

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO

BÁRBARA KATHERINE FARIS BIONDINI

**“SAÚDE PRA DAR E VENDER”: A EBSERH COMO UM ASPECTO DO
DESMANTELAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA**

Belo Horizonte
2018

Bárbara Katherine Faris Biondini

“Saúde pra dar e vender”: a EBSEERH como um aspecto do desmantelamento da saúde pública

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Dra. Deise Luiza da Silva Ferraz

Área de Concentração: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional

Belo Horizonte
2018

Ficha catalográfica

B615s Biondini, Bárbara Katherine Faris.
2018 “Saúde pra dar e vender” [manuscrito]: a EBSEPH como um
aspecto do desmantelamento da saúde pública / Bárbara Katherine
Faris Biondini. – 2018.
[105] f.: il., gráfs. e tabs.

Orientadora: Deise Luiza da Silva Ferraz.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas
Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (f. 95-105) e anexos.

1. Hospitais universitários – Administração – Teses.
2. Serviços de saúde pública – Administração – Teses. 3. Saúde
pública – Teses. 4. Filosofia marxista – Teses. I. Ferraz, Deise
Luiza da Silva. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro
de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658.9161

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG. – NMM/061/2018



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **BÁRBARA KATHERINE FARIS BIONDINI**, REGISTRO N° 628/2018. No dia 06 de fevereiro de 2018, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 21 de dezembro de 2017, para julgar o trabalho final intitulado "**Saúde Pra Dar e Vender: A EBSEERH como um Aspecto do Desmantelamento da Saúde Pública**", requisito para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, linha de pesquisa: **Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional**. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, Prof. Dr. Deise Luiza da Silva Ferraz, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Senhora Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 06 de fevereiro de 2018.

NOMES

ASSINATURAS

Prof^a. Dr^a. Deise Luiza da Silva Ferraz.....
ORIENTADORA (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. José Henrique de Faria.....
(CEPPAD/UFPR)

Prof. Dr. Ronaldo Vielmi Fortes
(Universidade Federal de Juiz de Fora/MG)

À tia Lilia, com todo o meu amor e saudade.

Todo começo é difícil, e isso vale para toda ciência - Karl Marx

AGRADECIMENTOS

Terminar o mestrado... seria impossível descrever todas as revoluções pelas quais passei durante esse tempo. Clarisse um dia disse: “Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda não tem nome.”. O mestrado me libertou, mas terminá-lo é algo que ainda não tem nome!

Terminar o mestrado, para mim, é algo que vai além do acadêmico ou profissional. Belchior dizia: “Mas eu não estou interessado em nenhuma teoria, em nenhuma fantasia, nem no algo mais. Longe o profeta do terror, que a laranja mecânica anuncia. Amar e mudar as coisas me interessa mais.”. Terminar o mestrado é, para além da teoria - e, infelizmente, dos resultados que acusam o avanço da exploração do homem pelo homem e a impossibilidade de algo diferente na sociedade capitalista -, continuar amando e seguir lutando para buscar a revolução que eu desejo para o mundo.

E assim, começo agradecendo a mim mesma. Pois terminar o mestrado, para mim, foi também ser insistente, corajosa, enfrentar medos, pedir ajuda e buscar me manter saudável. Minha transformação vai muito além da construção de um trabalho, das linhas de um livro, da sala de aula, e eu me orgulho da mulher que me tornei. E, por tudo que vivi, me comprometo a não romantizar o espaço acadêmico e lutar para transformar esse ambiente que pode ser adoecedor na mesma proporção que engrandece.

Mas terminar o mestrado, para mim, é também saber que eu não estou sozinha. Apesar da escrita solitária, das noites em claro, do choro escondido, não teve um, dos 795 dias – da data do resultado do processo seletivo até a defesa -, que eu não me sentisse mais forte por ter alguém amado ao meu lado, me incentivando, apoiando, torcendo e segurando minha mão, para que eu continuasse seguindo e fizesse coro à Bethânia: “Não mexe comigo, que eu não ando só, eu não ando só, que eu não ando só. Não mexe não!”.

E, correndo o risco de ser injusta com alguém – aos que esquecerei de citar, peço que me desculpem... a reta final do mestrado não colaborou muito com a minha memória! – preciso dedicar algumas linhas desta dissertação às pessoas que nunca me fizeram andar só.

Ao Gui, meu grande amor e melhor amigo. Por toda parceria e companheirismo, por não me deixar esquecer – do seu jeito, claro – todos os dias, dos últimos 795 (com destaque para o último mês), que eu sou forte e que eu consigo. Por acompanhar e incentivar todas as mudanças que o mestrado me proporcionou (não foram poucas). Por todas as vezes que me disse, mesmo sem concordar: “essa é você. Isso está te fazendo feliz, é o que você acredita. Não precisa se importar com o resto!”. Por me dar estrutura para seguir com meus sonhos. Juntos somos mais fortes, é muito bom te ter ao meu lado! Eu amo muito você! Obrigada

também por trazer para minha vida o café e a Café, grandes motivadores, principalmente nessa reta final. E para fechar a nossa pequena família, agradeço à Kiki, por passar a maior parte do tempo no meu colo, fazendo companhia e sendo espectadora em tempo real de cada uma das palavras que eu escrevi.

