue is treated as a management problem, which the solution imposed by the government involves the introduction of "new management models", among them, the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH). At last, the author conducts an impact analysis of the introduction of the EBSEH in the University Hospital (HU-UFMA) concerning the university tripod. It concludes that the Brazilian Hospital Services Company presents itself as a materialization of the neoliberal politics of the public patrimony and denial of the right to health and quality education inside the University Hospitals.

Keywords: unified health system, neoliberalism, privatization, university hospital

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo general, analizar el proceso de privatización de la salud por medio de la introducción de la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (EBSERH) como gestora del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Maranhão (HU-UFMA). Con el fin de comprender mejor las transformaciones ocurridas al interior del Hospital Universitario (HU), nos centramos en un único objetivo específico: el análisis de los impactos de esa transformación en la gestión respecto a la triada universitaria enseñanza, investigación y extensión, y, por consiguiente, cómo estas transformaciones interfieren en la asistencia a la salud en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS). Buscamos trazar el cuadro histórico-social que creó las condiciones para una transformación en la producción social a nivel internacional, y cómo estas afectan directamente los Estados nacionales y la agenda de reformas dirigidas a las políticas de salud bajo el auspicio del Banco Mundial. Se discute el proceso de sub-financiamiento de la salud, investigando la disputa y utilización del fondo público y de qué modo el histórico sub-financiamiento del sector salud tiene implicaciones directas en la universalización del acceso y en la calidad de la prestación de servicios, pero que es tratada como un problema de gestión para la cual la solución impuesta por el gobierno pasa por la introducción de los “nuevos modelos de gestión”, entre ellos la EBSERH. Finalmente, se evalúan los impactos de la introducción de la EBSERH en el HU-UFMA respecto a la tríada universitaria. Se concluye que la EBSERH se presenta como materialización de la política neoliberal de privatización del patrimonio público y como negación del derecho a salud y educación de calidad al interior de los Hospitales Universitarios.

Palabras clave: sistema único de salud, neoliberalismo, privatización, hospital universitario

LISTA DE SIGLAS

ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino
ANEL- Assembleia Nacional dos Estudantes Livre
APRUMA – Seção Sindical do ANDES
BM- Banco Mundial
CETSS- Contribuição de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social
CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas
COFINS- Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPJ- Capital Portador de Juros
CPMF- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL- Contribuição Social sobre os Lucros Líquidos
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRU- Desvinculação das Receitas da União
EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC- Emenda Constitucional
EMSERH- Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
FASUBRA- Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
FEDP- Fundação Estatal de Direito Privado
FHC- Fernando Henrique Cardoso
FMI- Fundo Monetário Internacional
FNPS- Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
HFE- Hospital Federal de Ensino
HPF- Hospital Público Federal
HU- Hospital Universitário
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS- Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
MS- Ministério da Saúde
MP- Ministério Público
NASA- Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente
ONG Organização Não-Governamental
OPAS- Organização Panamericana da Saúde

OS- Organizações Sociais

OSCIP- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PDRAE- Plano Diretor de Reformas do Aparelho do Estado

PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PROUNI – Programa Universidade Para Todos

PSDB- Partido Social Democrata Brasileiro

PT- Partido dos Trabalhadores

REHUF- Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RJU- Regime Jurídico Único

SIAF- Sistema Integrado de Administração Financeira

SINTEMA- Sindicato dos Trabalhadores em Educação de 3º grau no Estado do Maranhão

SINTSPREV- Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Estado do Maranhão

SS- Seguridade Social

SUS- Sistema Único de Saúde

TCE- Tribunal de Contas do Estado

UFMA- Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 O ESTADO E A CONTRARREFORMA: PREMISSAS PARA UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	19
2.1 A CENTRALIDADE DOS ORGANISMOS MULTILATERAIS NO DIRECIONAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL.....	31
3 SUBFINACIAMENTO E SUCATEAMENTO DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE PRIVATIZAÇÃO DO SUS.....	41
3.1 SUBFINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL VERSUS INCENTIVO AO SETOR PRIVADO: a disputa pelo Fundo Público	41
3.2 NOVOS MODELOS DE GESTÃO: privatização por dentro do SUS	50
3.2.1 A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.....	59
4 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES E O HU-UFMA	67
4.1 O TRIPÉ ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 15 de dezembro de 2011, pela lei nº 12.550/11, insere-se no bojo de medidas neoliberais originadas no pós-crise de 1970, que ganha fôlego no Brasil a partir da década de 1990. O Plano Diretor de Reformas para o Aparelho do Estado (PDRAE) é um dos mais importantes veículos para a concretização dessas medidas. A ideologia neoliberal nega as origens da crise enquanto crise estrutural inerente à dinâmica do capitalismo em sua fase monopolista e toma como pressuposto dessa crise o tamanho e a intervenção do Estado colocando como proposta de saída reformá-lo.

A reforma do aparelho do Estado atinge o setor da saúde por meio dos “novos modelos de gestão” inaugurando uma nova forma de privatização, desta vez não se trata da clássica venda do bem público a entes privados, mas sim do repasse do patrimônio, bens, recursos humanos, serviços, dotação orçamentária e poupança pública ao setor privado, lucrativo.

Na dinâmica de reorganização do capitalismo mundial, as agências multilaterais, em especial o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), atuam como interlocutores oferecendo pacotes econômicos em troca de uma agenda recessiva de aumento de juros, diminuição dos gastos sociais, privatizações, eliminação de barreiras de proteção do mercado interno etc. os quais têm rebatimentos diretos na sociedade.

Para o Banco Mundial a saúde é um bem de consumo e deve ser tratada pelas leis de livre comércio, portanto, comprada por aqueles que podem pagá-la. Ao Estado cabe apenas o cuidado com a parcela da sociedade incapacitada, financeiramente, de obter os serviços por conta própria

[...] los grupos prósperos de la población tienen capacidad económica para obtener a precios de mercado la mayoría de los servicios de salud que necesitan, por lo que no se justifican fácilmente las subvenciones públicas a tales grupos (BANCO MUNDIAL, 1975, p.37).

Nesse sentido, o entendimento da saúde como um direito fundamental do ser humano é redimensionado como produto de consumo e de

responsabilidade individual e tomado como um pressuposto para sua privatização.

Uma das hipóteses iniciais desse trabalho é que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) representa um modelo de saúde incompatível com o modelo defendido pelo Movimento Sanitarista e assegurado na Constituição de 1988: um modelo público, universal, integral e equânime nos marcos do Sistema Único de Saúde (SUS), e que o caos instalado no nosso sistema de saúde, em especial nos Hospitais Universitários (HUs), não é um problema de gestão e/ou de boa governança como postulam os idealizadores e defensores da Empresa, mas faz parte do processo de contrarreforma do setor saúde, reduzindo o papel do Estado e ampliando a participação da iniciativa privada neste promissor mercado, a fim de permitir a expansão do capital.

A ideia central a ser desenvolvida é de que a introdução de uma empresa privada como gestora de Hospitais Universitários Federais os descaracteriza enquanto parte constituinte das Universidades Públicas ao usurpar-lhes a autonomia em matéria de decisão. Autonomia essa que é a garantia para que o conhecimento que ali é desenvolvido seja consoante com as demandas da sociedade, de modo que há impacto direto no tripé ensino, pesquisa e extensão, base da formação acadêmica dos profissionais formados nas diversas áreas que atuam no âmbito dos HUs.

Partindo destas inquietações, este trabalho tem como objetivo geral analisar o processo de privatização da saúde por meio da introdução da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como gestora do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), tendo como campo de análise as unidades Materno Infantil e Presidente Dutra. A fim de compreendermos melhor as mudanças ocorridas no interior do HU, centramo-nos na investigação de um único objetivo específico: a análise dos impactos dessa mudança de gestão no que diz respeito ao tripé universitário ensino, pesquisa e extensão e, por conseguinte, como estas mudanças interferem na assistência à saúde no âmbito do SUS.

A análise da problemática indicada, no melhor sentido do método, remonta, além do recurso a técnicas de pesquisa, a uma capacidade teórica de leitura e compreensão do real, apreendido aí como uma totalidade de partes articuladas em processo num tempo e espaço determinados. Ou seja, reivindica

a um só tempo uma concepção dialética, que toma o ser social como uma totalidade constituinte de mediações e contradições, e materialista, posto que tem como elemento de fundo a compreensão do entrelaçamento dos nexos entre trabalho, saúde e sociedade, configurando o capital como o móvel econômico-social das determinações particulares do ser social, enformando o Estado e as políticas de saúde, aqui objeto de nossa atenção.

A EBSEERH é um momento, parte de um todo social, uma determinação que envolve a tendência, já observada por Marx, de conversão de todas as esferas e atividades do ser social à lógica da mercadoria, sob o signo da acumulação de capital. Deste modo, a reconstrução do painel histórico que fez emergir a fase neoliberal do capitalismo e sua sanha venal torna-se indispensável para mapear as causas econômico-sociais que conduzem a estas transformações no Estado e nas políticas de saúde; bem como permitir avaliar criticamente a retórica dos organismos multilaterais, do próprio Estado nacional, através de seus documentos oficiais, acerca das causas da crise instalada na saúde e nos Hospitais Universitários e as soluções aventadas por estes.

A dinâmica de privatização da gestão dos hospitais de ensino, dirigida pela “obtenção de lucros líquidos”, segundo o artigo 8º da lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011, que autoriza a criação da EBSEERH, e a submissão das atividades de ensino, pesquisa e assistência a este propósito e fim impõe a necessidade de rastrear mais além da retórica de eficiência, produtividade e eficácia frequentemente presente nos discursos de justificativas de medidas de ingerência como a EBSEERH.

Desta forma, para analisar os rebatimentos no tripé universitário ensino, pesquisa e extensão no HU-UFMA, após a EBSEERH, procedemos no sentido de realizar o levantamento e análise da bibliografia disponível acerca do tema, bem como documentos oficiais e leis que contextualizem a proposta e surgimento da Empresa.

Para a apreensão do panorama real do HU-UFMA foram realizadas entrevistas com professores que atuaram no âmbito do hospital antes e/ou depois da adesão à empresa, a fim de verificarmos os pormenores da nova realidade ali imposta. Foram entrevistados 5 professores. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e guiadas por um roteiro previamente desenvolvido (Anexo 1). Ao final desse processo todas as

entrevistas foram transcritas e os sujeitos foram denominados por *entrevistado* e numerados seguindo a cronologia das entrevistas de modo que o primeiro foi denominado *entrevistado 1* e o último *entrevistado 5*, a fim de se resguardar suas identidades.

Dada a natureza recente do problema, faz-se necessário alertar para o caráter germinal das reflexões desenvolvidas nas páginas subsequentes deste trabalho, o qual está dividido em três momentos. No Capítulo I iniciamos pela apresentação do quadro histórico-social que criou as condições para uma mudança na produção social em nível internacional, estabelecendo as inter-relações entre globalização e neoliberalismo, e como estas afetam diretamente os Estados nacionais, sabendo-se que são estes últimos quem regulam boa parte da atividade econômica e das políticas sociais, as suas devidas conexões possibilitam compreender, tais como verdadeiras premissas, o direcionamento dado às políticas de saúde no Brasil ao longo das últimas décadas. Neste capítulo trataremos ainda, das implicações diretas das reformas nas políticas de saúde sob a égide do plano de reformas do Banco Mundial, e seus desdobramentos a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado e seu antagonismo frente ao conquistado com a Constituição de 1988, considerada por muitos como a Constituição Cidadã.

No Capítulo II discutimos o processo de subfinanciamento da saúde, investigando a disputa e utilização do fundo público. Argumentamos como o desfinanciamento da seguridade social implica na mercantilização da saúde e desconstrução do setor público, e de que modo esse subfinanciamento histórico tem implicações diretas na universalização do acesso à saúde e na qualidade da prestação de serviços, mas que é tratada como um problema de gestão para a qual a solução imposta pelo governo passa pela introdução dos “novos modelos de gestão”. A partir daí, entender seus efeitos e desdobramentos nas condições de funcionamento do SUS, em especial dos HUs, para chegarmos à EBSERH, apontada pelo Estado, como a solução para o problema dos HUs.

No Capítulo III analisamos os impactos da introdução da EBSERH como instrumento gestor no HU-UFMA: desde o processo de adesão, passando pela sua estrutura e lógica de funcionamento evidenciando os choques que provoca frente aos princípios do SUS. A partir das entrevistas, discutimos as implicações da “nova” gestão nas atividades de ensino, pesquisa e extensão e seus

rebatimentos na assistência à saúde na tentativa de capturar seus impactos para os trabalhadores do serviço de saúde e estudantes.

2 O ESTADO E A CONTRARREFORMA: PREMISSAS PARA UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

[...] enquanto o que se designa com as palavras “destinação”, “finalidade”, “núcleo”, “ideia” da história anterior não é nada além de uma abstração da influência ativa que a história anterior exerce sobre a posterior (MARX; ENGELS, 2007, p. 40).

O curso da nossa reflexão insere-se no pressuposto de que as políticas sociais, mais especificamente as políticas de saúde, são produtos de uma construção histórica e carregam consigo características próprias dos contextos sociais nas quais se desenvolvem e se efetivam como resultantes de contradições no interior da sociedade. Portanto, faz-se necessário analisar as dimensões econômica, política e social das quais emergiram tais políticas. O estudo das políticas de saúde não deve partir de análise como fim em si mesma, tampouco pode ser encarada como fruto natural do processo de desenvolvimento como alertaram Marx e Engels (2007, p. 40) sobre a história enquanto um “suceder-se de gerações distintas” segundo os quais “por um lado ela continua a atividade anterior sob condições totalmente alteradas e, por outro, modifica com uma atividade completamente diferente as antigas condições”. Por conseguinte, há que se compreender a base material das relações objetivas e subjetivas em que se desenvolveram.

A nosso ver, é importante recuar mais algumas décadas no tempo e conferir a importante transição econômico-social que engendra o presente das políticas de saúde no Brasil. A década de 1970 é marcada pelo encerramento de um ciclo de produção do capitalismo. Os chamados “trinta anos gloriosos do capitalismo”, iniciados ao findar da Segunda Guerra Mundial, teve como marca a intervenção e regulação estatais nas questões econômicas, garantindo que a economia capitalista mundial se desenvolvesse a altas taxas de lucro, discrepantes com o ideário clássico liberal da ortodoxia do livre mercado e sua autoregulação.

Numa época em que o mundo se dividia em referenciais contrastantes, a matriz teórica neoclássica de John Maynard Keynes regia a política econômica de regulação e intervenção estatal próprias do *Welfare State*. As cúpulas econômica e política dos países do capitalismo central orientavam

procedimentos de crescimento econômico, e de concessões nas relações do Estado e das empresas com os trabalhadores, de modo que observou-se a elevação das taxas de acumulação do capital na Europa e nos Estados Unidos, ao mesmo tempo em que houve melhoras relativas na qualidade de vida dos trabalhadores e das classes médias sob a égide do Pleno Emprego. É nesse período que são criados o FMI e o BM, os quais tornaram-se peças-chave na orientação da geometria do capitalismo mundial.

O fechamento desse ciclo de crescimento do capitalismo, marcado por uma forte inflexão, tem como estopim os “choques do petróleo”¹ com a tendente queda das taxas de crescimento do produto e da produtividade, explicado “pelo esgotamento do chamado modelo fordista de organização produtiva e da tecnologia a ele acoplada” (GORENDER, 1995, p. 95).

Marx já apontava as possibilidades e causas das crises no capitalismo, expondo a tendência da queda da taxa de lucro em decorrência do aumento progressivo do capital constante em relação ao capital variável, resultando no aumento da composição orgânica do capital. Em linhas gerais “a tendência gradual, para cair, da taxa geral de lucro é, portanto apenas expressão, peculiar ao modo de produção capitalista, do progresso da produtividade social do trabalho” (MARX, 1983, p.286). A ocorrência de crises é intrínseca ao capitalismo, uma vez que são expressão das contradições próprias desse modo de produção

[...] periodicamente, patenteia-se nas crises o conflito entre os elementos antagônicos. As crises não são mais do que soluções momentâneas e violentas das contradições existentes, erupções bruscas, que restauram transitoriamente o equilíbrio desfeito (idem, ibid.).

A derrocada do referencial fordista de organização do trabalho — fragmentário, hierarquizado e especializado — e a flagrante necessidade de respostas à crise estrutural do capital, abre o caminho para transformações no processo produtivo pela consolidação das práticas japonesas com o chamado modelo toyotista ou ohnista (CORIAT, 1994) de organização do trabalho e da produção, intercalando tecnologias avançadas a um tipo de trabalhador

¹ Os “choques do petróleo” foram resultado do embargo em alguns países árabes ao embarque do produto durante a guerra de Yom Kippur, levando à elevação dos preços (Rizzoto, 2000, p.67).

“polivalente” (GORENDER, 1995, p. 95). Tais transformações são, segundo Antunes (1999, p. 47),

[...] decorrentes da própria concorrência intercapitalista (num momento de crises e disputas intensificadas entres os grandes grupos transnacionais e monopolistas) e, por outro lado, da própria necessidade de controlar as lutas sociais oriundas do trabalho.

Na análise de Ricardo Antunes (1999), a crise do fordismo é uma “expressão fenomênica” de uma crise estrutural do capital evidenciada no início da década de 1970 na qual suas características² mais evidentes são: 1) queda da taxa de lucro pelo aumento do preço da força de trabalho; 2) esgotamento do padrão de acumulação resultante da retração do consumo em resposta ao desemprego estrutural; 3) hipertrofia da *esfera financeira*, com prioridade para o capital financeiro especulativo; 4) concentração de capitais pela fusão de monopólios e oligopólios; 5) crise fiscal do Estado capitalista gerada pela crise do *Welfare State* e a necessidade de diminuição dos gastos públicos com transferência destas para o setor privado; e 6) privatizações, desregulamentação e flexibilização da produção do mercado e da força de trabalho. A resposta do capital à crise centrou-se na reorganização da produção, a mudança ocorreu no interior do padrão de acumulação e não no modo de produção. De tal modo que observamos a passagem de um modo de acumulação rígido característico do fordismo-taylorismo para um novo padrão: a *acumulação flexível*.

Para Antunes (1999, p.36),

Embora a crise estrutural do capital tivesse determinações mais profundas, a resposta capitalista a essa crise procurou enfrentá-la tão-somente na sua superfície, na sua dimensão fenomênica, isto é, reestruturá-la sem transformar os pilares essenciais do modo de produção capitalista.

A generalização do modelo japonês se forja numa articulação entre o avanço tecnológico e a descentralização produtiva, com seus trabalhadores “multifuncionais”, desenhada de forma horizontal e integrada entre empresas terceirizadas e subcontratadas, com fim na redução do tempo de trabalho, trouxe consequências devastadoras para a classe-que-vive-do-trabalho (ANTUNES, 1999).

² Mota (2005) aponta a queda das taxas de lucro, as variações na produtividade, o endividamento internacional e o desemprego como fatores que indicam o esgotamento do período de expansão baseado no padrão fordista-keynesiano.

Um modelo baseado na máxima produção com o mínimo de mão de obra sustenta-se na máxima exploração da força de trabalho em conjunto com novas tecnologias e técnicas gerenciais acarretando na precarização das condições de trabalho, altos níveis de desemprego (com formação de um amplo exército de reserva), enfraquecimento dos sindicatos e/ou desenvolvimento do sindicalismo de empresa, flexibilização dos vínculos trabalhistas por meio de terceirizações dos serviços e contratos temporários (ANTUNES, 1999).

Aliada à mudança no eixo do processo de produção, inicia-se uma forte ofensiva ideológica, no interesse de reverter as concessões sociais adquiridas nos “anos gloriosos” do capitalismo, juntamente com uma verdadeira restauração para as classes dominantes. Os países desenvolvidos compõem a dianteira do processo, que tem como marca a redução dos investimentos do Estado para com as políticas sociais e a desregulamentação dos mercados de trabalho, de bens e serviços. Essa pressão se deu por meio de grupos econômicos dominantes, consolidando-se em suma através dos cortes orçamentários previdenciários e das privatizações de empresas estatais.

Podemos definir, em nível conceitual, que a ideologia presente neste momento da acumulação capitalista – o neoliberalismo – tem os seguintes traços:

[...] remete aos novos modos de funcionamento do capitalismo, tanto no centro como na periferia: uma nova disciplina do trabalho e da gestão dos ganhos dos credores e dos acionistas; o recuo das intervenções estatais em matéria de desenvolvimento ou proteção social; o crescimento espetacular das instituições financeiras; a criação de novas relações entre os setores não financeiros e financeiros com vantagens para estes últimos; uma nova atitude favorável às fusões e aquisições; uma grande desregulamentação financeira; um reforço do poder e da autonomia dos bancos centrais cuja ação se concentra na estabilidade dos preços; a determinação de drenar para o centro os recursos da periferia. O neoliberalismo dá novas formas à mundialização, notadamente àquelas da dívida do terceiro mundo e estragos causados pela livre mobilidade dos capitais. A característica principal da fase atual é sua extensão gradual ao conjunto do planeta, sua própria mundialização (DUMÉNIL e LÉVY, 2003, p. 29).

Não tomamos aqui o neoliberalismo como um momento seguinte ao liberalismo. Partilhamos da tese de Eleutério Prado (2006) em que vê as três vertentes teórico-ideológicas — liberalismo clássico, liberalismo social [keynesianismo] e neoliberalismo — como transformação dialética do

liberalismo. Isto é, o advento do neoliberalismo não é de modo algum uma indicação da morte do pensamento liberal. Para tanto, é necessário perceber, de um lado, os dois momentos anteriores do liberalismo – clássico e social – onde o liberalismo social é uma primeira negação do liberalismo e hoje o neoliberalismo seria uma segunda negação. De outro lado, não é possível compreender esse movimento sem apreender previamente a estrutura material nos três momentos do capitalismo: grande indústria competitiva, grande indústria monopolista e pós-grande indústria. Como assevera Prado (2006, p. 3):

Relaciona-se o liberalismo clássico à subsunção real (formal e material) da grande indústria competitiva, o liberalismo social à subsunção real (formal, material e organizacional) da grande indústria monopolista e, finalmente, o neoliberalismo à subsunção real (formal, intelectual e societária) da pós-grande indústria. O primeiro momento será tratado como o momento da aparência, o segundo será considerado como o momento da essência, e o terceiro será encarado como o momento da interversão em que a contradição aparece.

Nesse sentido, o capitalismo no “pós-grande indústria” reconhece a contradição entre capital e trabalho como disposição social que exige tanto bloqueio de seu desenvolvimento conflituoso quanto uma suposta conciliação de classes a fim de neutralizar sua natureza contraditória, nesse movimento “é a própria contradição que tem de ser objetivamente neutralizada” (PRADO, 2005, p. 24).

David Harvey (2008), ao relatar o contexto político-econômico em que surge a neoliberalização e a forma abrangente como se disseminou no cenário mundial, seus efeitos devastadores, oferece elementos importantes para compreendermos de que maneira o projeto neoliberal, declaradamente desenhado para reestabelecer o poder econômico de uma pequena elite, lançou mão de alguns recursos na construção de um consentimento popular de sua necessidade. A saber:

Em tudo isso, foi hegemônico o recurso a tradições e valores culturais. O projeto declarado de restauração do poder econômico a uma pequena elite provavelmente não teria muito apoio popular. Mas um esforço programático de defesa da causa das liberdades individuais poderia constituir um apelo a uma base popular, disfarçando o trabalho de restauração do poder da classe. Além, disso, uma vez que fez a virada neoliberal, o aparato do Estado pôde usar seus poderes de persuasão, cooptação, chantagem e ameaça para manter o clima de consentimento necessário à perpetuação de seu poder (HARVEY, 2008, p. 50).

Os teóricos do neoliberalismo, dentre os quais se destacam o filósofo político Frederich von Hayek e o economista Milton Friedman (representantes das escolas austríaca e de Chicago, respectivamente), fincaram suas concepções político-ideológicas na dignidade individual e na liberdade humana como preceitos básicos para a humanidade. De modo que tais concepções se apresentavam sedutoras ao colocar-se a liberdade individual como pressuposto da liberdade de comércio e de mercado. Para tanto, os meios utilizados para gerar um suficiente consentimento popular, para o que Harvey chamou de *virada neoliberal*, foram diversificadas.

Fortes influências ideológicas circularam nas corporações, nos meios de comunicação e nas numerosas instituições que constituem a sociedade civil – universidades, escolas, Igrejas e associações profissionais. A “longa marcha” das ideias neoliberais nessas instituições que Hayek concebera já em 1947, as organizações de bancos de ideias (apoiados e financiados por corporações), a cooptação de certos setores dos meios de comunicação e a conversão de muitos intelectuais à maneira neoliberal de pensar – tudo isso criou um clima de opinião favorável ao neoliberalismo como o garante exclusivo de liberdade. Esses movimentos mais tarde se consolidaram com o domínio dos partidos políticos e em última análise, o poder do Estado (HARVEY, 2008, p. 50).

Contudo, é importante ressaltar que apesar da *virada neoliberal* ter sido disseminada de forma global, sua implementação e desenvolvimento obedeceram às particularidades de cada Estado ou região, reconhecendo a experiência da vida cotidiana como base material para construção do consentimento, podemos observar casos em que se fez necessário o uso da força militar, como o ocorrido no Chile com o golpe militar de 1973 que levou a instalação da ditadura militar de Augusto Pinochet, ou o uso de força financeira como as operações do FMI em Moçambique e nas Filipinas. Ou ainda por meio de coerção, induzindo a uma aceitação fatalista, como argumentava Margareth Thatcher, com a ideia de “there is no alternative” (não há alternativa).

Harvey (2006) e Coutinho (2012) apontam que a neoliberalização, ao colocar o mercado como pêndulo gestor das relações sociais, destrói os mecanismos protecionistas conquistados pela classe trabalhadora e implementados pelo Estado durante o período keynesiano com fins na mundialização e fortalecimento do mercado de trabalho competitivo, excludente

e expropriador da força de trabalho, revelando assim “a face mais devastadora desse modelo de sociabilidade” (COUTINHO, 2012, p.150).

De forma sintética, podemos apontar os ideais neoliberais em duas grandes exigências gerais e complementares entre si: a privatização de empresas estatais e de serviços públicos, e desregulamentação de alguns setores, com a diminuição do poder de intervenção do Estado sobre iniciativas privadas, de modo que se transfere para o setor privado as atividades produtivas e as atividades regulatórias ficam a cargo da disciplina do mercado.