E por falar em família, agradeço aos meus irmãos, João e Bia, que inexplicavelmente viraram “gente grande” neste tempo em que estive mestranda. Por serem a razão de todo o meu esforço, por me olharem com olhos de orgulho e falarem: “estamos com saudade, te amamos, bons estudos!”. Por me usarem como exemplo e por serem a fonte de maior motivação na minha jornada. Aos meus pais, por todo o esforço empenhado para que eu pudesse estudar, pelo apoio nas horas de dúvida, pelos puxões de orelha na hora da saudade, por me tirarem do estudo para que eu pudesse ter um “tempo família” e por contarem para as pessoas com o maior orgulho que eu estava fazendo mestrado! Obrigada por não deixarem que eu me esquecesse de onde eu vim e os motivos que me fizeram trilhar meu caminho até aqui – e além. Ao tio Wesley, por possibilitar e incentivar minha formação, e por ser muito mais que um padrinho para mim. À vovó e toda família (aos ‘Fares’, ‘Biondinis’ e ‘Canabravas’), por compreenderem minhas ausências e torcerem por mim. Eu amo vocês!

Às amigas Janna e Mari, por todo o amor, paciência e incentivo que me deram, durante todo esse período, e principalmente no final dele. Palavras não são suficientes para agradecer o que ambas fizeram por mim. Vocês me inspiram, intelectualmente e pessoalmente. É muito bom saber que tenho vocês ao meu lado. Um obrigada também à Fabíola, que além de me dar apoio, ainda me deu café – e cuscuz, para a trajetória ser mais leve e saborosa.

Agradeço também à minha orientadora e amiga, Deise. Bendito é o dom que ela tem para colocar nomes nas matérias que ela leciona, que me fez optar por aprender sobre “as metamorfoses do trabalho e o sujeito trabalhador”. Digo, com tranquilidade, que ter cursado essa disciplina como matéria isolada mudou a minha vida, acadêmica e pessoalmente. Obrigada, Deise, por acreditar em mim e me incentivar em vários momentos desse processo. Por ensinar com exemplos e ser tão verdadeira e correta. Sua luta me inspira, e é muito bom saber que seguiremos juntas!

E, se a orientadora é tudo isso, o núcleo de pesquisa não fica atrás. Ao NEC, minha total gratidão. Cada um e cada uma, a seu modo, foi essencial no meu desenvolvimento nos últimos dois anos. Aline, Jade e Paulinha, que acompanharam o processo desde antes da aprovação, o apoio e torcida de vocês foi fundamental. Marcos, que proporcionou a primeira aprovação em um congresso na Administração, ensinando e ajudando sempre, desde o

começo. Janna e Rossi, meu Sense3, pelas discussões, risadas, googledocs, construções coletivas, troca e apoio... tanto apoio que nem sei dizer. Jéssica, por confiar em mim para uma orientação/amizade, que me encheu de orgulho e aprendizado. David, Gustavo e Marília, pelas caronas (ainda que de Uber), conversas inspiradoras, exemplos e torcida. Geraldo, que chegou aos 45 minutos do 2º tempo, mas que só veio a somar nesse grupo maravilhoso. Agradeço também ao Bruno, pelas enormes contribuições na área da saúde, ainda que, por vezes, de maneira intermediada.

Obrigada a todos os colegas da turma de mestrado do CEPEAD de 2016, em especial à Andressa, Letícia, Jane, Fernanda e Romário, por todo conhecimento compartilhado. Agradeço também a todo o pessoal da secretaria do programa, pelo apoio na resolução de eventuais problemas e também à professora Kely Paiva e demais professores que contribuíram neste processo.

Agradeço ao CNPq pela bolsa que possibilitou a tranquilidade – e o privilégio – de poder me dedicar integralmente ao mestrado. E, falando em privilégios, não poderia deixar de citar e agradecer a oportunidade de um ensino público, gratuito e de qualidade, tanto na graduação quanto no mestrado. Seguirei lutando para que isso não seja apenas um privilégio de poucos.

Agradeço também à professora Beth Antunes, e aos professores Ronaldo Vielmi Fortes e José Henrique de Faria, pela presença e contribuições nas bancas de qualificação e defesa. Saber que minhas palavras passaram pelos olhos de pessoas pelas quais eu tenho tanta admiração, é um presente sem tamanho.

E obrigada também às professoras Livia Borges e Ariane Corradi, e aos grupos de pesquisa de ambas, pelo apoio desde a graduação. E, desde a graduação também, Léo, Rafa, Aline, Fê e Peixe que torceram e reclamaram minha ausência, mas sempre compreenderam o quanto isso é importante para mim.

Por fim, agradeço à Cida e ao Geraldo, e aos trabalhadores do Hospital das Clínicas da UFMG, que me acolheram, possibilitaram minha pesquisa e dividiram comigo suas histórias e trajetórias.

Terminar o mestrado, para mim, é só o começo!

RESUMO

Constitucionalmente, no Brasil, a saúde tem como preceito ser um direito da população e um dever do Estado. Entretanto, nos 28 anos que se passaram desde a última Constituição Federal e a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), vemos que os princípios que regem o mesmo não foram efetivados. Paralelo a este contexto, em um movimento de descentralização consonante às prerrogativas neoliberais, foram realizadas as reformas gerenciais do Estado, onde foram criadas as Organizações Sociais, com objetivo de atuarem na gestão de setores que, em tempos de reforma, julgou-se não ser mais uma responsabilidade exclusiva do Estado, como as atividades direcionadas à saúde. Em consonância com este movimento, de maneira mais recente, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), destinada à gestão de hospitais universitários federais. Isso posto, o objetivo deste trabalho foi compreender o avanço do desmantelamento do serviço público de saúde por meio da implementação da Ebserh na gestão dos hospitais universitários. Buscamos, assim, compreender questões acerca da inserção da empresa nos hospitais universitários e as transformações ocasionadas, tanto na gestão como nas condições e relações de trabalho dos trabalhadores. Fundamentamo-nos no materialismo histórico dialético e compartilhamos da visão de Marx em seu compromisso com a classe trabalhadora e sua emancipação. O referencial teórico deste projeto se baseia em reflexões acerca da saúde-doença e da práxis da saúde no capitalismo, e os instrumentos de pesquisa utilizados foram o levantamento bibliográfico, as entrevistas, a observação e a análise documental. Concluímos que a Ebserh pode ser compreendida como mais uma estratégia de avanço do capital na práxis da saúde, atuando na deteriorização dos serviços públicos deste setor.

Palavras-chave: Saúde pública; Ebserh; Marxismo.

ABSTRACT

Constitutionally, in Brazil, health has as a precept to be a right of the population and a duty of the State. However, in the 28 years that have passed since the last Federal Constitution and the promulgation of the Unified Health System (SUS), we see that the principles that govern it have not been implemented. Parallel to this context, in a decentralization movement consonant with the neoliberal prerogatives, the State's management reforms were carried out, in which the Social Organizations were created, with the objective of acting in the management of sectors that, in times of reform, were deemed not to be plus an exclusive responsibility of the state, as well as health-related activities. In line with this movement, more recently, the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) was created for the management of federal university hospitals. Thus, the objective of this work was to understand the progress of the dismantling of the public health service through the implementation of Ebserh in the management of university hospitals. Thus, we seek to understand questions about the insertion of the company in university hospitals, and the transformations caused, both in management and in the conditions and working relationships of workers. We build on dialectical historical materialism and share Marx's vision of his commitment to the working class and its emancipation. The theoretical framework of this project is based on reflections on health-disease and health praxis in capitalism, and the research instruments used were bibliographic surveys, interviews, observation and documentary analysis. We conclude that the Ebserh can be understood as another strategy of capital advancement in health practice, acting in the deterioration of public services in this sector.

Keywords: Public health; Ebserh; Marxism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Expectativa de vida ao nascer	18
Figura 2: Clientes da Ebserh	49
Figura 3: Organograma do Hospital das Clínicas da UFMG	65
Figura 4: Excerto do Planejamento Estratégico do Hospital das Clínicas da UFMG	70
Figura 5: Tirinha ‘Armandinho’ – Alexandre Beck	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de Hospitais Universitários Federais 50-51

Tabela 2 - Diferenças entre salários e carga horária dos trabalhadores de diferentes vínculos

..... 73

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANDES - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANS - Agência Nacional de Saúde
APH – Adicional de Plantão Hospitalar
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLT - Consolidação das Leis de Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CUT-RJ – Central Única dos Trabalhadores do Rio de Janeiro
Dest/MPOG – Departamento de Estatais do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPSJV – Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio
FASUBRA - Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras
FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
HC - Hospital das Clínicas
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MARE - Ministério de Administração e Reforma do Estado
OMS - Organização Mundial de Saúde
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Estado
PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PwC - PriceWaterhouseCoopers
REHUF - Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU - Regime Jurídico Único
SUS - Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNE – União Nacional dos Estudantes
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
<i>Para ir além do que está posto - percursos de pesquisa</i>	20
1 TRABALHO E SAÚDE: A UNIVERSALIDADE DOS COMPLEXOS E SUA PARTICULARIDADE NO CAPITALISMO	23
1.1 <i>Processo Saúde-Doença: ponderações iniciais</i>	23
1.2 <i>Trabalho como essência do ser social e sua configuração no capitalismo</i>	27
2 OS ANTECEDENTES E AS POSSIBILIDADES PARA A CRIAÇÃO DA EBSERH	34
2.1 <i>Os antecedentes: a Constituição Federal de 1988 e o SUS</i>	35
2.1.1 <i>O Sistema Único de Saúde</i>	38
2.2 <i>As possibilidades: a saúde na Reforma Gerencial de Estado de 1995</i>	40
2.2.1 <i>As Organizações Sociais e sua inserção no setor saúde</i>	42
3 A CRISE DA SAÚDE PÚBLICA E OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: A FORMAÇÃO DO PROBLEMA	45
3.1 <i>As peculiaridades de um Hospital Universitário e seu desmonte</i>	47
4 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES: A SOLUÇÃO (IM)POSTA	55
4.1 <i>Os órgãos de gestão da Ebserh e o Controle Social</i>	57
4.2 <i>A reestruturação da força de trabalho e a flexibilização dos vínculos</i>	60
4.3 <i>Os recursos financeiros, a reestruturação física e tecnológica e as parcerias privadas</i>	63
4.4 <i>A adesão imposta e os movimentos sociais</i>	65
5 CONTRATO ASSINADO. O QUE VEM DEPOIS?	68
5.1 <i>As alterações na gestão</i>	68
5.2 <i>As relações e condições de trabalho</i>	78
6 A EBSERH E A DETERIORIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil, atualmente, é regida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na Constituição Federal de 1988. Sua existência perpassa o dever do Estado de garantir saúde gratuita à população. Entretanto, tantas foram as transformações neste setor, nos 28 anos que se passaram desde a formulação da última Constituição Federal, que a luta que diz respeito à saúde pública, nos dias atuais, é destacada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como uma luta “pela saúde como direito e não como mercadoria”.