A partir do quadro histórico apresentado, há de se localizar o papel do Estado na dinâmica de acumulação do capitalismo. Proclamar a morte do Estado, atribuindo a ele uma função residual no que diz respeito à garantia da estrutura socioeconômica em que vivemos, nos parece tão equivocado quanto assumir uma posição diametralmente oposta, da onipotência do Estado, precisamos compreender como os Estados nacionais cumprem a tarefa de *mediação*.

O Estado é reflexo das relações sociais de produção historicamente determinadas. No capitalismo, uma expressão do funcionamento da anatomia social burguesa – *sociedade de classes* —, portanto a mediação a que nos referimos é a conservação da estrutura econômica-social alçada na dominação e exploração.

Segundo Silva (2003, p. 55), na teoria marxista, o Estado, resguardadas as peculiaridades de cada fase do modo de produção, está constitutivamente presente nas relações de produção e reprodução do capitalismo, de modo que “o Estado é a instância na qual se refletem e se condensam as contradições sociais, políticas e econômicas” dentro da sociedade capitalista.

Não obstante as particularidades nas transformações e configurações dos Estados, existem funções clássicas desempenhadas por estes que merecem destaque. Segundo Mandel (1985), essas funções serviriam para: 1) criar condições gerais da produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante; 2) reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do exército, da polícia, do sistema judiciário e penitenciário; 3) integrar as classes dominadas, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em

consequência, que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem o exercício direto da repressão contra elas (porque acreditam que isso é inevitável, ou que é “dos males o menor”, ou a “vontade suprema”, ou porque não percebem a exploração)³.

O Estado, segundo as reflexões de Gramsci (2002, p. 41), “é concebido como organismo próprio de um grupo, destinado a criar condições favoráveis à máxima expansão do próprio grupo”. Nesse sentido, o Estado atua como uma das grandes mediações do sistema capitalista, através de suas ações viabiliza as condições de produção e reprodução econômica, política e social.

Segundo Bianchi:

O desenvolvimento da economia e da política se encontram intimamente vinculados e marcados por influências, ações e reações recíprocas, pelas lutas que protagonizam as classes em presença e suas formas superestruturais no terreno nacional e internacional, reconhecer esses vínculos não implica admitir que transformações no mundo econômico provoquem uma reação imediata que modifique as formas superestruturais ou vice-versa. Certo descompasso entre as mudanças ocorridas nesses conjuntos é, até mesmo, previsível, muito embora exista uma tendência à adequação de um a outro. Esta tendência não é, senão, a busca de uma otimização das condições de produção e reprodução das relações sociais capitalistas por meio da unidade econômica e política da classe dominante, unidade que se processa no Estado (BIANCHI, 2008, p. 175).

Ainda de acordo com Bianchi a promoção das condições favoráveis à expansão dos grupos no poder, não se apresenta como realização dos interesses exclusivos desses grupos, mas sim como “expressão de toda sociedade” (BIANCHI, 2008 p. 176) incorporando-se reivindicações das classes subalternas e enquadrando-as na ordem vigente, nesse sentido, o Estado é compreendido como

Todo o complexo de atividades práticas e teóricas com o qual a classe dominante não somente justifica e mantém seu domínio, mas procura conquistar o consentimento ativo daqueles sobre os quais exerce sua dominação (GRAMSCI, 2000, p. 331).

No capitalismo contemporâneo, onde a mundialização do capital opera pela crescente financeirização do capital produtivo, expansão das empresas

³ Se tomarmos como exemplo as políticas sociais, estas se enquadrariam na primeira e terceira função do Estado, ou seja, a de proporcionar as condições de reprodução e a constituição de integração e consenso.

multinacionais e pelo papel proeminente desempenhado por instituições multilaterais (Banco Mundial, FMI etc.), coloca-se em discussão a centralidade do Estado nacional, alguns tentam soerguer o capital financeiro à transnacionalidade e com isso advogam a completa autonomia entre ambos, difundindo-se “a ideia de que o poderio e a expansão das multinacionais enfraquecia os Estados nacionais” (SILVA, 2003, p.59). Contrariamente a esta posição, Santos (2015, p.19) afirma com grande sensatez:

Ao contrário do que se repete impunemente, o Estado continua forte e a prova disso é que nem as empresas transnacionais, nem as instituições supranacionais dispõem de força normativa para impor, sozinhas, dentro de cada território, sua vontade política ou econômica. Por intermédio de suas normas de produção, de trabalho, de financiamento e de cooperação com outras firmas, as empresas transnacionais arrastam outras empresas e instituições dos lugares onde se instalam, impondo-lhes comportamentos compatíveis com seus interesses. Mas a vida de uma empresa vai além do mero processo técnico de produção e alcança todo o entorno, a começar pelo próprio mercado e incluindo também as infra-estruturas geográficas de apoio, sem o que ela não pode ter êxito. É o Estado nacional que, afinal, regula o mundo financeiro e constrói infra-estruturas, atribuindo, assim, a grandes empresas escolhidas a condição de sua viabilidade. O mesmo pode ser dito das instituições supranacionais (FMI, Banco Mundial, Nações Unidas, Organização Mundial do Comércio), cujos editos ou recomendações necessitam de decisões internas a cada país para que tenham eficácia.

O momento atual de intensificação da concorrência, com o neoliberalismo, faz com que as empresas multinacionais recorram ao poder do Estado, onde suas matrizes residem, para enfrentar os concorrentes e “influir nas decisões dos Estados nacionais” que, na prática, agem como correia de transmissão de seus interesses (GORENDER, 1995, p. 97).

O Estado nacional perde a centralidade na divisão internacional do trabalho, cumpre um papel político e ideológico que favorece as classes dominantes; contudo, possui uma autonomia relativa e essa autonomia relativa permite, conforme as correlações de força no interior da sociedade, que os trabalhadores conquistem maiores ou menores concessões (na forma de direitos sociais, por exemplo) no interior do Estado.

Silva (2003) faz um alerta importante quanto a centralidade do Estado na fase transnacional do capitalismo, embora o Estado encontre dificuldades crescentes para garantir as condições de reprodução e as relações de dominação do capital nos espaços nacionais e supranacionais, ele ainda

mantém um papel ativo, e a negação disso contribui para justificar ideologicamente a ação de governos de modo a “absolvê-los” das consequências de suas políticas.

O movimento de regulação das taxas de juros e câmbio do mundo financeiro, o fato de sofrer intervenções diretas dos organismos multilaterais internacionais, evidentemente altera e reduz a soberania dos Estados nacionais.

Partilhamos do entendimento de Rizzotto (2000) de que as relações internacionais seguem as relações sociais fundamentais, tanto no centro quanto na periferia, acompanham a dinâmica que caracteriza a relação centro hegemônico/periferia dependente. De modo que o Estado se constitui uma importante arena de disputa entre as forças que compõem a sociedade, e, portanto, tem papel decisivo na articulação econômica e social. De tal maneira que modificações na estrutura de poder, função ou configuração do Estado tem implicações diretas na formulação e implementação das políticas públicas.

Nesse mesmo sentido, as disputas entre as frações da burguesia no Estado vão além das alianças na esfera nacional, expandindo-se também os blocos do poder internacional, as quais se expressam nas contradições e assimetrias entre os Estados nacionais, de modo que

[...] hoje, o Estado está numa posição muito problemática. É chamado a regular as atividades do capital corporativo no interesse da nação e é forçado, ao mesmo tempo, também no interesse nacional a criar um “bom clima de negócios” para atrair o capital financeiro transnacional e global e conter (por meios distintos de controle de câmbio) a fuga de capital para pastagens mais verdes e mais lucrativas (HARVEY, 1994, p.160).

Esse movimento de globalização dirigido pelas principais potências econômicas se afirma frente uma estrutura desigual de desenvolvimento dos países, o que Milton Santos designou por *globalitarismo*. Os Estados do centro hegemônico agem com grande poder de influência e intervenção nos países da periferia dependente através de empresas multinacionais e organismos multilaterais, seguindo as diretrizes da *tríade* dominante no cenário internacional, Estados Unidos, Japão e Alemanha.

A América Latina desenvolve sua economia mercantil em função do mercado mundial, reproduzindo em seu seio as relações de produção originárias que fundaram esse mercado e determinavam seu caráter e expansão. A conjunção com a acumulação de capital baseada na capacidade produtiva do

trabalho, nos países europeus, impeliu a América Latina a fundar sua acumulação na *superexploração do trabalhador* (Marini, 2000). Contradição essencial para o entendimento dessa dinâmica.

Sobre a lógica da dependência da economia latino-americana, destaca Marini (2000, p. 132):

Nascida para atender as exigências da circulação capitalista, cujo eixo de articulação está constituído pelos países industriais e centrado então sobre o mercado mundial, a produção latino-americana não depende, para sua realização, da capacidade interna de consumo. Opera-se assim, do ponto de vista de país dependente, a separação dos dois momentos fundamentais do ciclo do capital – a produção e a circulação de mercadorias – cujo efeito é fazer que apareça de maneira específica na economia latino-americana a contradição inerente à produção capitalista em geral, isto é, a que opõe o capital e o trabalhador enquanto vendedor e comprador de mercadorias.

Pelo exposto, nota-se que a globalização tem empurrado os países periféricos à situação de marginalização econômico-social, sendo imprescindível salientar a maneira que os Estados nacionais latino-americanos têm se relacionado com os países hegemônicos, a partir da etapa do pós-grande indústria e do neoliberalismo. Há um *misto de associação e subordinação* à bula neoliberal ditada pelos organismos multilaterais como agentes diretos dos interesses hegemônicos dos países ricos. Ajuste fiscal rígido, desregulamentação dos mercados, associação ao capital internacional, erosão sucessiva das políticas sociais – este é o perfil do que os governos têm levado a cabo na América Latina.

O reflexo produzido por esta avalanche não é de pouca monta. Os Estados nacionais se enfraquecem e, principalmente, a classe trabalhadora é penalizada. Como afirma Theotônio dos Santos (2000, p. 110):

O processo de ajuste estrutural na América Latina levou ao enfraquecimento dos Estados latino-americanos, que repassaram seus recursos para o sistema econômico mundial enquanto criaram uma gigantesca dívida interna para cujo pagamento continuaram a ser transferidos enormes recursos, com o pagamento pelo Estado de altíssimas taxas de juros. Estes recursos foram apropriados, num primeiro momento, pelo capital nacional financeiro, mas na etapa atual, com a grande entrada de capitais internacionais de curto prazo, estão sendo transferidos em grande parte ao capital internacional, que está aumentando na região em busca de elevadas remunerações dos juros das dívidas públicas, ou enormes desvalorizações dos mercados de ações, assim como de outras brechas propícias à especulação.

No Brasil a ideologia neoliberal começa a ser implementada tardiamente se comparada aos demais países latino-americanos, a partir da década de 1990, após o período de redemocratização do país, por meio de políticas que contrastavam com os ideais que sustentavam o texto da Constituição Federal de 1988: garantia de direitos sociais.

Diante da crise econômica, propagou-se a partir dos países centrais, a necessidade de reformar o Estado na dimensão de garantia para *governabilidade* e como alternativa capaz de liberar a economia para uma nova etapa de crescimento (SILVA, 2003). Foi então que emergiu um conjunto de políticas macroeconômicas direcionadas para um amplo programa de reformas nos países da periferia. O *Consenso de Washington* “orientou” as políticas nos moldes do ajuste fiscal como redução dos gastos públicos, reforma tributária e da previdência, liberalização comercial, disciplina fiscal rígida, privatizações, flexibilização das relações trabalhistas etc., a serem levadas a cabo nos países da América Latina. No Brasil elas ganham centralidade a partir dos governos de Fernando Henrique Cardoso.

Os organismos multilaterais utilizaram-se da velha prática de submissão dos países endividados da periferia condicionando sua “ajuda” financeira à aplicação de seus planos estruturais, sendo assim “o mecanismo da dívida assume um papel de correia de transmissão para disciplinar os países dependentes e para aprofundar as desigualdades em detrimento dos países dominantes” (BENSAID, 2010, p. 1).

Entende-se, portanto, a Reforma do Estado como parte do processo de reestruturação do capitalismo, a resposta neoliberal à crise, com redução do Estado e ampliação da esfera do mercado. Trata-se de um processo de contrarreforma por constituir um processo conservador e regressivo dos direitos conquistados na Carta Magna (BEHRING, 2003); seu fluxo vai na contracorrente das conquistas históricas, sobretudo no que se refere às conquistas sociais. O movimento é representativo do embate de forças em torno do controle do Estado. No nível da disputa ideológica o que está dado é uma nova ordem à qual todos devem se integrar, e que a adaptação a essa nova ordem é inevitável, constituindo um quadro de contrarreforma do Estado.

O quadro histórico apresentado até aqui serve como base para o entendimento da dinâmica do capitalismo mundial e seus reflexos nos Estados

nacionais, sobretudo os de capitalismo periférico e dependente como o nosso: como os Estados tem sua soberania alterada ou diminuída diante do processo de mundialização do capital, expressando a relação dialética entre Estado e capital, centro e periferia, as disputas e contradições inerentes a esta relação.

Um ajuste fiscal rígido, desregulamentação dos mercados, associação ao capital internacional, erosão das políticas sociais, são expressão da cartilha neoliberal ditada por pelos organismos multilaterais, que são decisivos no processo de reforma do Estado e nos direcionamentos das políticas de saúde, os quais nos ateremos adiante.

2.1 A CENTRALIDADE DOS ORGANISMOS MULTILATERAIS NO DIRECIONAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL

O SUS constitui uma das mais importantes conquistas dos trabalhadores no campo da seguridade social, cujo antecedente legal vem a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 ao determinar, no art. 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, assenta-se sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade referendando um modelo de saúde defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária⁴.

O seu nascimento, no marco da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), se dá no período de reorganização do capitalismo após a crise mundial de 1970, tornando-o alvo de uma série de “reformas” que atacam seu caráter público e universal, e que segundo Silva (2011, p. 12), “impediu a plena implementação do texto constitucional”. Tais “reformas” são reflexos da mudança na dinâmica das relações de produção em nível internacional, nesse sentido os organismos multilaterais assumem o papel de protagonistas na definição das políticas estatais para os países da periferia.

A concepção originária do SUS e sua possível implementação significava romper com o modelo brasileiro de saúde existente há tantos decênios. Enquanto modelo público de prestação de ações e serviços de saúde,

⁴ Originado no contexto das lutas contra a ditadura, o Movimento de Reforma Sanitária, constituído por vários setores população, defendeu a criação de um sistema público de saúde universal, equânime, integral e gratuito, e foi de fundamental importância na conquista legal do Sistema Único de Saúde.

com incorporação de novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização de gestão, que tem como fim integrar subsistemas de saúde pública e assistência previdenciária [medicina preventiva e curativa] bem como serviços públicos e privados, sendo os últimos em regime de contrato ou convênio, em um sistema único e nacional, o SUS apresentava-se como algo bem diferente para o sistema de saúde brasileiro.

Para Noronha (2006), as diretrizes que orientavam a concepção original do SUS – ampliação do papel do Estado e dos direitos na área da saúde – foram fortemente contrastadas pelo cenário econômico-político da década 90, a diretriz da descentralização é a única que não se choca com o ideário levado a cabo neste período. Passa-se de um sistema deveras centralizado para um grande contingente de gestores – estaduais e municipais – no campo da saúde (gestão descentralizada). Nesse processo de ampliação de gestores, entra em cena a atribuição do controle de qualidade de prestadores de saúde e controle social, organizados a partir de seus sistemas locais – como os Conselhos de Saúde.

Entretanto, é preciso notar que apesar da pauta de descentralização ter sido de fato algo reivindicado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, seu significado contrasta fortemente ao significado utilizado pelos organismos multilaterais. Neste aspecto, discordamos da interpretação de Noronha (2006) no tocante a diretriz da descentralização ter sido implementada à revelia do ideário neoliberal dominante. Como demonstra Rizzotto (2000), a consolidação da descentralização segue o sentido de quebrar o padrão unitário de qualidade da assistência à saúde, pois “tem permitido também a desresponsabilização do Estado, o ‘alívio’ das instâncias centrais, a fragmentação dos serviços de saúde e a co-responsabilização da sociedade pelos serviços e pela gestão pública, por meio da propalada ‘participação da comunidade’” (RIZZOTTO, 2000, p. 172). Portanto, completamente em consonância com os interesses do Banco Mundial e demais agências multilaterais.

Em cidades de pequeno e médio portes, marcadas pelo clientelismo, onde o controle social é frágil ou em alguns casos inexistente, interesses privados se sobrepõem ao interesse público, ocorre uma deterioração do setor “tanto pelas questões políticas assinaladas, como pelas dificuldades econômicas e deficiências técnicas e operacionais locais, para diagnosticar, propor e/ou implementar políticas neste campo” (ibid.).

O interesse do BM na saúde do Brasil fica evidente pelo número de publicações de diagnóstico e “recomendações”. Contudo, para compreender os direcionamentos dado pelo BM às políticas de saúde no Brasil, é importante perceber o giro dado por essa agência internacional na engenharia da dominação e das políticas para tal intento.

O processo de enfraquecimento dos Estados nacionais dos países subdesenvolvidos, alavancado pela ofensiva neoliberal, e estreitamente ligado ao seu gigantesco endividamento, redefine a situação econômico-social que estes países viviam. A crise da dívida externa e as dificuldades porque passavam para obterem crédito junto aos bancos internacionais privados, colocou o Banco Mundial na linha de frente da administração desta crise sob o índice da estabilidade financeira internacional. Dessa forma, o BM, ganhou muita relevância tanto como mediador nas negociações da dívida, como fornecedor de recursos para os países periféricos endividados. O eixo, portanto, alterava-se da ênfase dada na década de setenta para a diversificação de projetos setoriais para a concentração da política de empréstimos nos marcos do ajuste econômico, cuja referência são as diretrizes macroeconômicas do *Consenso de Washington*, impondo a adoção de programas de ajuste estrutural e de estabilização econômica, implicando na reforma do Estado. Destaque-se sua formulação de que o crescimento econômico está condicionado à abertura da economia, larga inserção na economia internacional e reestruturação do setor público e das políticas sociais (RIZZOTTO, 2000).

Essa mudança inicia-se quando Robert McNamara, então diretor do BM, já visualizando a crise que dominaria os Estados de Bem-Estar e a crise cíclica consumada na década de 70, busca redefinir seu papel para algo além de um banco, como afirmou: considerava-o como uma “agência de desenvolvimento”, onde a retórica de satisfação das necessidades básicas dos pobres e combate à pobreza assume lugar de destaque. As razões para esse direcionamento ficam claras no pronunciamento do próprio McNamara (1972, p. 1070):

Quando los privilegiados son pocos y los desesperadamente pobres muchos, y cuando la brecha entre ambos grupos se profundiza en vez de disminuir, sólo es cuestión de tiempo hasta que sea preciso escoger entre los costos políticos de una reforma y los riesgos políticos de una rebelión.

De modo que o BM, criado em 1944 durante a conferência de Bretton Woods, surge inicialmente com a tarefa institucional de reconstrução dos países europeus no pós-guerra, atua durante a Guerra Fria como mediador de empréstimos para os países do Sul, tornando-se gerenciador do endividamento dos países da periferia. Tais empréstimos trazem consigo condicionalidades que apontam para abertura neoliberal dessas economias. Trata-se, portanto, de uma série de exigências e metas em nível de política econômica interna e externa, redução do gasto público e cortes nos gastos sociais, de modo que os fundos são liberados mediante cumprimento das metas, assim as condicionalidades seriam capazes de gerar receita para o pagamento da dívida externa. Em outras palavras,

Esses cortes geraram, por um lado, espaço para as transnacionais se instalarem nas áreas mais importantes para o desenvolvimento social dos países (i.e. saúde, educação e saneamento) e por outro geraram dividendos aos investidores que apostaram nos juros da dívida pública, conseqüentemente enfraquecendo a capacidade de investimento dos países devedores (BORGES, 2012, p. 16).

O Estado insere-se num processo de minimização e desresponsabilização “exigindo o protagonismo da sociedade civil para dar respostas às sequelas da questão social” (CORREIA, 2007, p. 5), intervindo apenas na regulação da oferta e na garantia dos *mínimos essenciais*, de modo que esse Estado mínimo — construção ideológica — é, ao mesmo tempo, um Estado máximo, haja vista que se minimiza em relação às classes trabalhadoras, e se maximiza na sua articulação com a burguesia (DIAS, 1999). Nesse mesmo sentido,

A valorização da sociedade civil se insere como desdobramento do processo de reestruturação capitalista e do seu corolário, o neoliberalismo, que necessita modificar a forma de responder às refrações da “questão social”, desresponsabilizando o Estado e repassando esta tarefa para a sociedade civil através das “parcerias”, da disseminação de princípios de “auto-ajuda” ou “ajuda mútua”, do voluntariado, do solidarismo e da filantropia (CORREIA 2007, p. 5).

O argumento do BM que orienta as reformas para o setor saúde parte da ideia de que a saúde, garantida pelo Estado, onera os cofres públicos levando à insustentabilidade financeira e ao aumento da carga tributária sem, contudo, garantir o acesso aos serviços para o conjunto da população, o chamado mito da insolvência dos sistemas públicos de saúde.

A construção desse mito guarda consigo os interesses das empresas transnacionais de seguros de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos beneficiárias no processo de privatização do setor. Borges (2012) descreve de forma clara e didática a arquitetura do movimento privatista baseada no mito da insolvência. Segundo o autor o argumento desenvolve-se partindo da ideia que o governo não consegue garantir a saúde para o conjunto da população de modo que a sociedade ao se sentir desprotegida, passa a adquirir o “produto saúde” pelo desembolso direto. Diante dos altos gastos diretos da população justifica-se a abertura do sistema para entrada de administradoras de seguros de saúde uma vez que estas organizariam melhor o sistema, oferecendo planos para a população descoberta e evitando o desembolso direto.

A utilização deste argumento está presente em pelo menos dois documentos publicados pelo Banco Mundial. O primeiro, de 1991, intitulado “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” ao afirmar que “as realidades fiscais colidem com os sonhos de despesa alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988” (BANCO MUNDIAL, 1991, p.1/20), o segundo, publicado em 1995, com o título de “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma Agenda para os anos 90”, neste o Banco faz um “alerta” sobre a “firme tendência para a universalização da cobertura [...] trará, por si só, um aumento significativo nas despesas se as promessas públicas forem mantidas” (BANCO MUNDIAL, 1995).

Na análise de Rizzotto (2000, p. 153) estes dois relatórios constituem “uma avaliação genérica do Sistema Único de Saúde brasileiro, com ênfase nos aspectos da relação custo-benefício dos serviços e, na defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais vinculadas a este setor” deixando claro o interesse na ampliação do setor privado, de modo que Banco Mundial passa a desenvolver propostas de “reformas” para o aparelho do Estado nas diversas áreas de políticas públicas, contando a saúde neste rol.

Nesse contexto, as reformas da saúde procuraram promover, inicialmente, a descentralização, o fomento à criação de mercados privados de asseguramento, a introdução de co-pagamentos nas unidades públicas de saúde e a focalização do Estado nas populações ditas ‘pobres’. Do Relatório do Banco Mundial de 1993, emerge a proposta de introdução de um pacote básico de medidas consideradas custo-efetivas, que o Estado deveria bancar por meio de impostos, sem cobrança aos cidadãos (ANDREAZZI, 2013, p. 277).

Com o desdobramento dessas reformas, que consistem substancialmente em promover a separação entre financiamento e provisão de serviços, o Estado assume um papel de financiador e de regulador de redes de unidades públicas e privadas de saúde (ANDREAZZI, 2013), ao mesmo tempo em que transfere responsabilidade e recursos para entidades da sociedade civil (ONGs, hospitais e clínicas filantrópicas e sem fins lucrativos) e rede privada que desejem prestar os serviços, justificados pela melhor qualidade e eficiência na prestação de serviços por parte da rede privada, segundo o Banco “os serviços prestados pelas EMS⁵ são comprovadamente superiores aos serviços públicos disponíveis” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 119).

A orientação do Banco segue a lógica da racionalização dos gastos sociais em detrimento do setor privado, priorizando os setores sociais mais deficitários com a promoção de políticas públicas focalizadas com “priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos” (CORREIA, 2007, p.7) a fim de garantir a eficácia e equidade dos gastos públicos enquanto a gestão de bens e serviços públicos é repassada para o setor privado (mediante transferência de recursos públicos) atingindo em cheio o caráter da universalidade das políticas de saúde.

No final da década de 1990, nos deparamos com o segundo momento destas reformas, mesmo presente nos debates políticos desde a década de 80, é com os governos de Fernando Henrique Cardoso que o tema ganha centralidade. Nestes, é proposto o Plano Diretor de Reformas do Aparelho do Estado (PDRAE). Para Bresser-Pereira (Ministro da Administração Pública e Reforma do Estado) o modelo de Estado interventor da economia e exagerado nos gastos sociais, utilizado nas últimas décadas, seria o responsável pela emergência da crise econômica mundial:

[...] esta Grande Crise teve como causa fundamental a crise do Estado - uma crise fiscal do Estado, uma crise do modo de intervenção do Estado no econômico e no social, e uma crise da forma burocrática de administrar o Estado (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 9).

⁵ Sigla para entidades de manutenção em saúde, diz respeito a todas as formas de planos de saúde em grupo e/ou cooperativas médicas.

Partindo dos pressupostos de que o Estado deve ser reformado e que a sociedade civil deve ser o parceiro privilegiado, em termos práticos o “terceiro setor”, a proposta de reforma do Estado inclui modelos de parceria entre Estado e sociedade civil através dos “novos modelos de gestão”.

Outro ponto importante é o interesse do Banco Mundial em torno da gestão do Estado com foco na governança, suscitando um modelo de gestão a partir das teorias da gerência empresarial e do Estado *management*, esquivando-se do berço originário da problemática. Apesar do ideário do Estado Protetor ter sido a diretriz para a formulação da Constituição brasileira de 1988, as “brechas” dadas para esta mescla entre interesses, resultante da correlação de forças definida pela luta de classes à época, foram suficientes à esperteza neoliberal, que materializou a completa inversão dos valores quanto às ações de proteção social do Estado. A hegemonia do sistema de saúde privado e os imensos nichos de mercado catalisados pelo Estado expressam a fratura social onde a maioria da população tem acesso restrito aos serviços de saúde ou mesmo nenhum acesso.

Desviando-se da centralidade do problema, imputando à má-gestão a indevida aplicação orçamentária, ou à “governança” ruim ou a toda sorte de questões técnicas que efetivamente não vão às raízes do problema, tanto o BM quanto seus ideólogos precisam reproduzir este palavrório, e buscar saídas, não para a crise social real do setor saúde, mas para os entraves ainda presentes na administração pública que dificultam a maior exploração de mercados.