A possibilidade de transformação da práxis da saúde em mercadoria esteve sempre presente na trajetória do acesso à saúde no Brasil. Polignano (S/D), ao realizar uma breve incursão na história das políticas de saúde no Brasil, inicia seu trabalho pontuando algumas premissas neste sentido. Dentre elas, o autor nos explica que

1. a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
2. a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;
3. a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde (POLIGNANO, S/D, p. 2).

Pontuamos que, desde o início, a garantia constitucional à assistência em saúde como um dever do Estado recebeu fortes críticas do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1991, 1995 *apud* RIZZOTTO; CAMPOS, 2016); entretanto, a preocupação do Banco nunca foi quanto à possibilidade do país conseguir arcar ou não com os custos do sistema, mas sim pela oposição radical entre o pensamento neoliberal e a implantação de sistemas de saúde públicos e universais. Afinal, para o neoliberalismo, “é inadmissível o alijamento do mercado em qualquer setor da vida social, como pretendia o movimento sanitário brasileiro quando da criação do SUS” (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 295).

As estratégias neoliberais colocaram (e ainda colocam) em risco os avanços conquistados e efetivados na Constituição Federal, desdobrando-se em possibilidades que propiciam o avanço do capital e o dismantelamento das políticas públicas, representando o arrefecimento das lutas da classe trabalhadora. Mostra-se claro, portanto, que a efetivação das leis não exige a continuidade da luta.

Desta forma, se o período da democratização dos anos 1980 contribuiu para o debate em torno da saúde e sua consolidação nos princípios que regem o SUS, sua concretização na

década seguinte viu-se obstaculizada pela ofensiva das proposições neoliberais, que defendiam a concepção de Estado mínimo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), com o apoio dos indicativos do Banco Mundial de abertura à participação do setor privado na oferta de serviços de saúde públicos, visto que os mesmos, na visão do Banco, poderiam ser realizados de maneira mais efetiva, restando ao Estado a responsabilidade de regulamentação, fiscalização e financiamento (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Assim, seguindo a onda conservadora de reformas que ocorriam ao redor do mundo no período, o Brasil reforça a tendência à adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com destaque, a partir de 1994, para a estabilização da moeda, privatização das empresas estatais e adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As Reformas Gerenciais de Estado efetivadas no país na década de 1990 tinham como objetivo, portanto, a descentralização do Estado, que passaria a atuar como regulador e fiscalizador. O movimento de descentralização do Estado culminou na criação das Organizações Sociais que, por meio de um contrato de gestão, ficariam responsáveis pela provisão de serviços não exclusivos, cabendo à máquina estatal regularizar e financiar este processo (SANO; ABRUCIO, 2008; CONTREIRAS; MALTA, 2015). Uma organização social pode ser entendida como

[...] uma qualificação conferida pelo Estado a uma entidade privada que, de posse deste título, pode estabelecer com o poder público uma parceria regulada por um instrumento chamado contrato de gestão, por meio do qual lhe é delegada a administração de uma instituição pública. Tanto qualificação quanto contratação dispensam licitação (CONTREIRAS; MALTA, 2015, p. 286).

O setor da saúde, neste contexto, foi delegado a serviço não-exclusivo do Estado, sendo passível de atuação das Organizações Sociais. Zigato (2015) aponta que tais organizações, no setor de saúde, se situam em um conjunto de ‘novos modelos de gestão para o SUS’, que podem ser considerados como “uma nova roupagem para as já conhecidas propostas de privatização dos serviços sociais, em particular da política pública de saúde.” (ZIGATO, 2015, p. 21).

Quando analisamos as políticas públicas de saúde, conseguimos perceber que a possibilidade de explorar o complexo das práxis da saúde nunca foi negada à iniciativa privada. O Estado, portanto, opera tanto como competidor quanto como alavanca nesse mercado da saúde. Compete, quando oferece de graça, alavanca quando cria linhas de fomento para a iniciativa privada ou quando permite que a iniciativa privada atue por meio

das infraestruturas (meios de trabalho e força de trabalho) do Estado. Situamos os hospitais universitários como um caso exemplar deste segundo movimento.