O relatório de 15 de fevereiro de 2007, “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos” nos permite apreender o real significado dos termos qualidade e governança propalados pelo Banco. Nele a governança se assenta sob a égide de um pretense Estado liberal “neutro” – nos marcos da teoria da justiça de John Rawls – em que a finalidade da eficiência econômica, do crescimento econômico, é a premissa para sua efetivação. Isto é, a “boa governança” e o “bom governo” estão atrelados à garantia dos direitos de propriedade e à construção de um espaço fecundo ao investimento privado (BORGES, 2003, p.128). Isto fica patente nos documentos do Banco:

[...] os direitos de propriedade são a base para o crescimento econômico calcado no mercado e para a redução da pobreza. Entretanto, muito mais é necessário. As empresas necessitam de

um ambiente que as induza a alocar os recursos de forma eficiente, a aumentar a produtividade e a inovar.

A preocupação do BM com o “fortalecimento das instituições” estatais orienta-se univocamente para reiterar o *mix* público-privado, donde as esferas públicas são um meio para o fomento das atividades da iniciativa privada. Conforme o Banco:

Países com instituições públicas fracas devem dar total prioridade à busca de caminhos para a utilização de mercados para envolver empresas e outros provedores não governamentais na provisão de serviços (BANCO MUNDIAL apud BORGES, 2003, p.128).

Os padrões de qualidade dos serviços de saúde se alocam ao máximo grau à medida que se ajustam aos ideais de *produtividade* e *eficiência*. Como afirma o Banco Mundial:

A produtividade é um determinante muito importante da eficiência e dos custos. Leitos não utilizados, centros cirúrgicos e recursos humanos subutilizados, resultam em custos de produção mais altos e muitas vezes desperdício. A forma como os recursos são alocados para maximizar a produção é uma função gerencial importante. *A eficiência e a produtividade também estão fortemente relacionadas com a qualidade* (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 61, grifo nosso).

Dessa maneira, nossa interpretação se conforma à necessária astúcia em observar o significado do referencial de qualidade aos “padrões de qualidade” ajuizados pelo Banco Mundial. Parece-nos um referencial ajustado à proporção rentável dos serviços de saúde, por mais que vez ou outra o BM trate a qualidade em nível fundamentalmente estrutural (equipamentos, estrutura física, níveis de infecções hospitalares etc.). Mesmo neste segundo, o marco regulatório é a busca da eficiência econômica.

No íterim das propostas de contrarreforma para saúde no Brasil alguns autores apontam três tendências/aspectos intrinsecamente relacionados e que expõem a dinâmica de intervenção e as intencionalidades do BM que devem ser consideradas, entre as quais: o rompimento do caráter universal do direito à saúde, a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício e o potencial que o setor representa para acumulação de capital.

No que diz respeito ao caráter universal da saúde, dentro do modelo proposto pelo BM, apenas os serviços da atenção básica devem ser universalizados, de modo que o Estado deve garantir o acesso à atenção básica

apenas à parcela da população que não pode acessá-lo através do mercado, enquanto racionaliza a média e alta complexidades, nessa perspectiva “o Estado se encarrega da parte não lucrativa dos serviços de saúde, que não interessa ao capital, ao tempo que a rede privada especializa-se na alta complexidade” (CORREIA, 2007, p.16), configurando uma assistência seletiva e focalizada.

De acordo com os dados do DATASUS (id, *ibid.*) no período de maio de 2002 a abril de 2003, a rede pública realizou 82% dos procedimentos ambulatoriais do SUS, enquanto a rede privada realizou 14% e a rede universitária 4% dos atendimentos. Enquanto que, no mesmo período, dos procedimentos de alta complexidade, 84% foram realizados na rede privada, 8% na pública e também 8% na universitária. Os dados não ilustram a prioridade que o Estado tem dado à atenção básica, enquanto a rede privada tem se especializado na alta e média complexidade subsidiada com recursos públicos, através da compra de seus serviços.

Para o Banco a baixa capacidade gerencial das unidades de saúde dá-se pela falta de um modelo de gestão capaz de corrigir as distorções atuais referentes à relação custo/efetividade dos serviços prestados. A solução seria a privatização e terceirização dos serviços de saúde através do repasse de recursos e serviços para modelos de gestão flexibilizadas (Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações de Apoio e Cooperativas de Profissionais de Medicina) que possuiriam maior autonomia gerencial para utilização e captação dos recursos, seguindo a lógica empresarial. Esse processo pode ser denominado de privatização “por dentro”, introduzindo-se a lógica mercantil no interior dos serviços públicos antepondo-se a relação custo/efetividade em detrimento da qualidade dos serviços (SOARES, 2000). Em outras palavras,

continuamos ineficientes porque não seguimos integralmente as “recomendações” recebidas na década de 1990: não limitamos legalmente o acesso e mantivemos o direito à saúde; não conseguimos organizar descentralizadamente o sistema; não punimos exemplarmente os maus gestores; não constituímos equipes de atenção básica apenas com trabalhadores com pouca formação; não introduzimos os mecanismos da administração gerencial como a recompensa/punição; e não instituímos o copagamento (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016, p.270).

Ao restringir a ação estatal a programas e serviços destinados aos mais pobres, e que tenham reduzido custo, abrem-se as portas para participação da

esfera privada na oferta de serviços à outra parte da população, não contemplada pela ação estatal, de acordo com a capacidade de compra de cada indivíduo. Os problemas de acesso e qualidade, resultantes da negligência do poder público com o SUS, contribuem para o aumento da demanda por planos privados de saúde, de modo que

Nesse aspecto há que se reconhecer que os governos brasileiros pós-SUS têm sido generosos com o setor privado e negligentes com o SUS, facilitando a expansão desse setor e induzindo a população ao consumo de planos de saúde com baixa cobertura (BAHIA apud RIZZOTTO e CAMPOS, 2016, p. 271).

Pelo que já apontamos até aqui a conjuntura neoliberal que vem se desdobrando até então tem a marca da obstaculização da efetivação das políticas sociais. A crise de acumulação da década de 1970 levou o capital a expandir-se para todas as esferas da vida social, transformando-as em esferas de valorização do capital. Sob o pêndulo do mercado, a saúde é vista como campo de investimento de grande potencial para o capital. O arcabouço do SUS, resultado de uma árdua construção do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, vai se esfumando à medida que não se efetiva. Pelo contrário, quem se enraizou foi o filão do mercado de saúde privada e de seguros-saúde.

A agenda de reformas proposta pelo BM para a saúde no Brasil colide frontalmente com os princípios que regem o SUS atacando seu caráter universal ao propor medidas focalizadas e seletivas, seu caráter integral ao colocarem a dicotomia entre atendimento médico-hospitalar e atenção básica como vértice para priorização de um serviço em detrimento do outro, e sobretudo o caráter público do SUS pela transferência de fundo público para o setor privado.

Percebemos, por um lado, a primazia do setor privado na disputa de recursos, por outro, a negligência com os serviços públicos de saúde constituindo uma lógica de privatização por dentro do SUS, dessa forma trataremos a seguir do financiamento da seguridade social, com foco na saúde, bem como o processo de privatização “camuflada” da saúde.

3 SUBFINANCIAMENTO E SUCATEAMENTO DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE PRIVATIZAÇÃO DO SUS

Como uma varinha de condão, ela dota o dinheiro de capacidade criadora transformando-o assim em capital, sem ser necessário que seu dono se exponha aos aborrecimentos e riscos inseparáveis das aplicações industriais e mesmo usurárias (MARX, 1987, p. 872).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 instituiu um Sistema de Seguridade Social compreendido como um conjunto integrado de ações tanto do Poder Público, quanto da sociedade com fins a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 1988, art. 194). Contudo, sua efetivação deu-se no período de aprofundamento das políticas neoliberais no país iniciadas com Fernando Collor (1989-1991), aprofundadas nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), persistindo até os governos de Lula da Silva (2003-2011), os quais utilizaram-se do argumento da crise fiscal do Estado para justificar os cortes nos gastos sociais, diminuindo os custos com a força de trabalho e direcionando o Fundo Público para atender os interesses do grande capital (SILVA, 2011, p. 12).

3.1 SUBFINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL VERSUS INCENTIVO AO SETOR PRIVADO: a disputa pelo Fundo Público

A reação burguesa à crise do capital, iniciada na década de 1970, assentou-se em três movimentos integrados: reestruturação produtiva, ajuste estrutural do Estado e mundialização do capital com dominância financeira (BEHRING, 2003, p. 33). A análise da dinâmica de mundialização e financeirização do capital nos permite perceber os impactos e determinações sobre as políticas sociais em especial as de caráter universal, destinadas à reprodução social dos trabalhadores.

A globalização e o aprofundamento do neoliberalismo difundiram o argumento de que as economias dos países em desenvolvimento só recuperariam o atraso ao se integrarem na economia mundial pelo ingresso de capitais privados externos, de modo que “um país estaria mais integrado financeiramente no mercado mundial ou mais conectado aos mercados financeiros internacionais à medida que não houvesse entraves para

movimentação de capitais” (ALENCAR JUNIOR; SALVADOR, 2015, p. 242). Este novo cenário econômico mundial, de mobilidade irrestrita de capitais por meio de políticas flexibilizadoras e liberalizantes garante a expansão do capitalismo na busca de um mercado global, conforme assinalaram Marx e Engels (1982, p. 32)

A necessidade de um escoamento sempre mais extenso para os seus produtos persegue a burguesia por todo o globo terrestre. Tem de se implantar em toda a parte, instalar-se em toda a parte, estabelecer contatos em toda a parte. A burguesia, pela sua exploração do mercado mundial, configurou de um modo cosmopolita a produção e o consumo de todos os países.

No Brasil, a década de 1980, apesar das conquistas históricas no processo de redemocratização do país e construção da Constituição Cidadã, é considerada perdida do ponto de vista econômico. A partir dos anos 1990, a redefinição do papel do Estado, seu desmonte e as restrições às políticas sociais orientam-se sob a ótica do capital financeiro, a liberalização dos mercados, a livre circulação de capitais em mercados interconectados mundial e localmente — pressupostos da mundialização do capital — permite que os grandes oligopólios invistam nos mercados mais rentáveis, sobretudo nas operações de crédito e de títulos da dívida pública. De modo que o Capital Portador de Juros (CPJ) assume papel central nas relações econômicas no capitalismo contemporâneo.

Segundo Marx (1988, p. 245), o capital portador de juros é aquele que se valoriza fora do processo produtivo

O possuidor de dinheiro que quer valorizar seu dinheiro como capital portador de juros aliena-o a um terceiro, lança-o na circulação, torna-o mercadoria como capital; não só como capital para si mesmo, mas também para outros; não é meramente capital para aquele que o aliena, mas é entregue a terceiro de antemão como capital, como valor que possui o valor de uso de criar mais-valia, lucro.

É, portanto, dinheiro que, dentro do processo de reprodução capitalista, torna-se mercadoria, sem sair da esfera financeira, valoriza-se sob a forma de juros de empréstimos. O CPJ é autônomo apenas na aparência. Este não é capaz de gerar mais valor fora da esfera produtiva, seu valor de uso é o de ser utilizado como capital investido no processo produtivo pelo capitalista funcionante na compra de máquinas, matéria-prima e contratação da força de

trabalho. Ao final do processo de produção obtém-se nova mercadoria acrescida de valor, parte da mais valia resultante desse processo é o juro que será pago ao capitalista financeiro ou rentista que disponibilizou o capital por meio de crédito ou empréstimo.

De tal modo que a mercadoria dinheiro ou o capital que porta juros, só é acrescido de valor no processo de produção, uma vez que somente o trabalho vivo cria mais valia.

Sob o broquel do capital financeiro, o Estado brasileiro seguia a bula neoliberal aprofundando a contrarreforma do Estado a fim de contornar sua “crise fiscal”, atuando como “almofada amortecedora anticrise” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.116), a captura do fundo público para alimentação do Capital Portador de Juros, por meio do pagamento da Dívida Pública, revela-se uma das principais consequências da financeirização para as políticas sociais (SILVA, 2011, p. 12).

Francisco de Oliveira (1998, p.19) destaca a importância do papel desempenhado pelo Fundo Público na reprodução da força de trabalho e sua articulação com as políticas sociais, essa articulação seria uma questão estrutural do capitalismo de modo que “o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais”.

Corroborando esse argumento, Behring (2004, p. 164) complementa

Há no argumento de Oliveira um elemento indiscutível: o lugar estrutural do fundo público no capitalismo contemporâneo, como expressão da sua maturidade e imensas contradições. A produção e a realização do valor vão requisitar que o Estado se aproprie de parcela bastante significativa da mais-valia socialmente produzida para assegurar as condições gerais de produção e reprodução; dentro desse processo comparece o desenvolvimento de políticas sociais como lugar relevante de alocação do fundo público, a depender, claro, da correlação de forças políticas e de elementos culturais em cada formação nacional.

O Fundo Público, composto por diversos instrumentos da política econômica como orçamento público, questão tributária e política monetária, não pode ser tomado apenas como uma peça técnica orçamentária, mas representa uma arena política de disputa entre as classes e frações de classe resultantes da correlação de forças entre capital e trabalho dentro da sociedade capitalista. Em outros termos

[...] em que a mobilização dos trabalhadores busca garantir o uso da verba pública para o financiamento de suas necessidades, expressas em políticas públicas. Já para o capital, com sua força hegemônica, consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida pública (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 174).

Entende-se por Fundo Público “toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público” (SALVADOR, 2012, p. 7). Sendo o orçamento público a expressão mais visível, sua análise oferece elementos importantes para compreender a política social, uma vez que reflete os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos a partir das correlações de força, sua compreensão pontua a importância dada a cada política pública no contexto específico de cada país.

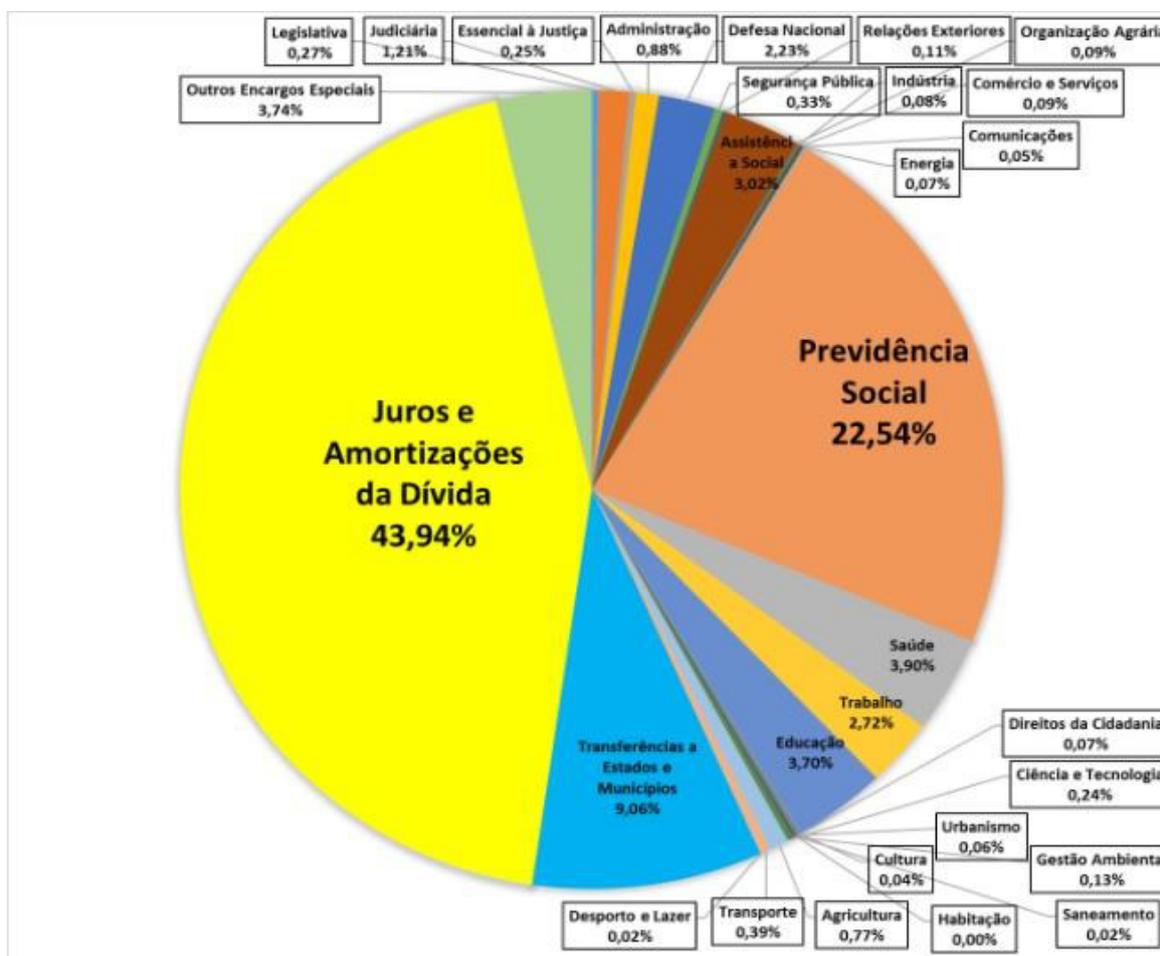
Segundo Salvador (2010), o fundo público assume um papel cada vez mais importante no capitalismo contemporâneo tanto no que se refere à reprodução do capital quando da força de trabalho, apresentando-se das seguintes formas:

- i. Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital.
- ii. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição.
- iii. Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
- iv. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (SALVADOR, 2010, p. 91).

A análise dos dados do orçamento anual, por exemplo, oferece pistas da disputa do fundo público, na estimativa de despesa publicada para o exercício

de 2016⁶, dos R\$ 2,953 (dois trilhões, novecentos e cinquenta e três bilhões) cerca de 885 (oitocentos e oitenta e cinco bilhões) seriam destinados ao refinanciamento da dívida pública. Ao analisarmos o orçamento executado (pago) os números são ainda maiores: o orçamento de R\$ 2,572 (dois trilhões, quinhentos e setenta e dois bilhões), 43,94% deste montante foram destinados ao refinanciamento da dívida pública, frente aos 22,54% referentes ao financiamento da previdência, 3,90% destinados à Saúde e 3,02% para a assistência social, como demonstra o Gráfico 1 desenvolvido pela Auditoria Cidadã da Dívida.

Gráfico 1 - Orçamento Geral da União – 2016



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida. O gráfico mostra orçamento executado em 2016 com a parcela destinada/gasta aos respectivos setores.

⁶ Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2016, disponível em <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=15/01/2016&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>

O orçamento reflete não só a primazia de uma política em detrimento da outra, no embate de forças entre capital e trabalho, reflete também quais parcelas da sociedade serão sacrificadas para custear o financiamento do Estado. Uma vez definido o montante de recursos disponíveis ao Estado para execução de suas tarefas, a distribuição do ônus passa a ser a questão central, será, portanto, definida dentro da arena política:

É neste sentido que a correlação de forças políticas e sociais atuantes no sistema encontra-se na base da determinação da distribuição dos impostos diretos e indiretos, ou seja, na composição da carga tributária. Caso esta correlação seja desfavorável aos trabalhadores, por exemplo, tenderão a predominar, na estrutura tributária, os impostos indiretos, que são caracteristicamente regressivos e instrumentos que contribuem para piorar a distribuição de renda, com baixas incidências sobre a renda, os lucros e o patrimônio. Caso a luta política se revele favorável para atenuação das desigualdades sociais, certamente os impostos diretos adquirirão maior importância, como comprova a experiência dos países desenvolvidos (OLIVEIRA, 2001, p.128).

Salvador (2012, p. 10) define o orçamento público no Brasil em uma só frase: “o orçamento é financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação de capital”. O caráter regressivo da carga tributária é uma das marcas da elevada concentração de renda e desigualdades sociais no país, constituindo-se como instrumento que favorece a concentração de renda, atenua o ônus fiscal dos mais pobres e abrandando o dos mais abastados.

Marx e Engels já defendiam em *O Manifesto do Partido Comunista* a necessidade de medidas de redistribuição de renda da burguesia como a adoção de imposto progressivo:

Para os países mais avançados, contudo, poderão ser aplicadas de um modo bastante geral as seguintes: 1. Expropriação da propriedade fundiária e emprego das rendas fundiárias para despesas do Estado. 2. **Pesado imposto progressivo** [...] (MARX; ENGELS, 1982, p. 50, grifo nosso).

No que se refere às fontes de financiamento da seguridade social, as contribuições sociais⁷ são as mais representativas, chegando a 90% do montante de recursos para esta área. Segundo dados referentes ao período de

⁷ Segundo Salvador (2010, p. 236), as contribuições sociais são tributos específicos a serem aplicados pelo Estado em determinado setor com destino estabelecido no momento de sua criação.

2003 a 2010, entre as contribuições sociais a Contribuição de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social (CETSS), fonte de financiamento exclusiva da previdência social, foi a mais expressiva com 51,6% do total, seguida pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) com 29,09%, a Contribuição Social sobre os Lucros Líquidos (CSLL) foi responsável por 9,21%, seguida pela já extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) com 4,89% (ALENCAR JUNIOR; SALVADOR, 2015).

Uma consideração importante a ser feita é sobre o caráter de tributo indireto das principais contribuições sociais, por repassarem seus ônus aos trabalhadores. No caso da CETSS a contribuição é contabilizada como custo, de modo que seu gasto é repassado para o preço dos produtos a serem consumidos “anulando o efeito redistributivo e ampliando a regressividade da tributação” (id., *ibid.*, p.247).

O mesmo ocorre com a COFINS, por incidir sobre o faturamento das empresas, repassa o ônus dos empresários no faturamento dos produtos para os consumidores, configurando-se como tributo indireto e regressivo uma vez que o custo final da tributação recai sobre o consumidor.

A única tributação sobre a renda dos capitalistas é a CSLL; contudo, no período de 2003 a 2010, sua participação no total arrecadado em contribuições sociais não se alterou. Ao comparar-se as contribuições dos trabalhadores (previdência) com a receita gerada na tributação da renda dos capitalistas percebe-se que a primeira é 1,7 vezes maior que a segunda, demonstrando que a tributação sobre a renda do capital gerou menos receita do que a renda dos trabalhadores destinadas à previdência.

Ainda no que se refere ao financiamento da Seguridade Social (SS), a Constituição não especifica qual o percentual destinado a cada uma das políticas e, no caso da saúde, não estabelece qual seria o percentual de participação dos entes federados — União, Estados e Municípios. Tal regulamentação só veio a ocorrer após o 10º aniversário do SUS com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29.

Essa emenda (EC nº 29), além de dispor sobre a participação da União, Estados e Municípios no financiamento do SUS, estabeleceu parâmetros para relações fiscais intergovernamentais, garantindo e ampliando o Controle Social,

constituindo-se um avanço no que diz respeito à solidariedade federativa. Contudo, “não define, porém, qual é a origem dos recursos e é omissa em relação ao percentual de cada política na seguridade, ignorando a existência de disputa nesse âmbito” (CISLAGHI, 2011, p. 5).

Além disso, os três níveis de governo têm lançado mão de manobras para burlar os percentuais mínimos, ao considerarem gastos com merenda escolar, saneamento básico e/ou pagamento de inativos, por exemplo, como ações em saúde. Observa-se também, no caso dos municípios, que o piso de investimento, além de ser tratado como teto, permanece estático desconsiderando o aumento das necessidades locais (id., ibid.).

Coutinho (2013), ao analisar a diretriz da descentralização na saúde, aponta algumas dificuldades encontradas no funcionamento do Sistema de Saúde. Segundo a autora, a autonomia política de cada município possibilitou que o processo de descentralização e implementação do SUS se desse de forma heterogênea. Contudo, essa autonomia não se estende à utilização dos recursos de financiamento da saúde, isto porque a arrecadação dos recursos é feita majoritariamente pela União (responsável por 73% do total em 1990, frente aos 15% dos Estados e 12% dos Municípios) e seu repasse se dá ou na forma de pagamento por produção, tanto para o setor privado prestador de serviços quanto para o setor público estadual e municipal, ou possui rubrica específica, impossibilitando que a destinação de determinado recurso fique a critério do poder local. De modo que “os estados e municípios não têm efetivo poder de gestão sobre os recursos destinados ao financiamento dos serviços executados em sua esfera de competência” (COUTINHO, 2013, p. 26).

Um dos mecanismos responsáveis pelo “sequestro” de parte do orçamento da SS é a DRU – Desvinculação de Receitas da União⁸ que permitia a transferência de até 20% deste orçamento para o orçamento fiscal com fins em facilitar a formação de superávits fiscal e pagamento da dívida pública. Contudo, a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição – PEC nº 31/2016 que prorrogou a DRU até o ano de 2023, incrementou o percentual de 20% para 30%

⁸ A DRU - Desvinculação de Receitas da União foi criada em 1999 no governo FHC como mecanismo de ajuste das contas públicas e a serviço do pagamento da dívida, permite a transferência de orçamento não só da Seguridade Social, mas de outros setores como a educação.

de receitas a serem realocadas livremente, gerando algo em torno de 117,7 bilhões para o ano de 2016 dos quais 110,9 bilhões oriundos de contribuições sociais. Trata-se, portanto, da transferência de recursos que seriam destinados a políticas públicas como saúde e educação para alimentar o mercado financeiro.

Tais reflexões são demonstrativas da primazia do capital financeiro na disputa pelo fundo público. A dívida pública que deveria funcionar como um instrumento de financiamento do Estado viabilizando o aporte de recursos complementares necessários ao cumprimento de suas obrigações, teve seu papel desvirtuado, no capitalismo contemporâneo, o chamado “serviço da dívida”, ou seja, a utilização do fundo público para pagamento de juros e amortização da dívida pública, alimenta o capital portador de juros (representado pelos fundos de pensão, fundos coletivos de aplicação e bancos administradores de sociedades de investimento) posicionando-o no centro das relações econômicas e sociais da atualidade (SALVADOR, 2010, p. 45). Nesse mesmo sentido Fattorelli (2013, p. 43) acrescenta que

Existe atualmente um arcabouço de privilégios de ordem legal, política, financeira e econômica que denominamos “Sistema da Dívida” que visam garantir prioridade absoluta aos pagamentos financeiros da dívida pública, em detrimento do atendimento às necessidades sociais.

Ao analisar os números dos gastos orçamentários disponível no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAF⁹, Fattorelli (2013) demonstrou o tratamento diferenciado dado ao pagamento de juros e amortização da dívida frente às principais rubricas orçamentárias como previdência, assistência social, saúde, educação e cultura. O estudo fez um recorte do período de 2005 a 2011, onde os gastos com educação e cultura e, saúde e saneamento mantiveram-se abaixo dos 100 bilhões, previdência e assistência social não alcançaram os 400 bilhões, enquanto os gastos com juros e amortização da dívida ultrapassam os 700 bilhões.