De acordo com o Ministério da Educação (S/D), “os Hospitais Universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde”. Tais hospitais “apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento” e “todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos”. Zigato (2015, p. 51) enfatiza a importância dos Hospitais Universitários “para o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde, pois é no interior dos mesmos que há a realização da formação de profissionais e o desenvolvimento tecnológico”.

Reis e Cecílio (2009) avaliam que, em detrimento da relevância social destes hospitais, eles passaram por períodos de crise em diversos momentos de sua história, tendo no problema financeiro – gerado, principalmente, por meio das dívidas acumuladas junto às fundações de apoio – sua questão mais evidente. Em 2003, segundo os autores, uma nova crise assolava os hospitais, cujos desdobramentos exigiram uma análise mais consistente do contexto da crise, compreendida como recorrente, e que não poderiam ficar envoltas apenas ao aumento de recursos financeiros (REIS; CECÍLIO, 2009). Reis e Cecílio (2009) citam, ainda, que, em período anterior, no ano de 1999, o relatório do Conselho Nacional de Saúde já propunha que a crise dos hospitais universitários deveria ser compreendida “como decorrente da crise institucional por que passa o aparelho formador na área da Saúde; da crise de financiamento e da estrutura de gastos do SUS e de condução das políticas públicas” (BRASIL, 2003, p. 61 *apud* REIS; CECÍLIO, 2009).

Zigato (2015, p. 13) afirma que as dificuldades enfrentadas pelos Hospitais Universitários têm consonância com a crise de financiamento do SUS, estando

[...] associada a uma “política governamental” que fomenta o “subfinanciamento” da saúde pública brasileira, seguindo os parâmetros neoliberais indicados pelas agências internacionais, a saber: Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI).

Neste sentido, Sodré et al. (2013, p. 370) nos apresentam que

A “crise” instalada nos hospitais universitários abre precedentes para a aproximação voraz da privatização das áreas sociais de responsabilidade do Estado. A saúde e a educação pública têm perdido espaço para o mercado privado, diante de um discurso de ineficiência estatal, e se subordinam a ditames mercadológicos, em que a universalidade do direito (garantidos por lei na saúde e na educação) é substituída pela compra e venda de serviços.

Para sanar a crise dos hospitais universitários, foi criada, em 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, com objetivo de atuar na gestão dos hospitais universitários federais, responsável, atualmente, pela gestão de 38 hospitais. Sua criação tem inspiração na facilidade com que seu modelo de gestão, menos ‘engessado’ e mais flexível do que o praticado no serviço público, teria, para conduzir os hospitais. Sodré et al. (2013, p. 372) chamam a atenção para uma reflexão mais profunda acerca de tal alternativa de gestão, “pois não é difícil compreender que os conflitos existentes em torno da gestão dos HUFs são também reflexo da não efetivação plena do SUS”, ressaltando que,

apesar de avanços conquistados das Leis n^{os} 8.080/90 e 8.142/90 — que determinam como diretrizes o controle social, a universalização, a equidade e a integralidade da saúde —, permanece, na prática, ideais do projeto político direcionado a uma política de saúde que atenda interesses de mercado (SODRÉ et al., 2013, p. 372).

Consonante a isso, também a criação da Ebserh tem se mostrado ineficaz, abrindo cada vez mais espaço para o avanço da iniciativa privada na práxis da saúde. Neste sentido, temos como objetivo geral deste trabalho compreender o avanço do desmantelamento do serviço público de saúde por meio da implementação da EBSEH na gestão dos hospitais universitários.

Pontuamos que nossa trajetória começou na ânsia de discutirmos sobre quais os impactos, para os trabalhadores, da inserção de uma empresa pública de direito privado na gestão do hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O que nos motivava era compreender como a nova configuração criada pela inserção da empresa - modificações na estrutura organizacional, diferentes tipos de contratação em funções semelhantes, dispensas e contratações em grande número em um curto espaço de tempo, etc. - refletia nas condições e relações de trabalho dos trabalhadores dos hospitais. Todos estes fatores, como nos mostra a literatura da área de gestão de pessoas, são passíveis de transformações negativas para os trabalhadores, e era em torno disso que giravam nossos objetivos.

Entretanto, na medida em que nos aprofundávamos na pesquisa, algumas questões foram surgindo, e a percepção de que não poderíamos caminhar sem tentar respondê-las foi ficando cada vez mais clara. Este movimento de descobertas em nossa pesquisa diz muito sobre como decidimos conduzi-la. Trabalhamos com o que podemos chamar de ‘método marxiano’, o materialismo histórico dialético. Não seria possível permanecermos, portanto, estáticos quanto a descobertas que contemplassem apenas um aspecto de nosso fenômeno; foi

preciso ir além do que a aparência nos mostrava. Afinal, como bem nos disse Marx, “se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária”.

Não perdemos de vista tais objetivos pois consideramos que apontar os desdobramentos do avanço do capital na classe trabalhadora é de extrema importância como denúncia e instrumento de luta - e a academia não pode se furtar disso. Entretanto, parecemos que a “resposta” às transformações negativas para os trabalhadores (e também para os usuários) poderia se manifestar em práticas reformistas, como alterações na gestão. Não descartamos a importância de melhores práticas, mas a análise da totalidade de nosso problema mostrava que havia algo além.

Para atingir nosso objetivo geral, de maneira específica, buscamos: *i)* Compreender o processo de criação da EBSEH e sua inserção nos hospitais universitários; *ii)* Identificar as alterações na gestão dos hospitais universitários após a inserção da EBSEH; *iii)* Analisar as relações e condições de trabalho dos trabalhadores dos hospitais universitários após a inserção da EBSEH; *iv)* Compreender as tendências que estão postas aos hospitais universitários após a adesão à EBSEH.

Para ir além do que está posto - percursos de pesquisa

Guiamo-nos pela busca da totalidade, da historicidade e da contradição dos fenômenos, partindo do que a realidade nos mostrava e buscando revelar as mediações que poderiam explicá-los em sua essência. Quanto aos instrumentos metodológicos utilizados, realizamos inicialmente um levantamento bibliográfico acerca da história da saúde pública no Brasil, focando principalmente no SUS, nos hospitais universitários e acerca do cenário político brasileiro principalmente pós-Constituição Federal de 1988. Este momento da pesquisa foi pautado por um esforço analítico do processo histórico, buscando a compreensão do movimento que caracteriza o desenvolvimento da EBSEH.

Em um segundo momento, buscando compreender o movimento de inserção e manutenção da EBSEH nos hospitais universitários, assim como os impactos causados aos trabalhadores e as tendências que se vislumbram, utilizamos como instrumento de pesquisa a entrevista semiestruturada, a observação e a pesquisa documental. Como campo de pesquisa, nossa inserção se deu no Hospital das Clínicas da UFMG, situado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. A proposta por investigar o Hospital das Clínicas da UFMG refletiu-se na proximidade, tanto geográfica, por estarmos na mesma cidade, quanto acadêmica, por estarmos inseridos na mesma universidade. Justificamos nossa escolha

também por acreditarmos que, ao analisá-lo, conseguiríamos dar conta da universalidade do problema a que nos propusemos tratar, compreendendo que as singularidades dos fenômenos contêm, em si, determinações universais.

Realizamos, neste hospital, entrevistas com oito trabalhadores, que foram gravadas mediante autorização dos mesmos. Por razões de sigilo, optamos por não identificar os cargos ocupados e sinalizaremos, nos trechos reproduzidos nesta dissertação, o termo 'ENTREVISTADA', seguido da numeração correspondente (1 a 8), também resguardando possíveis identificações quanto ao gênero da trabalhadora ou do trabalhador entrevistado(a). Sete das entrevistadas tinham vínculos com o hospital por meio do Regime Jurídico Único (RJU) e uma delas era concursada da EBSEH, mas tal proporção não foi proposital. Enfatizamos que todas as entrevistadas aceitaram participar da pesquisa de maneira voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com as entrevistas, foi possível obtermos dados referentes à percepção dos sujeitos quanto aos aspectos do real.

A observação também foi realizada no Hospital das Clínicas da UFMG, por meio de visitas realizadas durante os meses de agosto e setembro de 2017 e da participação em alguns eventos do hospital. Foram oportunidades em que, além de vivenciar o dia a dia do hospital, conversamos informalmente com os trabalhadores. Acreditamos que tais imersões permitiram-nos compreender de forma mais precisa o real e entender as relações concretas que levaram a determinadas percepções das entrevistadas.

Por fim, utilizamos a análise documental para complementar os dados orais e as observações através de diferentes formas de descrição da prática. Foram analisados relatórios de prestação de contas, contratos de editais, reportagens, materiais de sindicatos e alguns sites, como o portal da EBSEH que direciona para as páginas dos hospitais universitários filiados. Percebemos, neste processo, que, em detrimento de ser uma empresa pública que atua em hospitais 100% SUS, as informações que lhe competem não se mostraram tão transparentes como deveriam ser segundo a lei da transparência. Neste momento, permitimo-nos ir além e analisamos documentos referentes aos Hospitais Universitários em geral, dos quais, obviamente, não excluimos o Hospital das Clínicas da UFMG. Esta abertura se justifica, inclusive, por uma crítica que resvala na forma de atuação da EBSEH (que é centralizada na sede em Brasília e, por vezes, não leva em conta as especificidades de cada hospital) e que não poderia fugir de nosso escopo. Trata-se da questão da dinamicidade presente nos hospitais de ensino de nosso país, já que existem hospitais universitários em todas as regiões do Brasil e em praticamente todos os Estados (as exceções são Roraima, Rondônia e Acre). Outra justificativa se deu perante à necessidade de compreendermos a situação dos três hospitais

universitários (vinculados à Universidade Estadual de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal de Uberlândia) que ainda não assinaram o contrato com a EBSEH.

Os dados levantados foram analisados de forma interdependente, de maneira a não isolar o movimento contraditório dos fenômenos estudados (FERRAZ, 2010).