O subfinanciamento do SUS impede a ampliação da cobertura assistencial, sucateia a estrutura pública ao mesmo tempo que impede a melhoria da gestão dos serviços, justificando assim sua privatização.

⁹ O SIAF é o principal instrumento de registro, acompanhamento e controle da execução orçamentária, financeira e patrimonial do Governo Federal.

Ao contrário do que se tem patentado pela mídia e pelos governos, que se gasta muito e se gasta mal, a análise dos números do orçamento deixa às escâncaras que se gasta pouco e se gasta mal no setor da saúde. Portanto faz-se necessário a ampliação dos recursos destinados a essa política. Há que se questionar por que a política econômica é tomada como prioridade em detrimento das políticas sociais, alocando quase metade do orçamento para pagamento da dívida pública. O quadro histórico de subfinanciamento do SUS inviabiliza o acesso universal à saúde e limita a qualidade dos serviços prestados, contudo tal problema tem sido encarado por alguns setores como um problema de gestão, a solução dar-se-ia, portanto, por meio de reformas na estrutura de gestão do Sistema de saúde aos moldes da reforma de Estado proposta no início da década de 1990 com os novos modelos de gestão.

3.2 NOVOS MODELOS DE GESTÃO: privatização por dentro do SUS

Ao atribuir o problema da saúde à má gestão dos recursos financeiros destinados ao setor, ou ainda à ineficácia administrativa do setor público caminha-se no itinerário de reformas de cunho neoliberal proposto pelo BM com uma nova lógica de gerenciamento do Estado. Ao redefinir o papel do Estado, este não teria mais responsabilidade direta sobre o desenvolvimento social e econômico, por meio de produção de bens e serviços, ao Estado caberia apenas a tarefa de financiamento.

Não obstante do que fora iniciado nos governos FHC, com encolhimento do espaço público e ampliação do espaço privado, tanto nas atividades ligadas a produção econômica quanto nos direitos sociais, os governos Lula não só deram sequência como aprofundaram a contrarreforma do Estado. Trata-se, portanto, de mais do mesmo, o que o governo do PSDB tratou abertamente por terceirização com o Plano Diretor de Reformas do Aparelho do Estado –PDRAE, o governo do PT maquiou como Empresa Pública, mas que em essência trata-se de mais uma face da ofensiva neoliberal que atinge, o Sistema Único de Saúde, afetando o seu caráter público e universal, ao estabelecer um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde.

Estes “novos” modelos de gestão vêm orquestrar um novo modelo de gerenciamento dos serviços públicos, ao pôr em marcha a transformação de órgãos estatais em entidades públicas de direito privado, cujo desiderato é não só fortalecer essa minimização do Estado pela transferência da responsabilidade sobre serviços essenciais (como a saúde) para o setor “público não estatal”, mas também de canalizar os recursos públicos para este setor, mediante o chamado programa de “publicização” presente no supramencionado Plano Diretor (id., *ibid.*).

Do ponto de vista formal, a lei que trata das OS, Lei 9.637/98, tem como objetivo “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art.1º, Lei 9.637/98). Para tal, as OS podem contratar mão de obra sem concurso público, são isentas da obrigatoriedade de licitação para aquisição de material, bens e serviços, e da prestação de contas aos órgãos de controle da administração pública, a prestação de contas fica a cargo do seu Conselho de Administração (REZENDE, 2008, p. 27).

A avaliação de ineficácia e baixa qualidade dos serviços do SUS é o argumento para terceirização e privatização do sistema de saúde pública nacional. O Estado transfere não só suas competências para entes privados, mas também os bens, serviços, patrimônio, recursos humanos e Fundo Público, os quais serão administrados e alocados conforme os interesses privados em detrimento do coletivo, colocando em segundo plano as diretrizes e princípios do SUS.

As OS dispunham de todas as garantias e condições para tornarem-se parceiras do Estado através de um contrato de gestão e se estabelecerem extinguindo serviços públicos e absorvendo suas atividades, das quais:

[...] cessão dos servidores dos quadros permanentes dos órgãos e das entidades extintos de forma irrecusável pelo servidor, com ônus para a origem; garantia de desativação das unidades extintas realizada por meio de inventário de seus bens móveis e imóveis e de seu acervo físico, documental e material, bem como dos contratos e convênios, com a adoção de providências dirigidas à manutenção, pelas organizações sociais, do prosseguimento das respectivas atividades sociais; transferência imediata dos recursos e das receitas orçamentárias de qualquer natureza, destinados às

unidades extintas, para as OSs para a manutenção e o financiamento das atividades sociais até a assinatura do contrato de gestão; abertura de crédito especial junto ao Congresso Nacional; ter adicionada às suas dotações orçamentárias recursos decorrentes da economia de despesa incorrida pela União com os cargos e funções comissionados existentes nas unidades extintas e créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão para compensar desligamento de servidor cedido (REZENDE, 2008, p. 27).

Segundo Borges (2012) para além de representativas do processo de terceirização, as Organizações Sociais constituem-se em substrato para a mercantilização da saúde pois

1. Não são submetidas a todos os procedimentos estabelecidos pela Lei de Licitações, sendo selecionadas por processos simplificados, restringindo a ampla participação nos certames licitatórios, abrindo caminho para o aparelhamento do setor privado nas unidades públicas;
2. Estão associadas à fragmentação do sistema no momento em que fica estabelecido o duplo comando (pela organização qualificada e pela rede pública regionalizada, que deveriam, teoricamente, sobrepor-se às OSs, mas não conseguem pelo *lobby* dos dirigentes das OSs junto à alta gestão pública);
3. São reguladas por mecanismos alheios ao SUS (entende-se aqui a rede SUS nas três esferas de governo), em referência aos contratos de metas, que acabam por gerar a seleção de riscos (em que se evitam casos complexos, crônicos e de alto custo), mecanismo idêntico ao dos seguros privados de saúde;
4. Instituíram a ocupação das estruturas estatais pelos prestadores de serviço privado, os únicos capazes de demonstrar capacidade gerencial por fazerem parte do subsistema privado;
5. Indiretamente transferem recursos públicos (via financiamento direto e incentivos fiscais) para o setor privado de saúde ao financiar as OSS vinculadas a grandes grupos hospitalares da iniciativa privada;
6. Desvinculam a gestão do trabalho em saúde do SUS, considerando a alta rotatividade de trabalhadores nas OSs pela flexibilização das relações de trabalho;
7. Movimentam-se para institucionalizar a abertura para o atendimento por seguros privados de saúde com o custeio do Estado, fato verificado em outros países submetidos a reformas neoliberais no setor saúde (id., *ibid.*, p.119).

As OSCIPs, instituídas e regulamentadas pela Lei 9.690/99, guardam a mesma lógica de transferência de responsabilidade do Estado à iniciativa privada, presente no PDRAE. Uma vez firmado vínculo de cooperação entre o Poder Público, em qualquer nível de governo, por meio do Termo de Parceria, e a OSCIP, a prestação dos serviços públicos ocorrerá através de Organizações Não Governamentais (ONG), cooperativas, associações da sociedade civil em

geral. A celebração da “parceria” entre as partes acontece mediante consulta aos Conselhos de Políticas Públicas do setor no qual a organização vai atuar, uma vez firmada a “parceria”, a execução e fiscalização dos serviços oferecidos será acompanhada pelo órgão fiscalizador do Poder Público bem como pelos Conselhos de Políticas Públicas, na referente esfera de governo.

Coutinho (2004) ressalta que o principal argumento da preferência dada às OCISPs na prestação de serviços, está na promessa do desenvolvimento dos valores como “solidariedade, compromisso, cooperação voluntária, responsabilidade” que não podem ser promovidos nem pelo Estado dado o seu caráter coercitivo e hierárquico, tampouco pelo mercado que tem como base a competição

Agregada a formação de novos valores, surge a ideia de um espaço público que se amplia com a consciência de que a produção de bens públicos não pode ser monopólio do Estado ou do mercado (o que romperia os próprios limites de ambos) e, ao mesmo tempo atender as crescentes exigências de auto-organização social. Através de isenções tributárias e outros benefícios essas organizações poderão demonstrar o seu caráter de “utilidade pública” (COUTINHO, 2004, p.101).

A focalização inerente a este modelo de organização (tratam problemas específicos de grupos específicos) desvia o olhar crítico na busca da causa dos problemas, da razão pela qual este tipo de parceria foi colocado como alternativa, ou a razão pela qual não se encontre resolução para o problema tratado em questão, de modo que as OSCIPs “não apresentam qualquer projeto alternativo à sociedade capitalista” (COUTINHO, 2004, p. 204).

Estas parcerias entre o Estado e entidades não-governamentais tiveram um *boom* de crescimento na década de 1990, inseridas na proposta de “reforma” do Estado do governo FHC “cuja necessidade institucional e política foi apresentada como uma consequência da globalização” (SILVA, 2003, p.96).

Na concepção do PDRAE, o Estado estaria dividido em quatro setores: 1) núcleo estratégico, compreendia as ações de preparação, definição e cumprimento das leis, relações diplomáticas e defesa do território, tido como único papel exclusivo do Estado; 2) Os Serviços Monopolistas do Estado, relacionados às atividades não lucrativas, que permaneceriam como propriedade estatal, porém com um “modelo de gestão gerencial” por meio das OS; 3) Os Serviços Sociais Competitivos, a saúde, educação, cultura e ciência

e tecnologia seriam disputados livremente no mercado, a fim de promover eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas, melhorando a eficiência da administração pública; e, 4) O Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado, compreendiam os serviços de água, luz, correios, banco etc. que segundo o governo são atividades empresariais e por isso este setor “pode ser muito melhor e mais eficientemente controlado pelo mercado do que pela administração” (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 24).

Nessa configuração, apenas os setores do Núcleo Estratégico e o Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado não poderiam ser transferidos para as OSCIPs, aprofundando o processo de privatização e desresponsabilização do Estado uma vez que “estas possuem maior alcance e abrangência quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos” (REZENDE, 2008, p.28).

Os argumentos do governo para a terceirização da gestão das unidades de saúde, pautados numa suposta melhoria da qualidade dos serviços, desburocratização do setor, maior eficácia na gestão dos recursos físicos, humanos e racionalização dos recursos financeiros foram rebatidos pelo documento “Contra Fatos não há Argumentos que Sustentem as Organizações Sociais” elaborado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde – FNPS¹⁰, o qual analisa e aponta flagrantes ocorridos durante a gestão destas organizações em diversos estados do país.

Na Santa Casa, da capital paulista¹¹, constatou-se que a instituição não realizava exames de raio-x e ultrassom, apesar de receber 1 milhão de reais por ano para realização dos exames (WESTIN, 2010).

Os hospitais da rede pública geridos por OS em São Paulo custam aos cofres públicos cerca de 50% mais do que os hospitais administrados pelo setor público, segundo pesquisa feita pelo Vi o mundo, os gastos do estado com OS

¹⁰ Criada em 2010 a partir de articulações entre Fóruns de Saúde estaduais em trono da luta contra a privatização do SUS, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é formada por diversas entidades, sindicatos, centrais sindicais, movimentos sociais, fóruns de saúde e partidos políticos com o objetivo de defender um SUS público, estatal, gratuito e de qualidade para todos nos moldes da Reforma Sanitária formulada na década de 80.

¹¹ Vistoria realizada na Santa Casa paulista, gerida pela OS Irmandade da Santa Casa de São Paulo em abril de 2010.

pularam de 910 milhões em 2006 para 1,96 bilhão em 2009, um aumento de 114% frente aos 47% de incremento no orçamento geral do estado, apesar disso as OS somariam um déficit em torno de 147,18 milhões (LEMES, 2011).

No início de 2010, 22 dos 34 hospitais geridos por OS em São Paulo haviam apresentado o balanço do seu patrimônio, destes, apenas 4 apresentaram balanço positivo, 80% dos hospitais que apresentaram a prestação de contas encontravam-se com saldo negativo do patrimônio. Se levarmos em conta também os Ambulatórios Médicos de Especialidades o número sobe para 58, dos quais 41 apresentaram-se com déficit em 2010 (id., ibid.)

Estudo do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCE-SP, demonstra que a terceirização dos serviços públicos na saúde apresenta custo maior se comparado à administração pública direta, além de qualidade inferior dos serviços. Segundo o TCE-SP, a desigualdade salarial é gritante; os funcionários do alto escalão têm vencimentos acima da média, enquanto os funcionários de menor escalão têm o salário inferior aos seus iguais dos hospitais gerido pelo estado. A gestão das OSs custa em média 60 milhões a mais do que os geridos pela administração pública. Além disso, comprovou-se que os pacientes ficam mais tempo sozinhos no leito e que a taxa de mortalidade geral é maior, de modo que “(...) A falta de controle social alimenta o rombo que as OS provocam nos cofres do estado, além de precarizar o atendimento à população” (FNPS, 2012, p. 7).

No Rio de Janeiro, o Ministério Público (MP) investiga denúncias sobre fraudes na compra de medicamentos e insumos para hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Dos 500 milhões gastos pela Secretaria de Estado da Saúde em 2009 para compras destes itens, cerca de 13,7% ou seja, 81.116.902 milhões de reais, foram gastos sem licitação, sob o argumento de emergência na aquisição (FNPS, 2012, p.9).

Na Bahia o MP investiga o contrato firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde da Bahia e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência para terceirização do Programa de Saúde da Família – PSF e de Agentes Comunitários de Saúde – PAC que teriam resultado aos cofres públicos um prejuízo estimado em 40 milhões de reais (id., ibid, p.7).

As OSCIPs longe de melhorar a fiscalização no setor e diminuir as fraudes e desvios de verbas que ocorriam com as ONGs, tornaram-se mais um braço do mercado de serviços públicos, é possível encontrar anúncios de venda dessas entidades “sem fins lucrativos”, fato que as tornou alvo de operação da Controladoria Geral da União. De acordo com o Tribunal de Contas da União – TCU chega a 120 milhões a verba federal que não teve prestação de contas apresentada ou não analisadas de Termos de Parcerias (DUARTE, 2011).

O projeto de Fundações Estatais (2007) apresentado no governo Lula da Silva representa um aprofundamento no processo de privatização do SUS frente ao conduzido por Bresser-Pereira da década de 1990, contudo há que se perceber alguns determinantes que fizeram emergir tal proposta.

Em 2007 o Banco Mundial produz um relatório intitulado “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos”, neste relatório são apontados novos moldes de funcionamento da gestão da saúde no Brasil, deixando claro o seu interesse em implementar uma reforma do sistema de saúde essencialmente infensa aos princípios que orientam o SUS e a Constituição Federal de 1988. O documento recomenda rearranjos organizacionais a fim de proporcionar maior autonomia e autoridade para gerenciar recursos, apontando para as Organizações Sociais como modelo de gestão:

As unidades com capacidade (potencial) adequada poderiam receber autonomia total sobre o gerenciamento e aplicação de seus recursos físicos e humanos, tendo apenas que seguir as políticas de saúde do SUS e cumprir um conjunto de objetivos e metas previamente definidos. Nos últimos anos, vários modelos de gestão autônoma foram adotados em várias partes do país, com resultados positivos em vários casos, como o das **Organizações Sociais e outras**. Um modelo semelhante poderia ser adotado para a maioria das unidades de saúde maiores, principalmente os grandes hospitais de referência. Uma análise comparativa desses modelos e de seus resultados deveria orientar a escolha de um ou mais modelos a serem adotados, e também identificar claramente os elementos do modelo ou de sua implantação que foram determinantes para seu sucesso (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 74, grifo nosso).

Em maio deste mesmo ano o governo disponibilizou no site do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão um conjunto de documentos sobre Fundações Estatais com assertivas similares às apresentadas no documento do BM. Dentre os documentos, o Projeto Fundações Estatais. Os principais

aspectos desse projeto se fundamentam e se alinham àqueles defendidos por Bresser-Pereira, segundo Granemann (2011, p.51)

[...] novos paradigmas, novos desafios, agilidade e efetividade para induzir mudanças em algo que funciona de modo ruim ou insatisfatório. Mas, no caso de uma reforma do Estado, a avaliação do insatisfatório não é apenas e tão somente de caráter 'técnico' porque sempre atenderá as demandas da classe que a tornou uma necessidade. Dito de modo diverso, uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do capital e neste caso será uma contrarreforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho.

Não fortuitamente, no mesmo ano do relatório do Banco Mundial sobre governança do SUS, o governo Lula lança o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, que regulamenta as Fundações Estatais de Direito Privado, ladrilhando o caminho para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSEH.

Serviços públicos administrados sob a lógica de Empresa Privada, a qual tem por finalidade o lucro, vai na contramão da construção de um sistema de seguridade social universal que viabilize o bem-estar da maioria da população e que atinge sobretudo os trabalhadores. Colocar as políticas sociais como mercadoria fere o caráter universal dessas políticas uma vez que no mercado apenas os que logram vender sua força de trabalho poderão ter acesso, aos demais resta as ações oriundas das políticas estatais. Para Sara Granemann (2011) a lógica da empresa privada aplicada ao Estado oculta a essência do processo, evidenciando apenas a aparência ou forma, onde a forma é a Fundação e a essência é a privatização.

O fetiche da iniciativa privada aplicado ao Estado tem o 'mérito' de ocultar a essência dos processos que o Estado do capital deseja legitimar: ao tentar prender-nos à forma desviamos-nos do fundamental, do essencial. A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores. As fundações estatais são formas atualizadas das parcerias público privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida. O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização (GRANEMANN, 2011, p.37).

Granemann (2011) faz uma análise muito concisa do Projeto de Fundações Estatais e chama atenção para algumas questões em especial. A primeira diz respeito ao prejuízo que as Fundações trazem aos trabalhadores.

Segundo a autora esse prejuízo ocorre de três formas: o primeiro trata do vínculo empregatício, os funcionários destas Fundações apesar de admitidos via concurso público, são contratados via Consolidação das Leis do Trabalho e por isso não possuem estabilidade, podem ser desligados da Fundação a critério da mesma.

A segunda questão refere-se à organização dos trabalhadores. Cada Fundação tem autonomia para definir seu próprio plano de cargos e carreiras fragilizando e fragmentando a organização dos trabalhadores. Num cenário geral, são os funcionários públicos os maiores opositores às privatizações das políticas sociais, essa fragmentação organizacional pode “destruir o potencial de crítica e oposição desta força de trabalho aos projetos do capital que seu governo implementa” (GRANEMANN, 2011, p. 52).

Outra, e não menos importante, questão diz respeito à imunidade tributária das Fundações. Conforme exposto anteriormente, uma das fontes de financiamento das políticas de Seguridade Social é o recolhimento de impostos para formação do fundo público. Uma vez munidas de imunidade tributária, as fundações se beneficiam tanto pela transferência de fundo público para prestação dos serviços, quanto pela isenção da obrigação de contribuir para formação deste fundo.

Associado a essas questões, acrescenta-se o que a autora chamou de “fetice da grande empresa”, o Controle Social é substituído por conselhos nos moldes das grandes empresas capitalistas estadunidenses. O “Conselho Consultivo Social”, instancia colegiada da Fundação, pode contar com a presença de representantes da “sociedade civil, pessoas físicas ou jurídicas com interesse nos serviços da entidade”, segundo a autora algo muito rebaixado frente ao alcançado com o Controle Social do SUS. Sobretudo porque o Conselho Consultivo Social é subordinado ao Conselho Curador ou Administrativo, o qual é composto por representantes do governo, favorecendo a prática de apadrinhamento e corrupção, de modo que

O espaço para a participação da força de trabalho – tanto a empregada nas fundações como a de usuários da política social - é muito restrita e – diga-se, de modo muito coerente com toda a proposta de fundações estatais – a ênfase no processo decisório das ações da fundação estatal revela o primado da ‘técnica’, como ação neutra, sobre a política (GRANEMANN, 2011, p. 53).

Tais fatos demonstram que tanto as Organizações Sociais quanto as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e as Fundações Estatais trazem prejuízo ao erário, contudo, a sorte de mazelas não se restringe aos cofres públicos. Este tipo de privatização “por dentro do SUS” constitui um ataque aos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde Brasileiro bem como aos princípios constitucionais gravados na Constituição de 1988.

Cabe lembrar o estabelecido no art. 196 da Constituição Federal que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” o que torna não só inconstitucional, mas ilegal a terceirização. O Estado não pode se desresponsabilizar da prestação desse serviço ou transferi-lo para a iniciativa privada. Ao setor privado cabe apenas a participação “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” (CF, Art. 199, §1º), de modo que terceiros só poderão prestar tais serviços quando a capacidade do Estado não for suficiente conforme o Art. 24 da Lei nº 8.080/90:

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.

Diante disso o que se pode perceber é que as OS, OSCIPs e Fundações são diferentes na forma/aparência, contudo apresentam o mesmo conteúdo/essência: a desresponsabilização do Estado e a privatização das políticas sociais, tomadas como espaços para acumulação de capital.

3.2.1 A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH

Os Hospitais Universitários (HUs) são parte integrante do sistema de saúde de acordo com o artigo 45º da lei 8.080/90: “Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde”. Eles não ficaram imunes às mazelas decorrentes das políticas neoliberais

implementadas pelos sucessivos governos, o subfinanciamento associado à falta de planejamento responsável levaram os HUs a uma crise sem precedentes.

Nos últimos anos, os HUs passaram por um processo de desestruturação que envolve dois aspectos principais: a falta de investimento público regular e a escassez de recursos humanos. No primeiro caso, segundo relatório do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, os HUs teriam acumulado um déficit anual de cerca de 30 milhões de reais entre receitas e despesas¹², e esses números seriam resultado da defasagem dos valores da tabela do SUS¹³.

No segundo caso, a falta crônica na reposição de pessoal através de concursos leva os hospitais a utilizarem parte importante de sua verba de custeio “para a contratação de pessoal terceirizado, em média 36% no ano de 2001 segundo a ABRAHUE ou até 45% dos recursos recebidos do SUS em hospitais de menor porte, segundo os dados do Relatório REHUF” (CISLAGHI, 2011, p. 58). Desta forma, os recursos oriundos do SUS que deveriam ser reinvestidos em estrutura física, renovação do parque tecnológico, melhorias das condições técnicas e ambientais de trabalho e/ou aperfeiçoamento de pessoal, é canalizada para o pagamento de pessoal contratado, gerando um verdadeiro efeito dominó que inviabiliza uma gestão adequada destes hospitais.

Cislaghi (2011) traça o panorama descrevendo fatos e ações que viabilizaram a criação da EBSERH tornando os HUs mais um espaço de acumulação do capital.

O pontapé inicial para extinção dos HUs tal qual existem hoje acontece em abril de 2004 com a Portaria Interministerial nº1000, segundo a qual a regulamentação e certificação passam a ser a mesma para

Hospitais Universitários (vinculados e geridos por universidades), hospitais escola (vinculados e geridos por escolas médicas isoladas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que desenvolvem atividades de treinamento em serviço, curso de graduação ou pós-graduação através de convênio com instituição do ensino superior) (CISLAGHI, 2011, p.57).

¹² A dívida acumulada, mais de 425 milhões, é mais da metade do empréstimo cedido pelo BM para a reestruturação dos HU.

¹³ A tabela do SUS quantifica o valor pago pelo Ministério da Saúde por todos os procedimentos realizados pelos prestadores de saúde (consultas, exames laboratoriais, cirurgias, etc), e teve seu último reajuste em 1996. (<http://www.sindhosp.com.br/noticias/5336/Ministerio-da-Saude-diz-que-vai-reajustar-tabela-do-SUS>)

Passam doravante a ser denominados de Hospital de Ensino, o que na prática rebaixa o estatuto dos HUs. Segundo a autora, a discussão sobre a crise dos HUs toma destaque no governo após a aprovação da lei que regulamenta as Fundações Estatais, nesse período o BM organiza um evento para discutir os caminhos para a reestruturação dos Hospitais, que contou com a presença de representantes do Ministério do Planejamento, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, gestores dos hospitais universitários federais e representantes de Portugal, Espanha e Estados Unidos¹⁴ (id., *ibid.*, p.56).

A questão central é o alto custo dos HUs que oneram cerca de 12% a mais que os hospitais não-universitários, segundo dados da Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino – ABRAHUE. Em 2001, seriam responsáveis por 9% dos Leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS. O valor elevado é resultado do alto custo dos procedimentos de alta complexidade realizados nestes hospitais. Além disso, questionou-se também que a formação dos profissionais da saúde não deveria se restringir à alta complexidade, mas também à média e baixa complexidade, visão que se alinha aos defensores da saúde pública e do SUS, que defendem uma maior integração entre os HUs e rede de saúde. Contudo, esse argumento levou à conclusão de que os HUs não seriam indispensáveis à formação, o que desconsidera a relação orgânica dos HUs com a Universidade, e a consequente garantia de uma melhor formação por meio da indissociabilidade do tripé ensino, pesquisa e extensão (id., *ibid.*, p. 57).

Nesse mesmo sentido a Portaria nº 9, de 29 de abril de 2008, dá autonomia financeira para os Hospitais Universitários Federais os quais passam a ter unidades orçamentárias próprias. As consequências dessa portaria vão na contramão da concepção de autonomia universitária debatida pelo pensamento crítico no interior da universidade pública; isso porque autonomia financeira não significa autonomia da gestão financeira, ao contrário, responsabiliza a própria universidade pela captação de recursos

¹⁴ O evento realizado para troca de experiências entre os países acerca dos seus modelos de gestão, considerou exemplares os casos de São Paulo baseado nas OSs e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre administrado por uma empresa pública de direito privado, ao final do evento o Banco Mundial havia anunciado um empréstimo de 756 milhões para financiamento do REHUF.

O aumento da autonomia financeira (e não da gestão financeira) significa, na prática, a impossibilidade da autonomia didático-científica e administrativa colocada na Constituição. O financiamento “autônomo” precisa do mercado e do próprio governo que atrela as universidades aos seus interesses exatamente através de mecanismos como os contratos de gestão (CISLAGHI, 2011, p. 60).

Diante da crise instalada nos Hospitais Universitários o governo cria o REHUF por meio do Decreto nº 7082, de 27 de janeiro de 2010, todavia, a regulamentação do Programa deixava em aberto questões como recursos de custeio e contratação de pessoal.

A solução encontrada pelo governo vem com a Medida Provisória nº 520 de 2010, por meio da qual se pretendia criar a EBSEERH na forma de Sociedade de Economia Mista – EBSEERH S.A. – transparecendo a intenção de instituir uma empresa estatal com fins de exploração direta de atividade econômica pelo Estado. Contudo, a MP 520/10 não se positivou em lei, dada sua flagrante inconstitucionalidade, mesmo que inicialmente aprovada na Câmara dos Deputados Federais, caduca no Senado Federal.

Mais tarde, o Poder Executivo apresenta um “novo” Projeto de Lei nº 1749/11, com o mesmo objetivo da MP 520/10. Apesar de não apresentar a EBSEERH como uma Sociedade Anônima, poucas são as modificações no texto, ao final, mantém-se o sentido inicial, ou seja, uma empresa dirigida pela lucratividade, chocando-se francamente com o princípio constitucional da autonomia universitária. Apesar do Parecer contrário do seu relator, Senador Roberto Requião (PMDB-PR), foi aprovada a Lei nº 12.550/11, autorizando a criação da EBSEERH.

Em que consiste a EBSEERH? Ora, trata-se de uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, unipessoal, de dimensão nacional regida pela Lei nº 12.550/11, por seu Regimento Interno e por seu Estatuto Social, e que vem intervir de forma definitiva na vida dos que estão de alguma forma ligados aos Hospitais Públicos Federais, sejam seus trabalhadores, seus usuários, estudantes universitários e/ou a própria universidade, por constituir-se um instrumento de ressonância do Governo e não da comunidade acadêmica. Em outras palavras,

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH é parte importante da política do grande capital implementada pelo governo

da Presidenta Dilma Rousseff e dá continuidade aos projetos de contrarreforma do Estado que priorizam transferir áreas que poderão se tornar lucrativas para o capital ao mesmo tempo – e como parte do mesmo processo – subtraem direitos dos trabalhadores (CARDOSO, 2014, p. 39).

Ou ainda de acordo com March (2012, p. 67),

Trata-se de reeditar uma formulação que tem como princípios os mesmos já identificados nas Fundações Estatais de Direito Privado e nas Organizações Sociais, ou seja, transferência de patrimônio público, flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, estabelecimento de financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão, possibilidade de captar recursos com a venda de serviços e consequente mercantilização das políticas e direitos sociais, dentre outros.

A partir de então, a EBSEH tem assiduidade reconhecida na pauta de discussão dos mais variados setores da sociedade: universidades, centrais sindicais, organizações estudantis, partidos de esquerda, conselhos de categoria, conferências de saúde, entre outras, o que desencadeou uma série de manifestos contrários não só à sua aprovação, baseados na inconstitucionalidade da lei que autoriza sua criação, como também rejeitando a possível adesão das Universidades à Empresa como gestora de seus hospitais-escolas.

Uma análise crítica dos documentos oficiais possibilita perceber uma série de alterações no *modus operandi* dos hospitais públicos face à sua transformação em empresa, as inconsistências à luz do SUS e as consequências para os trabalhadores. Iniciemos pelo financiamento.

Além de converter as atividades de ensino, pesquisa e assistência em atividade econômica, modifica-se a lógica de financiamento, que passa a ter agressivamente o mercado como seu pêndulo. A possibilidade de captação de recursos para execução das suas finalidades, por exemplo “ressarcimento pela saúde suplementar do atendimento prestado aos usuários do SUS que têm plano de saúde”. Esse mecanismo coloca-se uma questão ética, já que a preferência neste caso seria de atendimento aos usuários que possuem planos de saúde, em detrimento dos que não possuem planos ou seguros de saúde (MARCH, 2012, p. 68)

Outro aspecto a ser considerado são os efeitos diretos para os trabalhadores com a flexibilização das leis trabalhistas. Os trabalhadores da

EBSERH passam a ser regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, diferentemente da formalização normativa que estabelece a relação jurídica funcional entre Administração Pública e seu Servidor (estatutário) através da Lei nº 8.112/90, tais trabalhadores constituindo-se em “empregados públicos” e sem a estabilidade de um servidor, deste modo temos no mesmo ambiente de trabalho e exercendo as mesmas funções trabalhadores com salários e carreiras distintas. Os funcionários da EBSEH desenvolvem suas atividades sob o signo da eficiência, eficácia e do cumprimento de metas, e sua estabilidade está diretamente ligada aos dividendos resultantes do seu trabalho, ou seja

O argumento que dá sentido a tal prática é o da eficiência, eficácia e quantidade dos serviços prestados, sob o argumento da produtividade largamente implementados no serviço público em todas as esferas do Estado brasileiro. O parâmetro é o de cumprimento de metas que deverá ser alcançado segundo os critérios do gestor. Uma vez não alcançados os objetivos da gestão, a demissão dos trabalhadores está posta de modo claro (CARDOSO, 2014, p.41).

Este tipo de privatização, que Granemann (2011) chamou de *privatização não-clássica*, não só privatiza os serviços sociais como passa para o âmbito privado a manutenção dos direitos básicos dos trabalhadores reduzindo “o potencial de organização da força de trabalho com a tática de ameaças ao desemprego” domesticando-o e anulando qualquer possibilidade de contraponto político organizado (CARDOSO, 2014, p. 41).

A EBSEH possui imunidade tributária, ou seja, a Empresa recebe recursos públicos para prestação dos serviços, mas está isenta da contribuição para formação do fundo público. Isso, aliado ao caráter regressivo da carga tributária do nosso país, resultará em uma piora significativa nas condições de vida dos trabalhadores. Conforme esclarece Granemann (2012) em entrevista

Para ser bastante direta: os trabalhadores pobres deste país terão reduzidas as suas possibilidades de serem tratados quando adoecidos com os mais bem formados profissionais de maneira gratuita. Serão os trabalhadores pobres mais uma vez preteridos nos bons serviços de atendimento à saúde e à educação, mesmo que sejam os que sustentam pelo seu trabalho e pelos impostos que recolhem ao Estado, os principais contribuintes para a formação do fundo público que sustenta todas as ações do Estado, inclusive os HUF e as universidades federais (GRANEMANN, 2012, s/p).

A EBSEERH não se submete ao Controle Social do SUS, por não possuir mecanismos democráticos para eleição de gestores, tampouco possui espaços deliberativos paritários. A participação da sociedade se limita a um único representante no conselho consultivo, o que exclui a sociedade da fiscalização e controle a que está subordinado dentro do marco da Lei nº 8.142/90 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS; não fortuitamente a 14ª Conferência Nacional de Saúde, instancia máxima de deliberação do Controle Social do SUS, deliberou contra a criação e implementação da Empresa.

A autonomia universitária é conspurcada à medida que se lhe retira do campo de decisão a matéria de contratação e de coordenação, avaliação e execução das atividades no interior dos HUs. A partir do momento em que o contrato de gestão é assinado pelas partes — Universidade e EBSEERH — os Hospitais das referidas Instituições passam integralmente para o jugo da Empresa, os quais passam a ser denominados unidades EBSEERH. Nesse movimento os hospitais são retirados do âmbito da universidade como espaço de desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, para funcionarem numa lógica empresarial de cumprimento de metas, a qualidade dos serviços é medida pela produtividade orientada pelos critérios de quantidade, tempo e custo. Trata-se de uma reconfiguração da Universidade enquanto instituição social fundada na “ideia de autonomia do saber diante da religião e do Estado, portanto na ideia de um conhecimento guiado por sua própria lógica, por necessidades imanentes a ele, tanto do ponto de vista de sua invenção ou descoberta como de sua transmissão” (CHAUI, 1999, p. 2).

A EBSEERH traz impactos potencialmente negativos sobre os cursos da área da saúde, ao pôr em primeiro plano uma lógica de eficiência econômica que, sob o ângulo da assistência em saúde e da pesquisa clínica, tem objetivo secundário, permitindo assim “constituir um padrão de utilização distorcido quanto às necessidades de saúde do conjunto da população e manter e agravar um padrão de ensino enviesado” (ANDREAZZI, 2013, p. 281).

Os trabalhadores-usuários também são lesados visto que os serviços sociais de responsabilidade do Estado são entregues nas mãos de entes privados, não se trata apenas do direito à saúde, inclui o acesso à uma educação pública de qualidade e socialmente referendada onde os interesses coletivos devem ser norteadores para a produção e democratização do conhecimento.

A contrarreforma em curso, reação da burguesia à crise de 1970, possui um pressuposto ideológico básico: “o mercado é portador de racionalidade sociopolítica e agente principal do bem-estar da República” (CHAUI, 1999, p.1), direitos sociais como saúde, educação e cultura são inseridos no setor de serviços do mercado. Nesse sentido, a EBSEH é parte importante no processo de privatização dos direitos sociais e ampliação da acumulação de capital.

4 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES E O HU-UFMA

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão presta assistência em vinte e oito especialidades médicas com um total de 573 leitos. A estrutura física do HU-UFMA tal qual conhecemos hoje é compreendida por duas unidades: o Hospital Presidente Dutra e o Hospital Materno-Infantil¹⁵. Inaugurados em 28 de julho de 1961 e 5 de agosto de 1984, respectivamente, faziam parte da rede de hospitais do extinto Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e foram cedidos à Universidade em 17 de janeiro de 1991.

Em seus 26 anos de história o HU-UFMA, além de prestar assistência à saúde no âmbito do SUS, funciona como espaço de formação acadêmica para estudantes dos cursos de Farmácia, Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Medicina, Serviço Social e Psicologia além das Residências Médica e Multiprofissional¹⁶.

Componente do conjunto de 46 Hospitais Universitários Federais – HUF, no que diz respeito a gestão dos recursos financeiros, humanos e físicos o HU-UFMA passou por um processo de subfinanciamento e falta de planejamento que desenhou um quadro marcado pela precarização e sucateamento dos serviços e da estrutura física, e excessiva contratação via fundação de apoio¹⁷. Diante do quadro de precariedade dos hospitais universitários, a saída aventada pelo governo federal desconsiderou a essência da crise, caminha seguindo a lógica de redução do Estado, e restrição de direitos básicos historicamente conquistados (aqui, a saúde universal e a educação pública), em consonância com a bula neoliberal das agências internacionais. Este movimento não está de

¹⁵ O HU-UFMA era composto por três unidades, além das citadas, possuía uma unidade dentro da Cidade Universitária conhecido como HUzinho, porém, em dezembro de 2016 a direção do HU anunciou o fechamento desta unidade, a qual estava voltada para o atendimento da comunidade acadêmica. Gerando uma série de manifestações por parte da comunidade entre elas a Seção Sindical do Andes na UFMA - APRUMA, o Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Terceiro Grau do Estado do Maranhão – SINTEMA e alguns Centros e Diretórios Acadêmicos.

¹⁶ De acordo com o sítio eletrônico da EBSEH o HUUFMA possui atualmente 18 programas de Residência Médica, além de 01 programa de Residência em Enfermagem e 10 programas de Residência Multiprofissional. Contudo, a residência em Enfermagem encontra-se desativada e não há registro de qualquer atividade relativa ao programa.

¹⁷ Trata-se da Fundação Josué Montelo que foi criada em 1996 para gerir os recursos financeiros e a contratação de recursos humanos do HU-UFMA.

forma alguma livre de intencionalidades, conforme esclarece Santos (2003, p. 35)

[...] a crise é estrutural. Por isso, quando se buscam soluções não estruturais, o resultado é a geração de mais crise. O que é considerado solução parte do exclusivo interesse dos atores hegemônicos, tendendo a participar de sua própria natureza e suas próprias características.

A Universidade, tida como espaço privilegiado de produção e transmissão do conhecimento, reflete os conflitos e tensões por que passa a sociedade. A “reforma” do Estado oriunda da crise do capitalismo inserem as instituições públicas em um processo análogo às instituições privadas de otimização da eficiência na prestação de serviços e aumento da produtividade a partir de novos modelos de gerenciamento, colocando em risco a própria noção de público.

A redefinição do papel do Estado insere as Universidades em um contexto que desfavorece o público em detrimento do privado e impacta diretamente no seu funcionamento. A dificuldade de financiamento decorrentes dos cortes orçamentários nas verbas já precárias, dificultaram o pleno funcionamento destas instituições, ao mesmo tempo que uma generosa fatia do orçamento público é transferida para instituições privadas de ensino por meio do Programa Universidade Para Todos – PROUNI, por exemplo, engordando as grandes corporações universitárias que são operadas pelos fundos de pensão.

A formação tecnicista generalizada nos cursos da área de saúde leva a pensar que estas áreas estão desprovidas de interesses econômicos, encobertos num “manto de neutralidade”. Como se interesses econômicos hegemônicos e disputas político-ideológicas não concorressem para o condicionamento desta ou daquela prática. Nesse mesmo sentido Saviani (2004) alerta para uma estreita relação entre política econômica e política educacional, na qual organiza-se e perpetua-se as condições de dependência econômica, científica e tecnológica dos países desenvolvidos por intermédio das agências internacionais

[...] tendo à frente o Banco Mundial, delineando-se uma distribuição de papéis em que se reserva para os países centrais o conhecimento de ponta e o desenvolvimento científico-tecnológico de longo alcance, relegado aos demais países a absorção da ciência e tecnologia produzidas fora, e o preparo de técnicas limitadas a manipular resultados (SAVIANI, 2004, p. 35).

Os HUs, por sua vez, são parte integrante das Universidades assim como são parte integrante do SUS, são, portanto, espaços onde se pode apreender os reflexos ou desdobramentos das políticas de educação e saúde. Deste modo, a partir do estudo sobre o funcionamento do HU-UFMA após a introdução de um novo modelo de gestão nos moldes da administração empresarial, pretende-se identificar os reflexos e consequências dessa gestão na formação acadêmica, ou seja, na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e na garantia de assistência à saúde que resguarde os princípios e diretrizes do SUS.

Desta maneira, as entrevistas iniciaram-se pelo questionamento acerca o significado dos Hospitais Universitários, quando arguidos, os entrevistados fizeram referência à importância dos HUs enquanto um espaço complexo e essencial de formação acadêmica em diversas áreas e de qualidade na assistência à saúde

Fundamental, primeiro como hospital do sistema único de saúde, um hospital público, e depois como espaço para pensar o ensino a pesquisa e a extensão, que é o papel fundamental da universidade (Entrevistado 4).

Além de ser um campo de prática para formação de profissionais tanto da área da saúde quanto das ciências humanas e sociais, que engloba serviço social e psicologia, ele é um campo de formação que tem algumas peculiaridades porque não se faz apenas ensino (...) onde se tem pesquisador credenciado e capacitado pra desenvolver pesquisa e projeto de extensão além de fazer assistência (Entrevistado 1).

Ele é fundamental pro processo de formação, porque entende-se que num hospital universitário a assistência tem que ser modelo e você não tem isso nas outras instituições públicas... por ser um hospital escola e parte da sua missão não ser somente assistencial, é de formação (Entrevistado 2).

Paradoxalmente, foi possível, mediante a análise dos depoimentos dos entrevistados, identificar as percepções dos profissionais acerca da EBSERH. Em sua maioria identificou-se a preocupação com a garantia do caráter público dos hospitais e com os possíveis impactos nas atividades ali desenvolvidas.

A EBSERH é uma empresa (...) isso faz dela uma empresa que tem propósitos lucrativos no âmbito de um serviço que não pode ter essa finalidade, de acordo com a Constituição... traz um impacto muito grande para universidades públicas, tanto no que diz respeito ao ensino quanto a pesquisa e a formação profissional de uma maneira geral (Entrevistado 5).

A empresa é uma forma de privatizar o hospital... a empresa pega o dinheiro que o governo mandaria pra universidade administrar o hospital, e essa empresa pode aplicar o dinheiro no mercado, essa empresa pode fazer compras sem licitação, é pública mas de direito privado, ela veio para comprometer a qualidade da assistência e a qualidade do ensino (Entrevistado 2).

A privatização aqui colocada é no sentido do que Granemann (2011) denominou por *privatização não-clássica*, as quais “não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão como mais e não menos estado!” (GRANEMANN, 2011, p. 54). Diante da impossibilidade legal de privatizar por meio da venda direta, o patrimônio continua sendo público, contudo sua administração e exploração se dá por entes privados e de acordo com suas demandas e interesses políticos e particulares.

Granemann aponta para a essência das transformações no interior do HU quando da inserção de um instrumento gerencial de lógica privada, segundo a autora

significa uma profunda alteração na vocação medular dos hospitais: a centralidade de suas atividades laborativas orientavam-se pela prestação de atendimento à saúde aos usuários trabalhadores em uma instituição de ensino e pesquisa que combinava a realização de duas políticas sociais: a saúde e a educação em que a prestação do atendimento aos trabalhadores usuários dos HUF possibilitava o desenvolvimento da educação pela formação e pesquisa de novos quadros técnicos para atuarem tanto na saúde como na educação. Com a implementação da empresa de direito privado a centralidade do trabalho é alterada: ao invés de atendimento aos trabalhadores pobres e de formação qualificada da força de trabalho em saúde e educação, teremos deslocada a centralidade do trabalho para o atendimento dos lucros (GRANEMANN, 2012, s/p).

Cabe ressaltar que o processo de privatização possui um período gestacional caracterizado pelo sucateamento dos serviços através do subfinanciamento, a flexibilização e degradação do trabalho associada ao discurso de incapacidade do setor público para oferta dos serviços, em um primeiro momento ocorre uma semiprivatização que de acordo com Borges (2012) “seria a entrega das unidades públicas para a administração privada, contudo ainda sob propriedade estatal” para em seguida “a entrega do sistema como um todo para a iniciativa privada com e sem fins lucrativos” (id., ibid., p. 20).

Por tratar-se de um tema novo, o estudo da realidade pós-adesão à EBSERH é uma exigência *sine qua non* para compreendermos seus efeitos na dinâmica de funcionamentos desses HUs, no nosso caso especificamente, a apreender os rebatimentos no tripé universitário e na assistência à saúde.

De modo geral, os processos de adesão se refletiram as tensões no interior das Universidades seja pela rarefação de um amplo debate sobre o tema com a comunidade universitária, seja pela rejeição dessa comunidade à proposta como foi o caso do Hospital Universitário de Juiz de Fora em que se realizou um plebiscito com toda comunidade universitária – docentes, técnicos-administrativos, estudantes, residentes e funcionários do HU-UFJF – no qual 80,5% dos votantes mostraram-se desfavoráveis à adesão, mas esse resultado foi desconsiderado pela maioria votante na reunião do Conselho Superior que aprovou a adesão por 29 votos favoráveis à 22, ou ainda pelo autoritarismo em se sobrepor às instancias máximas de decisão como ocorrido na Universidade Federal de Campina Grande que rejeitou a proposta de adesão por 36 votos a 4 em reunião do Colegiado Pleno da Universidade ocorrida em 29 de outubro de 2012, fato que não impediu o reitor de firmar acordo com a Empresa 17 meses após a votação.

No caso específico da Universidade Federal do Maranhão a adesão se deu de forma monocrática com a assinatura do contrato nº 007.001.001/2013, firmado em 17 de janeiro de 2013, na gestão do Reitor Natalino Salgado Filho conforme consta no Anexo 2, e publicado do Diário Oficial da União de 24 de janeiro de 2013 conforme Anexo 3.

É necessário esclarecer que o processo de adesão deu-se sem qualquer participação da comunidade acadêmica ou dos servidores do hospital, apesar do convite à Administração Superior da UFMA para vários debates acerca do tema organizados pela Associação de Professores da UFMA Seção Sindical ANDES/SN – APRUMA, Sindicato dos Trabalhadores em Educação de 3º grau no Estado do Maranhão – SINTEMA, Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Estado do Maranhão – SINTSPREV-MA e pela Assembleia Nacional dos Estudantes Livre – ANEL, seus representantes não compareceram a nenhuma das discussões.

A Administração Superior fez-se presente apenas na reunião do Conselho de Administração do HU-UFMA ocorrida em 23 de março de 2012,

cuja problemática da adesão da UFMA à EBSEH não constava na convocatória previamente divulgada, contudo, após a defesa do convênio por parte do Reitor e do Procurador presentes na reunião o ponto foi inserido e posteriormente aprovado. Desconsiderando, portanto, o Regimento Interno desta Instituição, segundo o qual são atribuições do Reitor “firmar acordos, contratos e convênios entre a Universidade e entidades ou instituições públicas ou privadas nacionais ou internacionais, *depois de aprovados pelos órgãos competentes*” (Art.122, §-VII, grifo nosso) sendo de competência do Conselho Administrativo, “fixar normas, observadas as formalidades legais, para celebração de acordos, convênios e contratos e para elaboração de cartas de intenção ou de documentos equivalentes” (Art. 17, §-III), e não o contrário.

Quanto à avaliação dos entrevistados acerca do processo de adesão, suas percepções avaliam uma tomada de decisão vertical alheia à comunidade acadêmica e ao conjunto dos trabalhadores do Hospital, ou seja, “sem a participação dos sujeitos envolvidos no processo” (Entrevistado 4).

Não foi feita de forma que a comunidade universitária tivesse sido consultada ou sequer tivesse conhecimento acerca do que seria realmente essa empresa, ou dos rebatimentos e das implicações legais e reais que ela traria para o âmbito da universidade(...) diferente de outras universidades onde houve consulta, debates no âmbito do CONSUN, aqui nós não passamos por esse processo. Foi um processo que se deu por cima (Entrevistado 5).

Deste modo, a UFMA soma-se às 31 Universidades que passaram sua gestão à EBSEH, conforme tabela abaixo.

Tabela 1 – Instituições e adesão à EBSE RH

REGIÃO	UNIVERSIDADE	SITUAÇÃO
NORTE	Universidade Federal do Amazonas	Aderiu
	Universidade Federal do Tocantins	Aderiu
	Universidade Federal do Pará	Aderiu
CENTRO-OESTE	Universidade Federal do Goiás	Aderiu
	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Aderiu
	Universidade Federal de Mato Grosso	Aderiu
	Universidade de Brasília	Aderiu
	Universidade Federal da Grande Dourados	Aderiu
NORDESTE	Universidade Federal do PiauÍ	Aderiu
	Universidade Federal de Alagoas	Aderiu
	Universidade Federal da Bahia	Aderiu
	Universidade Federal do Ceará	Aderiu
	Universidade Federal de Campina Grande	Aderiu
	Universidade Federal do Maranhão	Aderiu
	Universidade Federal da Paraíba	Aderiu
	Universidade Federal de Pernambuco	Aderiu
	Universidade Federal do Vale do São Francisco	Aderiu
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Aderiu
Universidade Federal de Sergipe	Aderiu	
SUDESTE	Universidade Federal do Espírito Santo	Aderiu
	Universidade Federal Fluminense	Aderiu
	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Não aderiu
	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Aderiu
	Universidade Federal de Juiz de Fora	Aderiu
	Universidade Federal de Minas Gerais	Aderiu
	Universidade Federal do Triangulo Mineiro	Aderiu
	Universidade Federal de Uberlândia	Não aderiu
Universidade Federal de São Paulo	Não aderiu	
SUL	Fundação Universidade Federal do Rio Grande	Aderiu
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Não aderiu
	Universidade Federal do Paraná	Aderiu
	Universidade Federal de Pelotas	Aderiu
	Universidade Federal de Santa Catarina	Aderiu
	Universidade Federal de Santa Maria	Aderiu

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no sítio da EBSE RH¹⁸

¹⁸ Disponível em www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/filiais-ebserh

4.1 O TRIPÉ ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

Uma análise inicial sobre a legislação que normaliza a EBSEH nos oferece pistas quanto a essência da sua relação com as Universidades, sobretudo no que diz respeito à sua autonomia. A autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial asseguradas pela Constituição Federal no artigo 207, chocam-se frontalmente com os artigos 11 e 12 da Lei que cria a EBSEH os quais concedem competência exclusiva a esta para realizar contratos, fato que retira os HUs da tutela da Universidade e inviabiliza sua participação na tomada de decisão.

Uma vez dotada de autonomia para captação de recursos, de acordo com o Art. 8 da Lei 12.550/11, a empresa é livre para firmar acordos e convênios com entidades nacionais ou internacionais, captar recursos de pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado. O que se coloca, portanto, em autonomia da Universidade diante do Estado, é na verdade autonomia do financiamento público, e a liberdade para desenvolver as atividades de ensino, pesquisa e extensão é tão somente a liberdade de enxugá-los e redirecioná-los “para os fins de uma economia de mercado de inserção subordinada e especialização retrógrada” (MARCH, 2011, p. 68), tomando “o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável” e “o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia” (NETTO, 1993, p. 77).

Os Hospitais de Ensino são espaços de formação acadêmica, qualificação profissional e de desenvolvimento de pesquisas, que guardam consigo (assim como a Universidade) uma autonomia do governo e dos imperativos do mercado tal como foi projetada de modo que se possa garantir aos docentes, técnicos e estudantes “exercer sem constrangimentos suas funções sociais — o ensino, a pesquisa e a extensão — e a gestão universitária, desde que garantidas as condições para tal, incluindo o financiamento público” (MARCH, 2012, p. 68). Portanto, a análise de processos nos HUs deve guardar as múltiplas dimensões que compõem este cenário: o ensino, a pesquisa, a assistência, a organizacional e financeira, a política e a social, de modo que se reconhece a sua interdependência, assim, o sucesso ou fracasso de uma reflete nas outras.

A lógica da empresa de otimização dos espaços, produtividade e alcance de metas estipuladas abre para possibilidade de convênios e contratos que cedem espaços físicos no interior dos HUs às empresas privadas para realização de suas pesquisas, as quais estariam condicionadas a interesses privados em detrimento das demandas da sociedade. O ensino e a pesquisa são razão de ser da Universidade e a autonomia guarda consigo a lógica de que nada pode interferir no seu funcionamento.

Indagados quanto aos rebatimentos deste “novo modelo de gestão” no tripé ensino, pesquisa e extensão as falas dos entrevistados vão no sentido da perda da autonomia na produção de ciência, refletido em vários aspectos, como a dificuldade de disponibilização de espaços físicos para desenvolvimentos das atividades acadêmicas “porque tudo precisa ser ocupado com serviços” (Entrevistado 3); dificuldades para desenvolvimento de pesquisas, resultando em casos de assédio. De modo geral a EBSERH,

Fere a autonomia da universidade, o espaço onde se produz ciência, e que justamente por isso teria sua autonomia garantida para que seu funcionamento fosse mantido, no sentido de difundir esse conhecimento em prol da sociedade que é quem garante o funcionamento dessa (...) no momento em que a empresa se instala ela viola o artigo 207 da Constituição e fere a autonomia didático científica e administrativa tanto da gestão quanto patrimonial. (Entrevistado 5).

Outro elemento destacado pelos entrevistados é a dificuldade encontrada para usufruir dos espaços no interior do HU para desenvolvimento das disciplinas

(...) o hospital começou a oferecer dificuldades para o desenvolvimento delas, alguns professores que são afinados com a gestão saíram e estão em lugares que não tem a mesma estrutura (...) todo semestre eles colocam uma dificuldade maior pra que a gente vá pra lá... hoje nós somos visita dentro da instituição, eles não querem que a gente se sinta em casa, nós é que somos persistentes! (Entrevistado 2).