Este trabalho se justifica em um contexto no qual a saúde pública brasileira vive, desde o que se pode chamar de sua ‘formação’, até os dias atuais, um movimento dialético de desenvolvimento e precarização, visto que, apesar de ter lastro na luta dos trabalhadores, é ofertada pelo Estado, que é burguês, portanto, comprometido com a ordem do capital. A oferta de bens pelo Estado, então, não pode ser entendida como mera concessão benevolente – é interessante ao capital manter seus trabalhadores saudáveis, sem precisar alterar o mais-valer expropriado. Entretanto, podemos observar constantemente os avanços do capital na saúde pública, sustentados na justificativa da ineficiência do Estado e travestidos de ‘única solução possível’. Desta forma, acreditamos que desvelar este movimento contraditório da saúde pública, em uma perspectiva materialista histórico-dialética, é uma maneira de evidenciar questões que culminam em práticas que possam ir além do reformismo.

Em termos acadêmicos, acreditamos que estudos acerca da área denominada de Administração de Recursos Humanos, Gestão de Pessoas ou Comportamento Organizacional – que, não importando a alcunha, desenvolvem saberes “sobre as distintas formas de controlar o fator subjetivo do trabalho no processo de trabalho, visando, sempre, em última instância, alavancar a valorização do valor” (FERRAZ, 2017, p. 68) –, demandam pesquisas que estejam atentas não apenas ao processo de trabalho, mas também ao processo de valorização, e que objetivem não a potencialização deste último, mas sim a emancipação humana. Neste sentido, nossa intenção é propor um estudo que contribua com o desenvolvimento das ciências administrativas, porém em consonância com uma abordagem ontológica, por meio da qual “se busca o movimento da realidade, que se revela em uma práxis efetivamente transformadora e que deve se sustentar na apreensão objetiva da ‘essência’ do ser social” (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2015, p. 108), rompendo, assim, com a forma hegemônica (burguesa) do “fazer ciência”.

1 TRABALHO E SAÚDE: A UNIVERSALIDADE DOS COMPLEXOS E SUA PARTICULARIDADE NO CAPITALISMO

1.1 Processo Saúde-Doença: ponderações iniciais

Consideramos pertinente a colocação de Illich (1975) de que, até onde se sabe, a humanidade é a única a ter consciência da finitude dos indivíduos de sua espécie, da inevitável degeneração de seu ser biológico, a despeito da consciência que se tem desse processo. A consciência da degeneração não altera o processo em si, mas cria a possibilidade da humanidade desenvolver práxis sociais que interfiram em tal processo, alterando-o. Distanciamos-nos da leitura culturalista – mas provocativa – do autor e consideramos que os modos de regular as práticas sociais que lidam com o processo de degeneração humana são consoantes com o modo de produção de cada época. E, nesse sentido, entender o que chamamos, na modernidade, de processo de saúde-doença demanda entender a degeneração biológica dentro da totalidade do desenvolvimento do ser social na particularidade do capitalismo. Como coloca Laurell (1982, p. 10):

En términos muy generales el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción.

Demanda-se, superar o debate dicotômico acerca do caráter da enfermidade, sua essencialidade não é ou biológica (concepção médico-biologista) ou social, é necessário conceber a degeneração para além da mera manifestação biológica do ser.

A esfera biológica humana é base material para a compreensão da saúde-doença enquanto um processo objetivo, mas numa perspectiva que compreende a estrutura biológica humana e a saúde-doença constituindo-se no processo da própria constituição do ser social, uma constituição que tem o complexo trabalho como um complexo determinante. Aproximamo-nos da apreensão de Souza (2016, p. 347) sobre a práxis da saúde:

Só a partir dessa relação ativa e conscientemente estabelecida pelos sujeitos (humanos) é que podemos falar da práxis da saúde, ou seja, aquele conjunto de atividades humanas que intervém sobre o processo saúde-doença, sem ignorar que este último continua a ‘ser’ processo social objetivo (repetamos: que existe independentemente da consciência que os sujeitos tenham sobre ele). Como práxis, considera-se um conjunto de saberes e fazeres sobre a saúde que modificam, ainda que parcialmente, a sua processualidade.

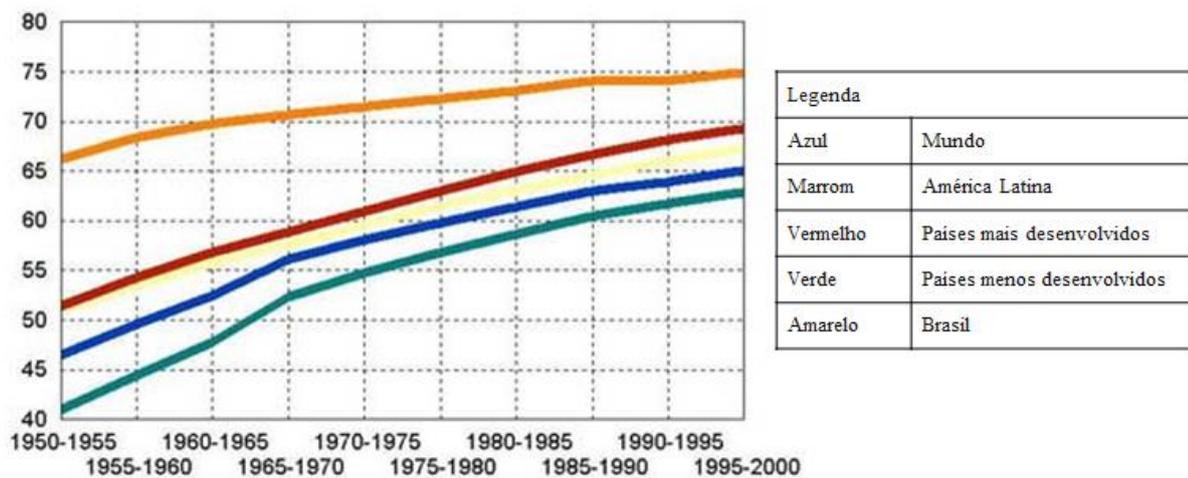
Sem adentrar, ainda, na historicidade da práxis da saúde dentro do capitalismo, chamamos a atenção, assim como fez Souza (2016), para um aspecto universal dessa particularidade social: trata-se de uma práxis que atua sob um complexo inter-articulado entre