O desenvolvimento das atividades de ensino dentro do HU-UFMA parece ter seguido um caminho de pedras: a repentina escassez de espaço físico para tal constitui-se uma barreira para fazer o básico da relação professor-aluno mesmo que esta esteja normativamente garantida no Art. 3º da lei 12.550/11¹⁹.

¹⁹ De acordo com a Lei “3ª EBSERH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres

Tal fato sinaliza para outra questão: a possibilidade de, por meio de contratos ou convênios com a EBSEH, instituições de ensino privadas comprarem espaços para seus estudantes realizarem suas atividades acadêmicas no interior do HU-UFMA, acarretando na diminuição do espaço utilizados por estudantes oriundos da instituição pública.

Além disso, a lógica de eficiência e racionalização dos gastos, próprios da empresa privada, pode vir a interferir no aprendizado do estudante a fim de que se priorize a economia de material de procedimentos em detrimento do atendimento ao usuário, ou seja, a predileção do discurso da economia de mercado sobre o primor do ensino e da assistência.

No caso das residências²⁰, as atividades de ensino e pesquisa são diminuídas, seja pela falta de espaço físico, seja pela excessiva carga horária que não é organizada no sentido de se resguardar horas para o desenvolvimento das pesquisas ou tempo livre para estudos; e reflete-se muitas vezes em “temas mais superficiais por conta de uma residência que não tem mais o interesse de pensar o ensino a pesquisa e a extensão, hoje a residência se transformou numa mão de obra barata” (Entrevistado 4), revelando uma formação profissional enviesada e precarizada, nesse sentido o interesse hoje é

[...] que os residentes estejam mais na assistência do que estejam por exemplo discutindo com seus preceptores os processos que eles estão vivenciando, que é o papel fundamental da residência, e nós podemos estender isso para ou outros espaços dentro do hospital universitário, que é um hospital escola, não é qualquer hospital, é um hospital escola pensando o processo de formação dos profissionais da área da saúde (Entrevistado 4).

Por um lado, a legislação garante que “As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (Art. 3º, § 1º), o mesmo não se pode afirmar quanto as atividades de ensino e pesquisa, de modo que poderão ser “vendidas” (segundo Art.8º, que versa sobre os recursos e

de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária”.

²⁰ As residências são espaços de formação a nível de pós-graduação, destinada a médicos, no caso das residências médicas, ou a outros profissionais (farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educador físico, psicólogos, assistentes sociais etc.) como é o caso das residências multiprofissionais, são desenvolvidas em instituições de saúde sob supervisão de profissionais qualificados e que conferem ao concluintes o título de especialista.

receitas) à entes privados “nacionais e internacionais” por meio de “acordos e convênios”.

O ensino e a pesquisa são interdependentes, e guardam consigo especificidades, a procura por algo novo ou desconhecido (pesquisa) é pressuposta pelo domínio do conhecimento historicamente consolidado (saber transmitido pelo processo de ensino), assim, a deficiência do ensino resulta em uma pesquisa tão deficiente quanto.

No processo de produção do conhecimento a “liberdade de pensamento e experimentação” são fundamentais para a “conversão da reflexão abstrata em novos saberes”, destarte, a inserção de lógicas produtivistas e a mercantilização do saber científico são antagônicas as funções da Universidade pública e sobrepõem a pesquisa ao ensino e a extensão (MARTINS, s/d, p. 6).

Por tratar-se de uma empresa, que tem por finalidade o lucro, os questionamentos sobre os rumos dados as pesquisas realizadas no interior dos HUFs apontam para o processo de privatização dos espaços públicos e são norteadores para pensar no futuro dos HUFs e, por conseguinte, da formação dos profissionais das diversas áreas que desenvolvem suas atividades nesse ambiente. Nesse sentido, a cartilha elaborada pela organização nacional de estudantes da saúde, composta pelas executivas estudantis dos cursos de Farmácia (ENEFAR), Nutrição (ENEN), Medicina (DENEM) Enfermagem (ENEEnf), Psicologia (CONEP), e Serviço Social (ENESSO) expressa de maneira sintética as consequências desse processo

Como ficará a independência nas pesquisas realizadas? Como já diria o ditado, quem paga a banda escolhe a música. Os HUs são responsáveis por grande parte das pesquisas na área da saúde no Brasil, nos levando a pensar que tipo de pesquisa será estimulada dentro desse novo ambiente criado. A pesquisa, o ensino e a extensão serão feitas para que e para quem? A partir da abertura a parcerias com a iniciativa privada, a universidade tenderia a pesquisar apenas aquilo que fosse objeto de interesse das empresas dispostas a investir, e não mais o que a população e a saúde pública no Brasil de fato precisam ou o que os pesquisadores de fato querem. E dessa maneira sutil, quem dita os rumos das pesquisas nas universidades passa a ser o setor privado, ferindo, como já dissemos, a autonomia (CONEP et al., 2012, p.11).

O terceiro eixo do tripé, a extensão, remete ao retorno do saber produzido na Universidade à sociedade, numa procura pela compreensão da realidade social na qual se insere, bem como de transformação dessa realidade

concreta. Tão central quanto o ensino e a pesquisa, a extensão permite a confrontação dos dados empíricos e teorias possibilitando “permanentes reelaborações que caracterizam a construção do conhecimento científico” (MARTINS, s/d, p.7).

Nesse sentido o fechamento do Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente – NASA, programa de extensão desenvolvida no HU-UFMA, foi apontado por todos os entrevistados como ultraje à indissociabilidade do tripé da Universidade.

Criado em 1990, o NASA prestava assistência integral a jovens e adolescentes vítimas de problemas psicológicos ou psicossociais, como os conflitos familiares, violências físicas e morais, abuso e exploração sexual, uso e abuso de drogas, tentativas de suicídio, depressão e diversos distúrbios comportamentais, com ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Recebendo adolescentes de diversas partes do estado mas principalmente da capital, o núcleo que tinha sede na Unidade Materno Infantil, contava com uma equipe multiprofissional que incluía médicos hebiatra, ginecologista e obstetra, enfermeiro, assistente social e nutricionista.

O projeto possui reconhecimento da Organização Panamericana de Saúde – OPAS/OMS e já capacitou grupos de atenção a adolescentes para vários municípios do interior do Estado. Serve também como campo de estágio curricular da pediatria e instrumento de capacitação dos cursos de medicina, serviço social e da residência médica.

A principal justificativa dada pela direção do hospital para o encerramento das atividades do NASA é que o serviço prestado pelo núcleo não seria um atendimento de alta complexidade, contudo, parte importante do atendimento é prestada a adolescentes grávidas em situação de vulnerabilidade; a gestação em si não é um fator de risco, contudo constituem fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, segundo o MS “idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos, situação conjugal insegura, conflitos familiares, condições ambientais desfavoráveis, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, hábitos de vida – fumo e álcool”(MS, 2010, p.12), fatores que qualificam as atividades desenvolvidas pelo NASA como de alta complexidade e demonstram o desconhecimento das normas do Ministério da Saúde por parte da diretoria do HU-UFMA.

O fechamento do NASA foi recebido pela comunidade sob protesto pelas entidades estudantis, entidades de defesa da saúde e de organização dos trabalhadores como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, Fórum de Saúde do Maranhão, Seção Sindical de Professores da UFMA, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA, lançaram notas contrárias ao encerramento das atividades reconhecendo a importância dos serviços ali prestados e repudiando a decisão da administração do HU-UFMA.

A introdução de uma administração empresarial com destaque para indicadores quantitativos e qualitativos no estabelecimento de metas de desempenho, e prazos de execução, é problemática não apenas por sua inconstitucionalidade (terceirização de atividade fim do Estado) mas por introduzirem a lógica de mercado que consolida um modelo de parceria público-privada para unidades públicas de saúde e educação. A submissão do *ethos* acadêmico a uma lógica mercantilista traz consequências severas para o tripé ensino, pesquisa e extensão responsáveis pela diferenciação das Instituições públicas de ensino das privadas.

Com a implementação da EBSEH a autonomia universitária e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão estão ameaçadas pela transferência para a empresa dos serviços prestados pelos hospitais universitários, bem como a sua respectiva administração, não há garantia alguma da manutenção do tripé ensino, pesquisa e extensão. Trata-se da destruição dos hospitais universitários, que passa a ser igualado a qualquer hospital que exerce atividade de ensino, favorecendo o ensino privado (SILVA et al, 2013, p. 7).

O fito da educação é a construção do indivíduo que perceba e atue criticamente no mundo, a efetivação das suas capacidades intelectuais só se dará por meio da práxis, ou seja, se torna consciente e objetiva dado que pressupõe uma finalidade material pois transforma concretamente a realidade.

Nesta direção que Martins (s/d, p. 4) aponta como um dos entraves para a indissociabilidade do tripé universitário a visão dicotômica, taylorista na qual cada parte do tripé da formação universitária é convertida em “atividades em si mesma” concebidas com status acadêmicos distintos, de modo que as transformações reais só serão possíveis quando a organicidade desses

processos for tomada teórica e praticamente “como fundamento metodológico do ensino superior”. A saber:

Esta organicidade pressupõe a formação superior como síntese de três grandes processos, quais sejam: processo de transmissão e apropriação de um saber historicamente sistematizado, **a pressupor o ensino**; processos de construção do saber, **a pressupor a pesquisa** e os processos de objetivação ou materialização desses conhecimentos, **a pressupor a intervenção sobre a realidade** e que por sua vez retornam numa dinâmica de retroalimentação do ensino e da pesquisa (MARTINS, s/d p. 5).

O modelo organizacional da EBSEH, reprodutora de uma lógica de educação quantitativista, caminha na contramão da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, expondo uma formação acadêmica fragmentada que suplanta a produção de um saber socialmente referenciado aos desígnios mercantilistas, tal qual o modelo de educação defendido e financiado pelos organismos internacionais. A seguinte fala de Robert McNamara, não deixa dúvidas quanto a isso:

Quantificar os benefícios econômicos de uma escola não é tão fácil quanto os de uma central hidrelétrica (...) Os economistas do BIRD tentaram estabelecer métodos para quantificar a rentabilidade econômica dos investimentos sociais, como a educação e suas conclusões revelam que os lucros obtidos podem variar consideravelmente. A criação de uma Faculdade de Letras numa região subdesenvolvida e primitiva pode supor uma perda total, mas o estabelecimento de uma escola secundária técnica numa economia em expansão, que dispõe de capital, mas não de mão-de-obra qualificada necessária, pode dar resultados satisfatórios. Cabe ao BIRD determinar em cada caso exatamente qual será o tipo de educação que mais contribuirá para o crescimento econômico sólido e escolher, em conseqüência, o investimento mais apropriado. Não financiamos no passado e não financiaremos no futuro projetos educacionais que não estejam relacionados diretamente com o crescimento econômico (MCNAMARA apud SILVA, 2002, 56-57).

A inserção de um modelo de educação nos moldes da agenda dos organismos multilaterais no interior de um hospital público federal traz implicações diretas na formação dos profissionais de saúde e, por conseguinte no modelo de assistência à saúde que será reproduzido por estes profissionais, de modo que se faz necessário uma reflexão acerca dos HUs enquanto parte constituinte do SUS.

Ao analisarmos os HUs sob a lógica do SUS, é razoável resgatar os princípios que regem esse sistema e que fazem dele modelo de sistema de

saúde universal. A integralidade, equidade e universalidade devem ser a base para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de todo aquele que dele necessite. A saúde deve ser compreendida como um direito fundamental do ser humano tal qual foi concebido na Constituição de 1988, como reflexo de outro modelo de sociabilidade.

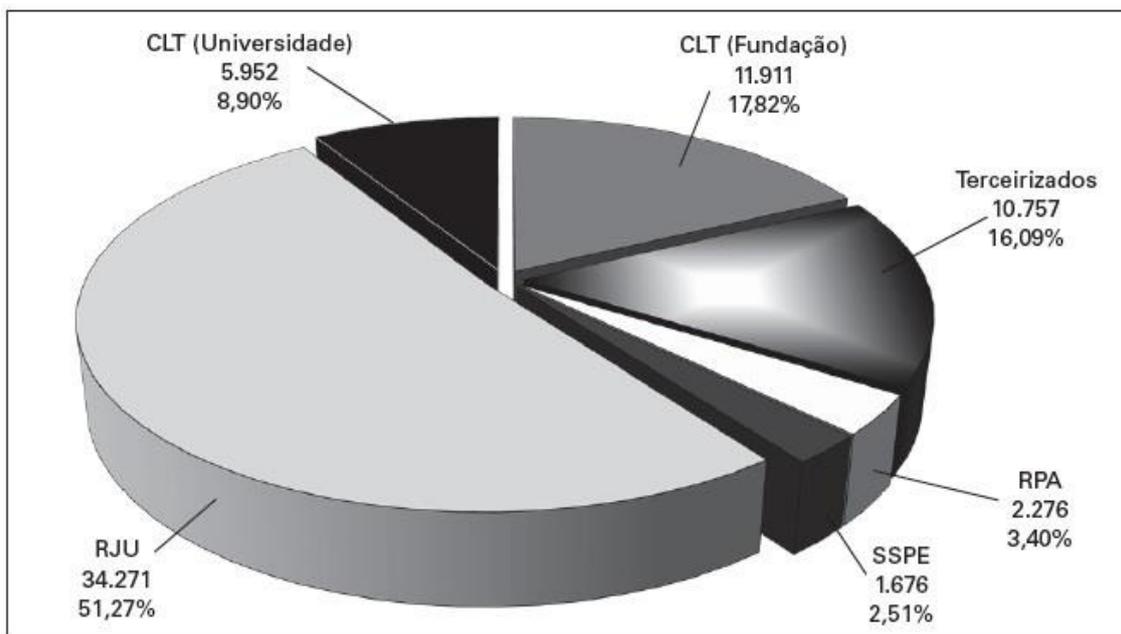
O SUS tal qual foi pensado pelo Movimento Sanitarista aponta para uma perspectiva de sistema público e 100% estatal. A introdução da lógica de mercado com uma empresa de direito privado constitui uma afronta ao direito constitucional que elevou a saúde ao status de política pública estatal e universal.

Contudo, o processo de sucateamento pelo qual tem passado o SUS nas últimas décadas tem separado o SUS real do SUS legal, a saúde pública tem passado por um processo contínuo de degradação com implicações severas à população usuária e aos profissionais atuantes.

Nesse quadro de precarização, ocorreu uma busca quase compulsória da população pelos serviços de saúde no mercado. Em consonância, houve também um aumento da demanda de atendimento no SUS pela população que não conseguia o acesso aos serviços de saúde pela via do mercado, posto que sua condição de vida foi assolada pelo aumento expressivo do desemprego, e precárias condições de habitação e de trabalho (MENEZES e LEITE, 2016, p.122).

Destaca-se que a deficiência de mão de obra nos HUs, argumento importante para os defensores da EBSERH, é reflexo de uma junção de fatores (falta de concurso público, defasagem salarial, não reposição de pessoal afastado por adoecimento ou aposentadoria, etc.) que foram sistematicamente ignorados pelo governo e propiciou um intenso fluxo de contratação irregular de pessoal, desencadeando um quadro de precarização da força de trabalho no interior dos HUFs (Figura 2) em que “cerca de 48% dos profissionais lotados nos HUFs estão sob regimes precários e/ou desregulamentados” (SODRÉ et al.,2013, p. 367)

Figura 2- força de trabalho nos HUFs Número total de trabalhadores: 66.843



Fonte: Sodré et al., 2013. Gráfico relativo à força de trabalho nos HUs anterior à EBSEH (RPA: Recibo de Pagamento a Autônomo; SSPE: Solicitação de Serviço de Pessoa Externa; RJU: Regime Jurídico Único; CLT: Consolidação das Leis do Trabalho).

A multiplicidade de vínculos gera grande rotatividade de pessoal e “contribui significativamente para a ineficiência dos serviços, a consequente precariedade da instituição” além de produzir reflexos negativos sobre os processos de trabalho dada a instabilidade de vínculo laboral, disparidades nas relações empregado-empregador, organização sindical, e sobretudo nas remunerações e cargas horárias “gerando desigualdades entre os trabalhadores da mesma categoria, inseridos na mesma instituição” (SODRÉ, 2013, p. 368).

Quando questionados sobre os rebatimentos da adesão à EBSEH no que diz respeito a assistência à saúde no âmbito do SUS, as falas são no sentido de que não foi possível perceber até o presente momento melhorias na assistência após a introdução da gestão da empresa, conforme vislumbraram seus defensores.

De fato, se resolveu, em parte, o problema de recursos humanos, pela substituição paulatina dos funcionários com vínculo irregular que atuavam via fundação de apoio, no entanto há uma lógica de enxugamento do setor público derivada de tal manobra, como alerta um dos entrevistados.

[...] havia contratação irregular de profissionais via fundações de apoio, no caso a Fundação Josué Montelo, para se contrapor a isso teria que se fazer concurso público, como o governo já não queria mais essa lógica de funcionário público, com Regime Jurídico Único e estabilidade, cria-se a figura da empresa que contrata por CLT sem estabilidade, podendo ampliar seu quadro de pessoal ou reduzir conforme a maré da crise do capital (Entrevistado 1).

A flexibilização das relações de trabalho, originada ao final da década de 70 como resposta à crise do capitalismo, é impulsionada no Brasil pela contrarreforma de Estado na década de 90, possibilitando a retração do Estado na regulação da economia e dos gastos com políticas sociais, assim

[...] a flexibilização pode ser compreendida como um processo com determinantes macroeconômicos e sociais derivados da mundialização do sistema capitalista, cuja fluidez, típica dos mercados financeiros, atinge a economia e a sociedade em seu conjunto, generalizando a flexibilização para todos os espaços, especialmente para o campo do trabalho. Portanto, flexibilizar as relações de trabalho significa deixar a cargo das forças do mercado a regulação do processo de contratação, demissão e custos com a força de trabalho (ALVES et al. 2015, p.2).

Com efeito, a vinculação dos trabalhadores via Regime Jurídico Único — RJU—, impossibilitava que o Estado adequasse seu quadro de pessoal de acordo com os fluxos de mercado, mudanças tecnológicas e especificidades de cada campo de atividade. Isso só seria possível mediante modificação dos vínculos de trabalho. Nesse contexto, é que se inicia o processo de contrarreforma do Estado: primeiro com as terceirizações, seguido pelas Organizações Sociais, OSCIPs e mais recentemente com a EBSERH, que por meio de contratos celetistas encontra o caminho para expandir ou enxugar o orçamento público de acordo com os interesses do capital. Ademais, à medida que os profissionais vinculados via RJU forem se aposentando, serão substituídos por empregados públicos celetistas, de maneira que com o passar do tempo estas instituições serão totalmente alheias as Universidades. Isso impacta a qualidade do serviço público, especialmente em setores tão cruciais como saúde e educação. Nessa perspectiva,

A prestação de serviços públicos hospitalares pela EBSERH ou outras empresas públicas é inconstitucional por enquadrar como atividade econômica os serviços de saúde ou mesmo por adotar o regime privado de gestão para contratação de servidores pela Consolidação das Leis Trabalhistas (GOMES, 2014, p. 30).

Neste processo, desenha-se um quadro de encolhimento do hospital, isso porque “não houve ampliação dos serviços oferecidos pelo hospital, não houve melhoria da qualidade, inclusive houve piora, as filas aumentaram, a dificuldade de marcar consulta aumentou” (Entrevistado 1), além disso há relatos de falta de material básico para os procedimentos diários como esparadrapos e luvas, chegando a casos extremos como “no caso da unidade Presidente Dutra as cirurgias são suspensas porque falta material” (Entrevistado 3), ou ainda nos “períodos que os pacientes demoravam 3 dias pra trocar a roupa, porque não vinha roupa limpa todo dia, então a quantidade pequena de roupa que vinha ia para os pacientes que estavam muito sujos” (Entrevistado 2).

Outra questão recorrente nos depoimentos diz respeito a ociosidade dos leitos no interior do hospital. Segundo os entrevistados existem muitos leitos disponíveis no HU-UFMA. Essa quantidade de vagas varia de acordo com o período, por exemplo “na clínica médica masculina é de praxe você ter no mínimo uns 30% dos leitos vazios, tem períodos em que você tem metade dos leitos ociosos” (Entrevistado 2), isso não ocorre porque falte pessoas necessitando de atendimento hospitalar de alta complexidade, haja vista o tamanho da fila de espera do SUS, mas porque o acesso ao hospital tornou-se mais burocratizado e, após 4 anos de gestão da EBSERH, o HU-UFMA ainda não desenvolveu mecanismos que garantissem a regulação dos seus leitos em nível municipal. Isso significa, em poucas palavras, que enquanto existem leitos ociosos no hospital pessoas estão morrendo na fila do SUS à espera de assistência.

Estes problemas de ordem material, cuja justificativa é a falta de orçamento acendem a *luz vermelha* para pensarmos nos mecanismos legais aos quais a empresa pode lançar mão para garantir a composição de seus recursos, bem como suas consequências.

Conforme a legislação “é assegurado à EBSERH o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde” (EBSERH, Art. 3º, §3º), essa é uma questão importante no que diz respeito à universalidade do direito à saúde pois abre precedentes para cessão de parte dos leitos dos HUs para os planos de saúde ou atendimentos privados como ocorreu em São Paulo, onde o decreto 57.108 de julho de 2011 permitiu que os hospitais estaduais geridos por

organizações do “terceiro setor” reservassem até 25% dos leitos para planos de saúde e particulares, restringindo o acesso à saúde e aos tratamentos de alta complexidade à população mais pauperizada, situação que pode provocar duas consequências imediatas: a dupla porta de entrada nos HUs e por conseguinte um sistema de saúde público não-gratuito para quem pode pagar *versus* um SUS sucateado para quem não pode. Tal preocupação também foi exposta durante as entrevistas

Pode-se no futuro permitir a abertura de capital, havendo financiamento privado dentro da instituição que é pública, então ela é pública de direito privado, então a qualquer momento o capital que agora é 100% estatal pode abrir-se pro mercado, se criar alas para planos de saúde, para atendimento particular. Isso desconfigura a compreensão que nós temos de SUS com o atendimento público gratuito e universal (Entrevistado 1).

Para compreendermos esse *mix* público-privado, há que se recordar a dinâmica de financeirização do capital, e como o mercado da saúde se insere nesse contexto. A minimização do Estado para o social expande o alcance do mercado para esses setores, no caso da saúde, o sucateamento resultante do subfinanciamento crônico desqualifica o sistema público de saúde ao mesmo tempo em que o incentivo à compra de planos e seguros de saúde abrem caminho para a aceitação da saúde enquanto bem de consumo.

A expansão do setor privado de saúde não se restringe à compra e venda de seguros, se dá também a partir da apropriação do fundo público pelo setor privado por meio de isenções fiscais. O estudo realizado por Ocké-Reis e Santos (2011) aponta a contribuição da isenção fiscal para o aumento da oferta hospitalar privada e do mercado de planos de saúde. De acordo com os autores, na década de 1990, as classes médias passam a consumir os planos de saúde e os trabalhadores passam a exigi-los enquanto acréscimo salarial, por meio das isenções fiscais o Estado assegura os espaços para valorização do capital financeiro, resultando em prejuízo direto para o financiamento e acesso universal à saúde.

Em outro estudo, Ocké-Reis (2013) demonstrou que o gasto tributário de serviços privados de saúde, ou seja, o que o governo deixa de arrecadar por meio de isenções, mais que dobrou no período de 2003 a 2011, passando de 7.172 milhões em 2003 para 15.807 milhões em 2011 apenas com o Imposto de Renda, o equivalente a 22,5% de todo o gasto federal em saúde nesse mesmo

período “o faturamento do mercado quase dobrou e seu lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia acima da inflação” (OCKÉ-REIS, 2013, p. 10)²¹.

O mercado de planos de saúde tem grande importância no cenário nacional, o Brasil possuía cerca de 1.320 operadoras de planos privados de saúde até março de 2016, responsáveis pela movimentação de R\$ 139,5 bilhões em 2015, em contraste com os R\$ 109 bilhões do orçamento do MS (SILVA; CAXIAS, 2016). Sua influência política se expressa pelo volume de doações a campanhas eleitorais, segundo Sheffer e Bahia (2015, p. 1) as doações chegaram a R\$ 54,9 milhões em 2014 e ajudaram a eleger além da Presidente da República, 3 governadores, 3 senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais.

A dupla porta de entrada em HUs deriva não somente do subfinanciamento crônico do SUS, mas também por uma concepção de saúde enquanto mercadoria que pode ser colocada à venda; e, por conseguinte, a divisão da população entre os que podem e os que não podem pagar pela mercadoria. Essa estratificação social acompanha a velha lógica de promoção de políticas sociais focalizadas nas populações pauperizadas.

Segundo Bahia (2011) o argumento dos gestores dos HUs baseia-se em dois pontos principais: o primeiro diz respeito à dificuldade de manter o quadro de funcionários devido à desvalorização profissional dentro das instituições públicas. Diante dos baixos salários e as ofertas oriundas da iniciativa privada, a dupla porta de entrada é colocada como possibilidade de assegurar a permanência destes funcionários; o segundo seria que o lucro obtido pela “venda” dos serviços poderia ser redirecionada para os pacientes não possuidores de planos de saúde. Contudo, essa tese desconsidera o investimento em estrutura física, equipamentos, e recursos humanos, que são os principais custos do hospital em geral, e, no caso dos HUs, são provenientes de investimento público. Além disso, as experiências de HUs com dupla porta de entrada apontam para dois problemas: a segregação e diferenciação da

²¹ Em 2014 o Governo Federal anistiou as empresas de saúde complementar da dívida com multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. A quantia em torno de 2 bilhões de reais que deixaram de ser arrecadados é equivalente ao gasto da assistência oncológica no ano anterior.

qualidade do atendimento entre pagantes e não pagantes e o encolhimento dos espaços de ensino-aprendizagem.

No primeiro caso há uma diferenciação dos pacientes segundo critérios socioeconômicos e não por sua condição clínica, haja vista que os pacientes do SUS atendidos nos Hospitais de Ensino são submetidos a um rigoroso critério de triagem compatíveis com o nível de referência desses hospitais, algo que não aconteceria com os pacientes pagantes, pois, uma vez que hospital e plano de saúde firmam convênio, o hospital passa a oferecer atendimento ao assegurado independente da complexidade do caso. A simples possibilidade de uma dupla porta de entrada nos HUs vai na contramão do princípio da universalização. No segundo caso, as atividades de ensino e pesquisa acadêmicas ficam restritas às alas de atendimento a usuários do SUS encolhendo o caráter público do HU e descaracterizando-o enquanto Hospital de Ensino.

Segundo dados do IBGE (2015), cerca de 27,9% da população brasileira possuía algum plano de saúde (médico ou odontológico) em 2013, se levarmos em consideração critérios como nível de instrução, 68,8% possuem nível superior completo enquanto 16,4% não possuem nenhum nível de instrução ou apenas o fundamental incompleto. Considerando a variável cor ou raça, o acesso aos planos de saúde é majoritariamente de brancos com 37,9%, seguidos por pardos com 21,6% e pretos com 18,7%, ou ainda se considerarmos a distribuição geográfica as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores coberturas com 13,3% e 15,5% respectivamente, enquanto as regiões Sudeste (36,9%), Sul (32,8%) e Centro-Oeste (30,4%) apresentaram as maiores coberturas. Estes dados deixam claro que a saúde suplementar no Brasil segue um padrão seletivo de natureza socioeconômica e geográfica. A resultante é um SUS cada vez mais pobre para os pobres.

Quando pensamos nos possíveis rebatimentos da gestão da EBSERH na assistência à saúde é imprescindível termos como norte os princípios e diretrizes que regem o SUS. A lógica de centralização da gestão de todas as “unidades EBSERH” em uma empresa com sede em Brasília contraria a diretriz de descentralização preconizada na Carta de 1988 revelando o retrocesso da construção de um órgão burocratizado nos moldes do INAMPS, do mesmo modo, a centralização dos recursos financeiros pode favorecer disputas político-

partidárias por espaços dentro da Empresa além de práticas de clientelismo, conforme alerta Batista Júnior (2011, p. 39):

As nomeações clientelistas e indicações políticas são mantidas e fortalecidas, os salários diferenciados para os privilegiados, garantidos, e os interesses patrimonialistas são plenamente atendidos pela gestão “autônoma e diferenciada” à margem do controle social.

O autor chama atenção para o fato de as empresas de direito privado, dispendo de autonomia e dispensadas de obrigações legais (a necessidade de licitação, por exemplo) operam um processo indômito de espoliação política do patrimônio público.

Parece-nos significativo pensar na abertura que a Lei oferece (de acordo com o Art. 17º) autorizando os estados a criar empresas públicas de serviços hospitalares em nível regional. No caso do Maranhão, foi criada em 2012, por meio da Medida Provisória nº138²², a empresa similar a EBSEH, a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares – EMSEH, com o mesmo dispositivo de lei, transfigurando as Unidades de Saúde neste monstro híbrido público e privado, que gerencia cerca de 40 unidades de saúde na capital e no interior do Estado.

Esse aspecto nos permite perceber que o movimento de privatização da saúde não se restringe apenas às unidades de alta e média complexidade como os Hospitais Universitários, mas abrange todos os serviços de saúde, trata-se de um desdobramento do projeto privatizante em curso no país direcionado às políticas de caráter universal.

²² Publicada no Diário Oficial do Estado do Maranhão de 05 de dezembro de 2012.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desfecho do percurso teórico desenvolvido por nós neste trabalho, não poderia ser outro senão o de postular a necessidade singular de investigação sobre as demandas sociais, sobretudo aquelas vinculadas à vitalidade dos indivíduos. A necessidade de refletirmos e compreendermos o mundo presente, com seus homens reais e ativos, buscando assumir *praticamente* a sua superação.

A reorganização da economia mundial pós crise de 1970 suplanta os valores do público, do direito e da coletividade, vaticinando o sucumbimento das economias que não se adequarem a esses princípios. Existe, desse modo, uma ênfase de que através da capacidade de tornar a força de trabalho funcional ao modo de acumulação do sistema, será possível superar as crises sistêmicas do capitalismo.

O lugar de destaque do Banco Mundial na orquestração das demandas do capitalismo mundial, exige que todas as suas “recomendações” bem como seu papel interventor sejam submetidos ao crivo da crítica. Assim como não se pode negligenciá-lo em qualquer análise de políticas de Estado para as esferas sociais.

A agenda de reformas proposta pelo BM choca-se frontalmente com o projeto de saúde pensado e defendido pelo projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Enquanto interlocutoras dos interesses do capital internacional, as agências multilaterais são chamadas a prescrever seu bulário de receitas milagrosas para as economias da periferia sempre que a queda das taxas de lucro (inerentes ao sistema capitalista) se evidencia. A fim de garantir o máximo de obtenção de mais valia, suas ações vão no sentido da negação e diminuição dos direitos sociais, resultando na degradação das condições de vida dos trabalhadores.

A dominância financeira na atual fase do capitalismo submete o SUS às suas macrodeterminações, transfigurando o direito universal à saúde em um negócio rentável ao capital. Por meio dos “novos modelos” de gestão e da apropriação do fundo público a saúde tem se tornado um mercado promissor

para expansão da acumulação do capital. Esse movimento, ao mesmo tempo que expõe o processo de mercantilização e privatização da saúde inviabiliza a efetivação do SUS.

Diante do quadro de crise do capital, reorganização do capitalismo mundial, redirecionamento do papel do Estado com aprofundamento das políticas neoliberais, o que está posto é a disputa cada vez maior do capital pelo fundo público. Nessa “queda de braço” reduz-se a alocação de fundo público no orçamento da seguridade social, ao mesmo tempo que o montante que foi “economizado” é direcionado para políticas que beneficiam o grande capital como o pagamento da dívida pública. Deste modo, as áreas derrotadas na disputa pelo fundo público são progressivamente privatizadas, aumentando o leque de opções para investimentos do capital.

As políticas de saúde no Brasil, a estrutura do Sistema Único de Saúde, à medida que se adequam à lógica mercantil, ao ideário neoliberal, consolidam, na prática, o desvirtuamento do caráter público que orienta o SUS, regulando-se sob contingências competitivas que se incompatibilizam com os princípios da seguridade social. A educação não se desviou dessa ofensiva, a lógica imposta tem sido também a de atendimento das demandas do mercado. Por meio de uma educação quantitativista fragmenta-se o tripé ensino, pesquisa e extensão convertendo-os em “atividade em si mesma”. Movimento tal, que produz implicações diretas na assistência à saúde prestada pelos profissionais formados em instituições inseridas nessa lógica.

Essa contradição, isto é, caráter público do direito universal e igualitário à saúde e a sua conversão progressiva em mercadoria venal demonstra que a crise estrutural do capital não se limitou à esfera socioeconômica, mas envolve todas as dimensões do ser social, todas as suas expressões, não só podem como devem ser convertidas ao signo da mercadoria, isto porque “o capital não pode ter outro objetivo que não sua própria auto-reprodução, à qual tudo, da natureza a todas as necessidades e aspirações humanas, deve se subordinar absolutamente” (MÉSZÁROS, 2002, p. 800).

A crise que assola os Hospitais Universitários é resultado de anos de política neoliberal que reduziu o investimento do Estado nos setores sociais. O sucateamento do sistema de saúde por meio do déficit de pessoal, cortes

orçamentários e negligência gerencial, inviabilizaram a prestação de serviços de qualidade no interior dos HUs, aliada a isso, pressupostos da reforma bresseriana como execução dos serviços não-exclusivos do Estado por entidades público/privadas e o fetiche da eficiência próprio do setor privado serviram como estratégia para sua privatização.

A solução, criação de uma Empresa de direito privado que responde diretamente ao Ministério da Educação e Desporto para gerir os HPFs, aponta para a flexibilização da captação de recursos e desvinculação dos HUs das Universidades, sem responder às questões de superação da crise instalada nos Hospitais de Ensino que garantam a autonomia das Universidades frente a seus hospitais.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares distorce o caráter público dos HUs, favorece a mercantilização da saúde e educação e a privatização do SUS por meio da transferência do bem público para o setor privado. Sua lógica de funcionamento pautada na otimização dos espaços, produtividade e alcance de metas estipuladas interfere na qualidade da assistência à saúde e na educação dos profissionais formados nesses espaços.

No HU-UFMA o que se pode perceber é que a EBSEH não deu conta de sua missão “salvadora”, apesar de ter resolvido o déficit de pessoal, problemas como falta de material para procedimentos básicos, falta de roupa de cama e vestuário para pacientes internados, que prometiam ser resolvidos com esse modelo de gestão, ainda persistem no hospital.

Ao desvincular os HUs das suas respectivas IFES, a EBSEH secundariza e fragiliza o tripé universitário. As dificuldades encontradas pelos professores que atuam no HU-UFMA para desenvolver suas atividades, associada à lógica privada que rege o hospital afeta diretamente a qualidade da educação oferecida. O cerceamento de espaços para aulas, os entraves para desenvolvimento de pesquisas e o encerramento de atividades de extensão apontam para uma formação fragmentada, assim, a organicidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão, atuando em um processo de retroalimentação é interrompida, impedindo que o conhecimento desenvolvido na Universidade possa ser transformador da realidade.

Diante do exposto, entendemos que a EBSEH se apresenta como materialização da política neoliberal de privatização do patrimônio público e negação do direito à saúde e educação de qualidade no interior dos Hospitais Universitários. Por se tratar de um tema atual e muito jovem, persiste a necessidade de investigação acerca dos efeitos da aplicação desta bula perversa. A raiz da crise que assola o sistema público de saúde deve ser buscada na inteira *crise social* que nós vivemos. A primeira tem sua gênese histórica nesta última. Diante deste cenário o desafio posto é o de pensar novas estratégias que garantam a saúde como direito universal, que suas bases não estejam atreladas às dinâmicas de mercado, mas sim a um caráter público e estatal de atendimento das demandas sociais.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR JUNIOR, Osmar Gomes, SALVADOR, Evilásio da Silva. Finanças, fundo público e financiamento da Seguridade Social no Brasil. In: **Revista Katalysis** Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 239-248, jul./dez. 2015.

Alves SMP *et al.* **A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal** *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10):3043-3050, 2015

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. Campinas, São Paulo: Boitempo, 1999.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**. nº 37, p. 275 – 284, Rio de Janeiro, 2013.

BAHIA, Ligia. **M Eduardo Santana [blog da internet]**. O Material de Construção da Dupla Porta dos Hospitais Universitários. Goiás: Eduardo Santana, 16 jun. 2011. Disponível em: <<https://meduardosantana.wordpress.com/2011/06/16/o-material-de-construcao-da-dupla-porta-dos-hospitais-universitarios/>>. Acesso em: 30 mar 2016.

BANCO MUNDIAL. **Salud**: documento de política sectorial. Washington, D.C., 1975.

_____. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Washington, D.C. 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países).

_____. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil**: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C. 1995 (Relatório N.º 12655 - BR).

_____. **Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil**: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos”. Relatório N.º 36601-BR, fev. 2007. Disponível em www.bancomundial.org, acesso em 03 de março de 2016.

BATISTA JUNIOR, Francisco. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). **Cadernos de Saúde**: a saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

BEHRING, Eliane Rossetti. **Brasil em Contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. Política social: notas sobre o presente e o futuro. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). **Política social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: UnB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, p. 161-180. 2004.

BEHRING, Elaine Rosetti, BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007.

BENSAID, Daniel. **Monidalisation: le point de vue Internacionaliste**. Paris, 2010. Disponível em: <http://www.preavis.org/breche-numerique/article1825.html>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BORGES, Fabiano Tonaco (et al).. **Anatomia da Privatização Neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das organizações sociais de saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BORGES, André. Governança e política educacional: a agenda recente do Banco Mundial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 18, nº 56, p. 125-138, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 05 de outubro de 1998. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm > Acesso: 02 de outubro de 2016.

_____ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado. 1997.

CARDOSO, R, O. O processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos hospitais universitários. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). **Cadernos de Saúde: a saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

CARNOY, Martin. Estado e Teoria política. (equipe de trad. PUCCAMP) 2ª ed. Campinas: Papyrus, 1988.

CHAUÍ, Marilena. A universidade operacional. **Folha de São Paulo** em 9 de maio de 1999.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e os Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. *Cadernos de Saúde*. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. 1ª Ed, p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011.

CISLAGHI, Juliana Fiúza, TEIXEIRA, Sandra Oliveira, SOUZA, Tainá. Financiamento da Saúde no Brasil: Principais dilemas. In: **Temporalis**, Brasília (DF), ano 12, n.23, p.97-124, jan./jun. 2012.

CONEP et al. **Campanha Nacional em Defesa dos Hospitais Universitários**, 2012. Disponível em: <http://enefar.files.wordpress.com/2012/04/cartilha-campanha-nacional-em-defesa-dos-hus.pdf> (cartilha).

CORIAT, Benjamin. **Pensar pelo avesso**. Rio de Janeiro: UFRJ/ Revan, 1994.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?*. In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (org.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

_____. **A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios**. Temporalis. Revista da ABEPSS, Ano VII, n. 13, São Luiz, 2007.

COUTINHO, Adelaide Ferreira. Educação Sob a Lógica do Mercado: Políticas de Financiamento e Parcerias com o Setor Privado. In: **Crise do Capital, Lutas Sociais e Políticas Públicas**. São Paulo: Editora Xamã, 2012.

COUTINHO, Joana Aparecida. **ONGs e Políticas Neoliberais no Brasil**. São Paulo, 2004 (Tese de Doutorado).

_____. **O Conselho Municipal de Saúde: um estudo da participação popular em São Paulo**. São Paulo: Xamã, 2013.

DIAS, Edmundo Fernandes. A Liberdade (Im)Possível na Ordem do Capital: Reestruturação Produtiva e Passivização. **Textos Didáticos** nº 29, 2ª edição IFCH/UNICAMP, Campinas-SP, setembro de 1999.

DUARTE, Alessandra. À venda OSCIPs, as ONGs com selo de qualidade. **O Globo**, 14 jun. 2011. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/noblat/posts/2011/06/14/a-venda-oscips-as-ongs-com-selo-de-qualidade-386313.asp>. acesso em 12 nov. 2016.

DUMÉNIL, G.; LEVI, D. *Économie marxiste du capitalisme*. Paris: La Decouverte, 2003.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (Org.). **Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil**: relatório analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário por parte das Organizações Sociais (OSs) atualizado. 2012. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVOE9WUDAtYXlubnc/view> Acesso em: 21 de novembro de 2016.

GORENDER, Jacob. Estratégias dos Estados Nacionais Diante do Processo de Globalização. In: **Estudos Avançados**, vol. 9, nº 25, p. 93-112, 1995.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**, vol. 3: Maquiavel: notas sobre o Estado e a Política. COUTINHO, C. N. (Trad.); HENRIQUES, L. S.; NOGUEIRA, M. A. (Co-edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Cadernos de Saúde**: saúde na atualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

_____. Esquerda online. Sara Granemann analisa e denuncia a privatização dos hospitais universitários. Bruno Marinoni . 15 nov. 2012. Disponível em <<http://blog.esquerdaonline.com/?p=376>>. Acesso em 20 de novembro de 2015.

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

LEMES, Conceição. Hospitais públicos de SP gerenciados por OSs: rombo acumulado é de R\$147,18 milhões. **Vi o Mundo**, 21 jun. 2011. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html?utm_source=twitterfeed&utm_medium=facebook>. Acesso em 12 no. 2016.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. Editora São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARCH, Claudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades e Autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. In: **Universidade e Sociedade**, Brasília, p. 62-70, jan 2012.

MARINI, Ruy Mauro. **Dialética da dependência**. Petrópolis. Vozes, 2000.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, do socialismo alemão em seus diferentes profetas. São Paulo. Boitempo, 2007.

_____. Manifesto do Partido Comunista. In: **Obras escolhidas Marx e Engels**. Lisboa: Avante, 1982.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Livro III, vol. IV. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

_____. **O Capital**. 11ª ed. Vol. 1, São Paulo: Difel, 1987

MENEZES, Débora Holanda Leite; LEITE, Janete Luiza. A Nova Configuração da Política de Saúde no Brasil: o Rio de Janeiro como laboratório. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n 1, p.121-136, jan./jun. 2016.

MÉSZÁROS, Istivan. **Para além do capital**. Tradução de Paulo Cezar Castanheira e Sérgio Lessa. Campinas, São Paulo: Boitempo, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão de Alto Risco**: manual técnico. 5^o ed. Brasília, Editora MS, 2010

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3ed. São Paulo, Cortez, 2005.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.. A Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Saúde no Brasil** - Contribuição para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. 2^a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde – 2003-2011**. Brasília, DF: Ipea, 2013.

OCKÉ-REIS, C. O.; SANTOS, F. P. **Mensuração dos Gastos Tributários em saúde – 2003-2006**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1399/1/td_1637.pdf. Acesso em 12/06/2017.

OLIVEIRA, Fabrício. **Economia e Política das Finanças Públicas: uma abordagem crítica da teoria convencional, à luz da economia brasileira**. Belo Horizonte, Hucitec Editora, 2001.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al (org.). **Cadernos de Saúde**: Política de saúde na atual conjuntura. Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde do Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas: 2000 (Tese de Doutorado).

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016.

SALVADOR, Evilásio, **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo, Cortez, 2010.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 10ª ed. Rio de Janeiro. Editora Record, 2003.

SAVIANI, Dermeval. Universidade pública: fator estratégico ao desenvolvimento. **Princípios**, São Paulo, nº73, p. 29-35, mar/2004.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Ligia. *Representação política e interesses particulares na saúde*: A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. 2015. Disponível em: <<http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2015/03/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>>. Acesso em: 20 de abril de 2017.

SILVA, Hudson Pacifico; CAXIAS, Maiara Cristina Luiz. Benefícios para alguns, prejuízos para muitos: razões e implicações da adoção da dupla porta de entrada em hospitais universitários. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.808-820, 2016.

SILVA, Ilse Gomes. **Democracia e Participação na Reforma do Estado**. São Paulo, editora Cortez. 2003.

SILVA, Maria Abádia da. **Intervenção e consentimento**: a política educacional do Banco Mundial. Campinas, SP: Autores Associados, 2002.

SILVA, Gizelli Sousa da. Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise. In: **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, p 10-14, set 2011.

SOARES, Laura T. As Atuais Políticas de Saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 53, n. especial, p. 17-24, Rio de Janeiro: ABEn, dez. 2000.

SODRÉ, Francis, et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013

WESTIN, Ricardo. Prefeitura estuda contratar auditoria externa para OS. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 ago. 2010. Caderno Cotidiano. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1008201001.htm>>. Acesso em 12 nov. 2016.

ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

PERCEPÇÃO DE PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO ACERCA DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH) NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU-UFMA.

ENTREVISTADO: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

VÍNCULO: _____

TEMPO DE VÍNCULO: _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____

TITULAÇÃO: _____

DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

- 1- JÁ ATUOU NO ÂMBITO DO HU? POR QUANTO TEMPO?
- 2- NA SUA CONCEPÇÃO, QUAL O SIGNIFICADO DOS HUs?
- 3- O QUE É E O QUE REPRESENTA A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES?
- 4- QUAL SUA AVALIAÇÃO ACERCA DA ADESÃO DA UFMA À EBSEH?
- 5- QUAL SEU POSICIONAMENTO ACERCA DA ADESÃO?
- 6- QUAIS SÃO OS REBATIMENTOS DA ADESÃO NO QUE DIZ RESPEITO À ASSISTENCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS?
- 7- QUAIS SÃO OS REBATIMENTOS DA ADESÃO NO QUE DIZ RESPEITO AO TRIPÉ ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO?

LOCAL: _____

DATA ____/____/____

ANEXO 2- CONTRATO EBSEH/HU-UFMA



EBSEH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

CONTRATO Nº /2013

CONTRATO Nº 007.001.001/2013

CONTRATO QUE ENTRE SI
CELEBRAM A UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO e a
EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES -
EBSEH.

A UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, com sede na Avenida dos Portugueses, s/n - Bacanga, São Luís - MA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 06.279.103/0001-19, neste ato representada por seu Reitor **NATALINO SALGADO FILHO**, brasileiro, casado, médico, portador do RG nº 68718, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado Maranhão, inscrito no cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda sob número 032.954.943-04, domiciliado na Rua dos Angelins, Quadra 10, casa 30, Bairro São Francisco, CEP 65076-030, São Luís/MA, doravante denominada CONTRATANTE, e a EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH, Empresa Pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei nº 12.550, de 15 dezembro de 2011, com sede no Edifício Parque da Cidade Corporate - Torre C - 1º, 2º e 3º andares - Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote C, Asa Sul, Brasília - Distrito Federal, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 15.126.437/0001-43, neste ato representada por seu Presidente, **JOSÉ RUBENS REBELATTO** e por seu Diretor de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos, **CELSO FERNANDO RIBEIRO DE ARAÚJO**, com poderes conferidos pelo Decreto nº 7661/11, de 28 de dezembro de 2012, doravante denominada CONTRATADA, na forma da previsão do artigo 5º da Lei 12.550/2011, resolvem estabelecer o presente contrato de administração mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas, preservando-se a autonomia universitária constante do artigo 207 da Constituição da República.

Cláusula Primeira - Do Objeto

O presente contrato tem por objeto a administração, pela CONTRATADA, do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, compreendendo a oferta, à população, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, na forma e condições definidas neste Contrato e na Lei nº 12.550/2011, vedado o atendimento de pacientes de convênios e particulares.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Parágrafo Primeiro – É vedado o aditamento deste Contrato com o intuito de alterar seu objeto, entendida como tal a modificação, ainda que parcial, das finalidades definidas na Cláusula Primeira.

Parágrafo Segundo – Resguardado o objeto, este contrato poderá ser aditado a qualquer tempo mediante acordo formal entre as partes.

Parágrafo Terceiro – É parte integrante deste contrato os cinco anexos relacionados a seguir: Anexo I – Plano de reestruturação; Anexo II – Documentos referentes ao imóvel; Anexo III – Último levantamento patrimonial; Anexo IV – Relação de servidores que permanecerão em exercício no hospital; e Anexo V – Cronograma de manutenção de contratos e vínculos pré-existentes no hospital.

Cláusula Segunda – Do Regime Jurídico

Este CONTRATO constitui espécie do gênero contrato administrativo e se regula pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, especialmente pela Lei nº 12.550/2011, aplicando-se-lhe, supletivamente, a Lei nº 8.666/1993 e os princípios da Teoria Geral dos Contratos.

Cláusula Terceira – Do Plano de Reestruturação

A CONTRATANTE declara ter pleno conhecimento do Plano de Reestruturação realizado pela CONTRATADA, que se encontra no Anexo I e servirá de referencial para a consecução dos objetivos do presente contrato.

Parágrafo Primeiro – O Plano de Reestruturação, elaborado a partir de informações gerais sobre o hospital, contém ações estratégicas e metas para período máximo de 12 (doze) meses, em todas as áreas de atuação da CONTRATADA.

Parágrafo Segundo – Durante o período previsto no parágrafo anterior será elaborado o Plano Diretor do Hospital, conjuntamente pela CONTRATADA e CONTRATANTE.

Cláusula Quarta – Da Cessão do Patrimônio

A CONTRATANTE, cessionária dos imóveis localizados na Rua Barão de Tapary, nº 227, e Rua Silva Jardim, 217, ambos na cidade de São Luis/MA, cuja descrição, dimensões/planta e certidão de registro de imóveis, encontram-se no Anexo II, providenciará, a favor da CONTRATADA, a transferência das cessões dos imóveis junto ao Ministério da Saúde. Os bens permanentes contidos nos imóveis relacionados no Anexo III, também serão objeto de cessão, mediante processo e instrumento de cessão de uso próprios.

Parágrafo Primeiro – A CONTRATANTE autoriza, desde já, que a CONTRATADA utilize o imóvel e os bens referidos na presente cláusula para a consecução dos objetivos do presente contrato, zelando pela integridade do referido patrimônio.

Parágrafo Segundo – A cessão dos bens permanentes pela CONTRATANTE à CONTRATADA surtirá efeitos após a realização de inventário que será concluído no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da assinatura do presente contrato.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Cláusula Quinta – Dos Servidores Públicos em exercício no Hospital Universitário

A critério da CONTRATANTE, os servidores públicos em exercício no Hospital na data da assinatura do CONTRATO permanecerão em seus postos, exercendo as mesmas atividades, e continuarão sujeitos ao regime previsto na Lei nº 8.112/1990, inclusive quanto aos deveres, proibições e regime disciplinar descritos na mesma Lei, vedado qualquer hipótese de desvio de função.

Parágrafo primeiro – Compete à CONTRATANTE fornecer à CONTRATADA relação nominal dos servidores públicos efetivos (Anexo IV) que permanecerão em atividade no ambiente do Hospital, sob gestão da EBSERH.

Parágrafo segundo – Observadas as disposições legais e regulamentares, compete à EBSERH a gestão administrativa dos servidores que permanecerem em exercício no Hospital, especialmente quanto a aspectos referentes a:

- a) concessão, com ônus pela CONTRATADA, de diárias, passagens e indenização de transporte;
- b) redistribuição interna de competências e alocação de pessoal;
- c) controle de frequência, de produtividade e de horas extraordinárias de trabalho;
- d) programação de escala de trabalho, de recessos, e de plantões; e
- e) autorização e programação de férias, licenças e afastamentos, quando for o caso.

Parágrafo terceiro – A nomeação de servidor ou empregado público para Cargo em Comissão ou Função Gratificada no Hospital Universitário dar-se-á somente mediante prévia cessão do trabalhador à EBSERH pelo seu órgão de origem.

Parágrafo quarto – Quando a cessão mencionada no parágrafo anterior for de servidor do quadro efetivo de docentes ou técnicos administrativos da CONTRATANTE, o processo de cessão dar-se-á por meio de Portaria do Reitor, garantidos os direitos referentes ao regime de origem, na forma do art. 7º da Lei nº 12.550/2011.

Parágrafo quinto – Quando a cessão mencionada no parágrafo terceiro for de docente do quadro efetivo da CONTRATANTE, fica acordado que a CONTRATADA poderá disponibilizar a sua participação em atividades teóricas das disciplinas acadêmicas de seu Departamento de origem, conforme grade curricular previamente apresentada, com carga horária semanal de até oito horas.

Parágrafo sexto – Ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade supostamente cometida por um servidor em exercício no Hospital Universitário, compete à EBSERH promover apuração prévia, mediante sindicância investigativa e, finda a apuração, a Sindicância será encaminhada à autoridade competente para promover o juízo de admissibilidade quanto à instauração de Sindicância ou de Processo Administrativo Disciplinar.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Parágrafo sétimo – A CONTRATADA oportunizará aos servidores públicos que permanecerem em exercício no Hospital a opção pelo Plano de Benefícios – EBSERH, caso seja mais favorável ao servidor.

Parágrafo oitavo – Com relação aos servidores que exerçam atividades de caráter administrativo ou de apoio técnico, CONTRATADA e CONTRATANTE avaliarão conjuntamente a conveniência e oportunidade de manutenção nos quadros do Hospital Universitário.

Cláusula Sexta – Das regras de transição

A CONTRATANTE manterá ativas as atividades, contratos e vínculos pré-existentes no Hospital, às suas expensas, pelos prazos constantes do cronograma Anexo V, em prestígio à continuidade do serviço público.

Parágrafo Primeiro – Quando constatada a necessidade, a CONTRATADA poderá desde já adotar providências para a contratação de serviços, contratando com terceiros, se necessária, a prestação de serviços relacionados à execução de atividades-meio.

Parágrafo Segundo – A CONTRATADA poderá, extintos os prazos previstos no caput da presente cláusula, manter vínculos e contratos voltados ao desenvolvimento de atividades acessórias ao CONTRATO já existentes no Hospital, desde que necessários ao fiel cumprimento das metas objeto deste contrato, bem como observadas a lei e decisões judiciais e administrativas aplicáveis ao caso.

Parágrafo Terceiro – A CONTRATANTE é responsável por eventuais débitos decorrentes das relações jurídicas estabelecidas e mantidas nos prazos estipulados no cronograma previsto no caput, de forma que não haverá qualquer vínculo entre as pessoas jurídicas e naturais prestadoras dos serviços e a CONTRATADA, salvo na hipótese prevista no parágrafo segundo da presente cláusula.

Parágrafo Quarto – A CONTRATANTE providenciará, às suas expensas e nos prazos estabelecidos, as extinções dos vínculos e contratos referidos no caput da presente cláusula.

Parágrafo Quinto – A CONTRATADA por meio dos cargos diretivos de superintendente e gerências, na forma do artigo 46, §3º do Regimento Interno da empresa, fará o acompanhamento dos atos de transição, especialmente a realização do Processo Seletivo e/ou Concurso Público.

Parágrafo Sexto – A gestão plena do Hospital pela CONTRATADA se efetivará somente tendo decorrido o período de transição, quando os empregados convocados por aprovação no Processo Seletivo e/ou Concurso público assumirem seus postos de trabalho.

Parágrafo Sétimo – Durante o período de transição o recurso aportado na unidade hospitalar pela produção assistencial permanecerá sob a gestão da CONTRATANTE (Unidade Hospitalar), mantendo-se a responsabilidade desta quanto aos insumos médicos hospitalares e demais contratos terceirizados.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Cláusula Sétima – Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA

São obrigações da CONTRATADA:

- I. Administrar com ética e transparência o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão;
- II. Zelar pelo patrimônio cedido no âmbito deste contrato;
- III. Desenvolver gestão qualificada e moderna no Hospital Universitário;
- IV. Implantar ferramenta informatizada de gestão hospitalar;
- V. Aplicar o valor arrecadado a título de prestação de serviços hospitalares, em decorrência do presente contrato, no atendimento do objeto social da CONTRATADA, e adotar todas as medidas inerentes à gestão e prestação de serviço de excelência por parte do Hospital.
- VI. Manter força de trabalho do Hospital Universitário adequada ao bom funcionamento dos serviços, observando-se o dimensionamento do quadro de pessoal;
- VII. Editar, mensalmente, Boletim de Pessoal, com os atos relacionados à gestão de recursos humanos, encaminhando-o ao órgão de gestão de recursos humanos da CONTRATANTE, até o quinto dia útil do mês subsequente.
- VIII. Preservar os espaços e serviços necessários para o processo de ensino e aprendizagem destinados à formação profissional dos cursos oferecidos pela Universidade;
- IX. Incentivar a produção de conhecimento científico e tecnológico no âmbito do hospital, por meio da promoção de projetos de pesquisa e da definição de diretrizes;
- X. Criar um fundo para o incentivo à pesquisa, cujo percentual será definido anualmente pela Diretoria Executiva da CONTRATADA;
- XI. Definir, preservando as necessidades para o ensino e a pesquisa de interesse da CONTRATANTE, o perfil do Hospital Universitário, a partir das necessidades da rede de saúde e das políticas prioritárias do Ministério da Saúde;
- XII. Promover, junto à Universidade e aos Gestores do SUS, a discussão e o estabelecimento de um modelo de atenção à saúde, focado em linhas de cuidado, contemplando as políticas prioritárias do SUS e a integração ensino-serviço;
- XIII. Estabelecer as bases de negociação, gerenciar o contrato de prestação de serviços de saúde junto à gestão do SUS e definir as metas de desempenho da atenção à saúde;
- XIV. Promover a reestruturação física e a modernização do parque tecnológico do Hospital Universitário;
- XV. Promover a padronização dos insumos hospitalares, de acordo com política definida pela CONTRATADA para a rede de hospitais universitários federais;
- XVI. Apoiar a estruturação do Hospital Universitário para o processo de certificação como Hospital de Ensino – HE
- XVII. Elaborar, no período máximo de 12 meses, em parceria com a CONTRATANTE, o Plano Diretor do Hospital Universitário.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

- XVIII. Fornecer relatórios semestrais do cumprimento das metas dispostas no Anexo I deste contrato;
- XIX. Publicar, em sítio próprio da rede mundial de computadores, extrato do presente contrato.

Cláusula Oitava – Das obrigações e Responsabilidades da CONTRATANTE

São obrigações da CONTRATANTE:

- I. Disponibilizar os materiais (bens móveis e imóveis) mediante instrumento de cessão de uso para a consecução dos objetivos do presente contrato;
- II. Manter as condições adequadas ao cumprimento das metas do presente contrato;
- III. Respeitar e fiscalizar as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução, previstas no Anexo I, conforme art. 6º, II da Lei nº 12.550/2011;
- IV. Apresentar, para a CONTRATADA, relação dos servidores públicos que exerçam, no Hospital Universitário, atividades relacionadas ao objeto do presente contrato e/ou da Universidade, cuja permanência no hospital seja pertinente, nas condições estipuladas no presente contrato;
- V. Garantir que a carga horária docente destinada ao acompanhamento de alunos no cenário de ensino-aprendizagem, seja realizada no ambiente do hospital universitário, considerando o seu perfil assistencial;
- VI. Fornecer ao Órgão da Procuradoria Federal ou à CONTRATADA, conforme o caso, todos os documentos, elementos, dados técnicos e informações necessárias para possibilitar a defesa judicial e extrajudicial dos interesses e finalidade social do Hospital Universitário;
- VII. Responder integralmente pelos débitos relacionados às atividades desenvolvidas pelo Hospital Universitário, referentemente a fatos ou situações ocorridas e/ou alegadas até a data da assunção plena da gestão, de acordo com o art. 6º deste CONTRATO, ainda que não conhecidas após a assinatura do presente instrumento, a fim de preservar seus interesses e finalidade social;
- VIII. Transferir à Contratada os recursos destinados às ações de média e alta complexidade recebidos do Ministério da Saúde e de outras fontes para a execução do objeto deste Contrato, mediante a emissão de empenho e respectiva ordem bancária no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI;
- IX. Autorizar o Fundo Nacional de Saúde - FNS a transferir diretamente à CONTRATADA os recursos do Ministério da Saúde destinados ao Hospital Universitário no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF.

Cláusula Nona – Dos Cargos Diretivos do Hospital

Os procedimentos para a seleção de ocupantes dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Hospital serão os seguintes:

- I. O Superintendente será indicado ao Presidente da EBSERH pelo Reitor da Universidade à qual pertence o Hospital, na forma do estabelecido no artigo 46, § 2º, do Regimento Interno da Empresa;



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

- II. As Gerências serão ocupadas por pessoas selecionadas por Comitê de Seleção composto por membros da Diretoria Executiva da EBSERH e o Superintendente selecionado para o Hospital, na forma do artigo 46, § 3º do Regimento Interno da Empresa.
- III. Para o cargo de Auditor, será realizada seleção pelos Auditores Geral e Adjunto da EBSERH, por meio de critérios técnicos específicos para a área, e submetida à apreciação da Diretoria Executiva da Empresa.
- IV. A escolha do Ouvidor do Hospital será também realizada pelo Colegiado Executivo do Hospital, obedecendo a critérios técnicos sugeridos pelo Ouvidor Geral da EBSERH.
- V. Para os cargos de Chefia, a seleção será feita pelo Colegiado Executivo e o representante do nível hierárquico imediatamente superior.

Parágrafo Primeiro. O indicado para o cargo de Superintendente deverá comprovar experiência em gestão pública na área da saúde, correspondente ao tempo de experiência exigido para o cargo de Gerente.

Parágrafo Segundo - Os cargos de Superintendente e de Gerentes serão de livre nomeação e os demais cargos serão ocupados por servidores públicos cedidos à EBSERH com fundamento no art. 93, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990, ou empregados admitidos por concurso público, de acordo com o art. 47 § 1º, 2º e 3º do Regimento Interno da EBSERH.

Parágrafo Terceiro - A seleção dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas será feita a partir da análise e classificação de, no mínimo, três currículos para cada posição, apresentados pelo Superintendente.

Parágrafo Quarto - O processo com os resultados e as devidas justificativas das indicações deverá ser encaminhado pela Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital Universitário à Diretoria de Gestão de Pessoas da EBSERH, para os procedimentos de nomeação dos indicados.

Parágrafo Quinto - Os critérios específicos para o processo de seleção dos candidatos a Cargos em Comissão, e para a seleção dos candidatos a ocupar Funções Gratificadas, são os definidos na Resolução nº 8/2012 da Diretoria Executiva da EBSERH.

Parágrafo Sexto - Caso não seja identificado candidato que preencha os requisitos sugeridos para algum cargo, caberá ao Comitê Gestor do Hospital realizar a indicação para o mesmo, com apresentação das devidas justificativas à Diretoria Executiva da EBSERH.

Parágrafo Sétimo - Os nomeados aos Cargos em Comissão ou Funções Gratificadas submetem-se a regime de integral dedicação ao serviço, podendo ser convocados sempre que houver interesse da EBSERH.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Parágrafo Oitavo - O procedimento de exoneração para os cargos em comissão e funções gratificadas previstas na referida Resolução seguirá as regras gerais aplicáveis ao caso, ad nutum.

Cláusula Décima – Do Financiamento e do Pagamento

A prestação de serviços objeto do presente Contrato será financiada pelas dotações orçamentárias do Ministério da Educação, alocadas diretamente no orçamento da EBSERH, e pelos recursos provenientes do Ministério da Saúde e de outras fontes de recursos públicos, os quais serão integralmente transferidos pela Contratante à Contratada.

Parágrafo Primeiro – Os recursos REHUF provenientes do Ministério da Saúde também comporão as fontes de financiamento do presente contrato e serão transferidos diretamente à EBSERH pelo FNS mediante autorização expressa da Contratante.

Parágrafo Segundo – Durante a vigência do presente Contrato a Contratante transferirá à Contratada os recursos provenientes do Ministério da Saúde e de outras fontes de recursos públicos, mediante a emissão de empenho e ordem bancária no SIAFI.

Cláusula Décima Primeira – Da incomunicabilidade de atos de gestão de recursos humanos

A contratação, a qualquer tempo, de mão-de-obra, por qualquer das partes, não implicará em relação entre aqueles contratados e a outra parte deste contrato, não havendo em nenhuma das hipóteses a transferência de quaisquer ônus em relação às referidas contratações de mão-de-obra.

Cláusula Décima Segunda - Da Extinção do Contrato

Este CONTRATO poderá ser extinto por resolução de ambas as partes, por rescisão unilateral, em virtude de extinção da unidade hospitalar, por inexecução ou execução inadequada e por anulação, observado o devido processo legal e a ampla defesa, bem como observados, no que couber, os artigos 77 e 78 da lei 8.666/93.

Parágrafo Primeiro – A rescisão unilateral somente ocorrerá mediante prévio aviso de 06 (seis) meses à outra parte.

Parágrafo Segundo – Caso a CONTRATANTE exerça a rescisão unilateral do contrato, esta permitirá o levantamento das benfeitorias e bens materiais aplicados na unidade hospitalar pela CONTRATADA ou a indenizará por valor correspondente, bem como a ressarcirá quanto aos valores decorrentes da extinção antecipada de contratos cíveis e trabalhistas celebrados, conforme o caso.

Parágrafo Terceiro – As disposições constantes no parágrafo segundo serão aplicadas também nos demais casos previstos no caput da presente cláusula, no que couber.

Cláusula Décima Terceira – Da Vigência

Excepcionalmente, dada a natureza do serviço prestado e do objeto da CONTRATADA, o contrato é celebrado por prazo indeterminado, com validade e eficácia condicionadas à publicação resumida do instrumento pela CONTRATANTE, no Diário Oficial, e na integralidade, pela CONTRATADA, no seu sítio da internet.



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Cláusula Décima Quarta – Dos Casos Omissos

Os casos omissos referentes a este contrato serão resolvidos à luz da Lei nº 12.550/2011 e do Decreto nº 7.661/2011, pelas partes de comum acordo ou, não havendo esta possibilidade, mediante submissão da questão à Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal.

Cláusula Décima Quinta – Do Foro

Fica estabelecido o foro da Seção Judiciária Federal do Distrito Federal como competente para dirimir quaisquer dúvidas ou questões decorrentes da execução deste contrato.

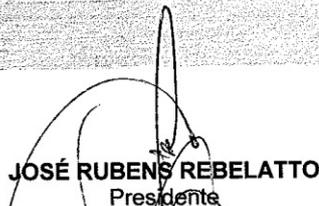
E, por se acharem justas e contratadas, as partes assinam o presente contrato em três vias de igual teor e forma, contendo rubrica das partes em todas as folhas, na presença das testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Brasília, 17 de janeiro de 2013.

Pela UFMA:

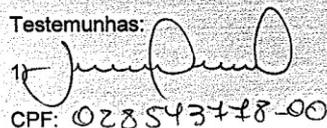

NATALINO SALGADO FILHO
Reitor

Pela EBSERH:


JOSÉ RUBENS REBELATTO
Presidente


CELSO FERNANDO RIBEIRO DE ARAÚJO
Diretor

Testemunhas:


CPF: 028543748-00

2) Joyce Santos Soares
CPF: 67845533300

ANEXO 3 – DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO



PREGÃO ELETRÔNICO Nº 42/013 - UASG 154041

Processo nº 2311501758201254. Objeto: O objeto desta licitação é o registro de preços para eventual aquisição de material de consumo (detergentes) para atender às necessidades do Restaurante Universitário - RU da UFMA, conforme especificações e quantidades especificadas no anexo I Lista de Materiais e no anexo II Termo de Referência deste Edital. Total de Itens Licitados: 00003. Edital: 24/01/2013 às 12h00 e de 14h às 17h00. Endereço: Av. Dos Portugueses, S/n - Campus do Bacanga (relax-staf) SAO LUIS-MA. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 09h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 5/2/2013 às 15h00 no site www.comprasnet.gov.br.

(SIDEC - 23/01/2013) 154041-15258-2013NE800632

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 82/013 - UASG 154041

Processo nº 23115016076201215. Objeto: O objeto desta licitação é o registro de preços para eventual contratação de empresa especializada em gerenciamento informatizado de combustíveis (gasolina, álcool e diesel) com utilização de cartão eletrônico ou magnético, visando atender às necessidades da UFMA, conforme especificações e quantidades estabelecidas no Termo de Referência e neste Edital e seus Anexos. Total de Itens Licitados: 00001. Edital: 24/01/2013 às 08h00 às 12h00 e de 14h às 17h00. Endereço: Av. Dos Portugueses, S/n - Campus do Bacanga (relax-staf) SAO LUIS-MA. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 5/2/2013 às 14h00 no site www.comprasnet.gov.br.

VITOR DAVI BARROS DE SOUZA
Proponente

(SIDEC - 23/01/2013) 154041-15258-2013NE800632

RETIFICAÇÃO

No Extrato de Termo Aditivo nº 19/2013 publicado no D.O.U de 23/01/2013, Seção 3, Pág. 33, Onde se lê Contrato nº 19/2009. CNPJ Contratado: 06863878000184. Contratado: WANGLES DA S. SANTOS - ME. Leia-se o Contrato nº 12/2009. CNPJ Contratado: 0961159000139. Contratado: INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - IBRAPP.

(SIDEC - 23/01/2013) 154041-15258-2013NE800632

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AVISO DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 23/013 - UASG 154072

Processo nº 0964/2013-30. Objeto: Aquisição de material consumo tipo (óleo diesel, combustível para caldeira). Total de Itens Licitados: 00001. Edital: 24/01/2013 às 08h00 às 12h00 e de 14h às 17h00. Endereço: Rua Barão de Itapary, 227 - Centro SAO LUIS-MA. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 06/02/2013 às 11h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: As propostas deverão atender ao especificado no Termo de Referência do Edital.

(SIDEC - 23/01/2013) 154072-15258-2013NE802028

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 248/2012 - UASG 154072

Processo nº 5206/2012-70. Objeto: Contratação de empresa especializada para execução de serviços de medição da resistência do solo e da resistência de aterramento. Total de Itens Licitados: 00001. Edital: 24/01/2012 às 08h00 às 12h00 e de 14h às 17h00. Endereço: Rua Barão de Itapary, 227 - Centro SAO LUIS-MA. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 05/02/2013 às 11h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: As propostas deverão atender ao especificado no Projeto Básico do Edital.

(SIDEC - 23/01/2013) 154072-15258-2013NE802028

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 249/2012 - UASG 154072

Processo nº 4625/2012-90. Objeto: Contratação de empresa especializada em serviços de jardinagem e paisagismo para o HURFMA. Total de Itens Licitados: 00001. Edital: 24/01/2012 às 08h00 às 12h00 e de 14h às 17h00. Endereço: Rua Barão de Itapary, 227 - Centro SAO LUIS-MA. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 05/02/2013 às 16h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: As propostas deverão atender ao especificado no Projeto Básico do Edital.

JOYCE SANTOS LAGES
Diretora-Geral
Em Exercício

(SIDEC - 23/01/2013) 154072-15258-2013NE802028

PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS:

EXTRATO DE CONTRATO

Nº 007.001.001/2013. Contrato que celebram a Universidade Federal do Maranhão - UFMA e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitais - EBSERH. Objeto: administração, pelo contrato, do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, compreendendo a oferta, à população, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Lei 12.550/2011, aplicado-se-lhe, supletivamente, a Lei 8.666/93. VIGÊNCIA: prazo indeterminado. DATA DA ASSINATURA: 17 de janeiro de 2013.

EXTRATO DE CONVÊNIO

Nº 003.002.002/2013. CONVENIENTES: Universidade Federal do Maranhão - UFMA e a Universidade Eduardo Mondlane - UEM. Objeto: promover uma base simples a partir da qual possam ser desenvolvidas atividades específicas de cooperação institucional - envolvimento docente, pesquisadores, servidores e estudantes da UFMA e da UEM, por meio de projetos colaborativos. DATA DA ASSINATURA: 28 de dezembro de 2012.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Empêlo: Primeiro Termo Aditivo nº 005/FUFMT/2013 ao Contrato nº 002/FUFMT/2011. Parte: Fundação Universidade Federal de Mato Grosso - FUFMT e Fundação Unicef. Objeto: Prorrogar a vigência do projeto "Curso de Mestrado em Engenharia Agrícola", por mais 06 meses. Assinatura: 18/01/2013. Vigência: 04/07/2013. Assinam: João Carlos de Souza Maia, Reitor em Exercício/FUFMT e pela Fundação Unicef, Cristiano Maciel/Diretor Geral.

AVISO DE REABERTURA DE PRAZO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 76/2012

Comunicamos a reabertura de prazo da licitação supracitada, processo nº 23108.030172/12-2, publicada no D.O.U de 19/10/2012. Objeto: Futura e eventual aquisição de MATERIAL DE CONSUMO - HOSPITALAR, para atender as demandas da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso FUFMT Novo Edital: 24/01/2013 às 08h30 às 12h00 e de 14h00 às 17h59. Endereço: Av. Fernando C. Costa N.262 Bairro Boa Esperança Cuiabá MT. Boa Esperança - CUIABÁ - MT. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 08h30 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 05/02/2013, às 09h00 no site www.comprasnet.gov.br.

(SIDEC - 23/01/2013) 154045-15262-2013NE800088

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

EXTRATO DE CONTRATO Nº 396/2012 - UASG 154070

Processo nº 23108.502637/12-1. PREGÃO SISP Nº 112/2012 Contratante: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. CNPJ Contratado: 07041060000100. Contratado: M.R.A. - COMERCIO DE INSTRUMENTOS-ELETRONICOS LTDA - ME. Objeto: Contratação de Serviço de Manutenção de RX - Dosímetro. Fundamento Legal: Lei 8.666/93. Vigência: 04/12/2012 a 03/12/2013. Valor Total: R\$2.692,80. Fonte: 250154003 - 2013NE802411. Data de Assinatura: 04/12/2012.

(SIDEC - 23/01/2013) 154070-15262-2013NE800065

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 1/2012 - UASG 154070

Contrato nº 53/2012. Processo nº 23108.503931/12-7. PREGÃO SISP Nº 13/2012 Contratante: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. CNPJ Contratado: 0832943000105. Contratado: GIBBOR BRASIL PUBLICIDADE E PROPAGANDA LTDA. Objeto: Anúncios de 25% (vinte e cinco por cento) no quantitativo dos serviços de publicação/divulgação de matérias referentes eventos litorâneos. Fundamento Legal: Lei 8.666/93. Valor Total: R\$795,91. Fonte: 615300000 - 2013NE800008. Data de Assinatura: 07/01/2013.

(SIDEC - 23/01/2013) 154070-15262-2013NE800065

AVISO DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 4/2013 - UASG 154070

Processo nº 23108.503257/12-4. Objeto: Implantação de Registro de Preços para eventual e futuras aquisições de Gás Liquefeito de Petróleo - GLP (Gás de Cozinha). Total de Itens Licitados: 00002. Edital: 24/01/2013 às 08h00 às 11h30 e de 13h às 17h30. Endereço: Rua Luis Philippe P. Leite, S/n Alvorada - CUIABÁ-MT. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 07/02/2013 às 09h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: Para verificar a especificação correta dos itens/objetos, consultar o edital.

WILSON JOSE DE ARRUDA MARQUES
Proponente

(SIDEC - 23/01/2013) 154070-15262-2013NE800065

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL NÚCLEO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EXTRATO DE REGISTRO DE PREÇOS

Empêlo: Atos para Registro de Preços nº 04/2013 - NHUFUMS, Processo nº 23447.000408/2012-80, celebrado entre Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e as empresas RUSSEER BRASIL LTDA. E SCHOLLY LATIN AMERICA LTDA. Objeto: Aquisição de bateria de eletroscópio e outros. Valor: R\$ 63.807,78. Vigência: 14/01/2013 a 13/01/2014. Data de Assinatura: 14/01/2013. Assinam: Diretor Geral Prof. José Carlos D. Vieira Pontes pela UFMS, e os representantes legais das empresas.

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 1/2013 - UASG 154357

Contrato nº 42/2011. Processo nº 2310405113201142. PREGÃO SISP Nº 152/2011. Contratante: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. CNPJ Contratado: 133029000108. Contratado: PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE LTDA. Objeto: Prorrogação por mais 06 meses do Contrato nº 42/2011 com a empresa Programa Nacional de Controle de Qualidade. Fundamento Legal: Lei 8666/93. Vigência: 28/11/2012 a 27/05/2013. Valor Total: R\$5.919,06. Fonte: 15300000 - 2013NE80212. Data de Assinatura: 28/11/2012.

(SIDEC - 23/01/2013) 154357-15269-2013NE800635

AVISO DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 6/2013 - UASG 154357

Processo nº 23447000841201215. Objeto: Aquisição de prótese endovascular aórtica, conforme quantidades e demais especificações do Anexo II e IV (termo de referência), com previsão de consumo em doze meses. Total de Itens Licitados: 00005. Edital: 24/01/2013 às 08h00 às 11h00 e de 13h às 17h00. Endereço: Avenida Senador Filinto Müller 355 Vila Ipiranga CAMPO GRANDE-MS. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: As interessadas poderão obter o edital em íntegra pelos sites: www.comprasnet.gov.br ou via e-mail pelo Fone-67-3345.3328.

(SIDEC - 23/01/2013) 154357-15269-2013NE800825

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 7/2013 - UASG 154357

Processo nº 2344700046201211. Objeto: Aquisição parcelada de filmes para RX oncológico e outros, conforme quantidades e demais especificações descritas nos Anexos II e IV (termo de referência), com previsão de consumo em doze meses. Total de Itens Licitados: 00025. Edital: 24/01/2013 às 08h00 às 11h00 e de 13h às 17h00. Endereço: Avenida Senador Filinto Müller 355 Vila Ipiranga CAMPO GRANDE-MS. Entrega das Propostas: a partir de 24/01/2013 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: As interessadas poderão obter o edital em íntegra pelos sites: www.comprasnet.gov.br ou via e-mail pelo Fone-67-3345.3328.

(SIDEC - 23/01/2013) 154357-15269-2013NE800825

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

EXTRATO DE CONTRATO Nº 8/2013 - UASG 154046

Processo nº 23109.757920/1271. PREGÃO SISP Nº 192/2012 Contratante: UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO/UFOP. Contratado: 85184615000112. Contratado: CAMPECISA INDUSTRIA E COMERCIO DE PECADOS, DERIVADOS. Objeto: Fornecedor parcelado de carnes de frango para atendimento aos RUS. Fundamento Legal: Lei nº 8666/93 e 1030/02. Doc. 355500 e 545003, e demais legislação cabível e aplicável. Vigência: 10/01/2013 a 31/12/2013. Valor Total: R\$333.210,38. Fonte: 112000000 - 2013NE800037. Data de Assinatura: 10/01/2013.

(SIDEC - 23/01/2013) 154046-15263-2013NE800038

AVISO DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 7/2013 - UASG 154046

Processo nº 23109.0059/2013-1. Objeto: Prestação de serviços de lavanderia em geral, envolvendo a higienização de vestimentas, roupas e todos de cama, mesa e banho, entre outros, utilizados na UFOP, e entregar em suas etapas, quais sejam: lavar, secar, passar, bem como coletar e entregar em locais adequados, durante o exercício de 2013. Total de Itens Licitados: 00001. Edital: 24/01/2013 às 08h00 às 11h00 e de 13h às 16h30. Endereço: Campus Universitário-centro de Convergência-coord. Supl. a partir de 24/01/2013 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 6/2/2013 às 10h00 no site www.comprasnet.gov.br.

ROGERIO ALEXANDRE MORAIS
Proponente

(SIDEC - 23/01/2013) 154046-15263-2013NE800038