causalidade natural e causalidade social, posto que a práxis da saúde abarca um conhecer sobre as causalidades naturais – nunca plenamente controladas – envolvidas no ser biológico do ser humano e uma intervenção nessas causalidades mediadas por um outro ser consciente, complexificando, portanto as práxis da saúde.

Grafamos que, no nível da universalidade da particularidade do processo saúde-doença, a degeneração orgânica do corpo é este processo objetivo que se realiza pelas formas como ocorrem o intercâmbio entre os seres humanos e entre os seres humanos e o meio.

Considerando o avanço das forças produtivas e em especial da ciência, podemos considerar que a degeneração, ainda que objetiva e inevitável, é possível de ser (des)acelerada. Se observarmos os dados da Organização Mundial da Saúde - cujo conceito de Saúde-Doença foi criticado por Rezende (1989, apud Souza, 2016) - sobre a expectativa de vida ao nascer, observamos um desaceleramento no processo de degeneração no mundo.

Figura 1: Expectativa de vida ao nascer



Fonte: ONU

Porém, cabe observar que essa desaceleração não se efetua de forma equânime na sociedade. Brosworth e Burke (2014, p. 1), em relatório sobre a relação entre a expectativa de vida e os benefícios previdenciários nos Estados Unidos, afirmam que:

[...] research on trends in mortality has established a strong relationship between individuals' life expectancy and various measures of socioeconomic status, including income; and recent studies conclude that life expectancy is rising more rapidly for individuals in the upper portions of the earnings distribution¹.

¹ [...] pesquisas sobre tendências de mortalidade estabeleceram uma forte relação entre a expectativa de vida dos indivíduos e várias medidas de status socioeconômico, incluindo renda; e estudos recentes concluem que a expectativa de vida está aumentando mais rapidamente para indivíduos nas partes superiores da distribuição de ganhos (tradução livre da autora).

O apontado pelos autores apenas retrata algo que está posto pelo processo de valorização do valor e já salientado por Laurrell (1982, p. 3-4): “Finalmente, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas”.

Neste sentido, a distinção entre as condições de saúde que se põem na sociedade capitalista, de acordo Souza, Melo e Vasconcelos (2015, p. 110) “tem sua ‘estrutura originária’ evidenciada no marco da consolidação do capitalismo, cujo momento predominante foi a Revolução Industrial”. Refletindo sobre a forma como o modo de produção capitalista afeta a força do povo em sua raiz vital e em como os capitalistas enxergam os trabalhadores neste processo – são indiferentes à possibilidade da “(...) perspectiva do apodrecimento futuro da humanidade e seu irrefreável despovoamento final (...)” (MARX, 2013, p. 342), por se guiarem apenas pelo caráter egoísta da acumulação – Marx escreveu que

o capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração. Às queixas sobre a degradação física e mental, a morte prematura, a tortura do sobre-trabalho, ele responde: deveria esse martírio nos martirizar, ele que aumenta nosso gozo (o lucro)? (MARX, 2013, p. 342).

Com o advento da maquinaria no processo de trabalho, há um aumento da produtividade e criam-se condições objetivas para o processo de acumulação de capital e, conseqüentemente, para a exploração e pauperização dos trabalhadores (MARX, 2013; SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2015), afinal,

O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias cria. Com a *valorização* do mundo das coisas aumenta em proporção direta a *desvalorização* do mundo dos homens. O trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalho como uma *mercadoria*, e isso na medida em que produz, de fato, mercadorias em geral (MARX, 2010c, p. 80).

Após o marco caracterizado pelo advento da maquinaria no processo de trabalho, “constata-se que há o soerguimento de um “fenômeno” social sem precedentes, cujas raízes localizam-se na esfera produtiva”, evidenciando que “o novo processo de trabalho proporciona a produção/acumulação de riqueza em níveis inéditos, ao mesmo tempo em que destrói a saúde dos trabalhadores em uma velocidade e intensidade também inéditos” (SOUZA; MELO; VASCONCELOS, 2015, p. 113). Ou seja, a maquinaria, por si mesma, poderia contribuir para reduzir o ritmo intenso de trabalho, proporcionando menor desgaste, tanto físico quanto psíquico, ao trabalhador, fato que não ocorre sob o modo de produção capitalista (SOUZA; MELO; VASCONCELOS, 2015).

Podemos inferir, portanto, como nos diz Souza, (2012, p. 72) que a

degradação da saúde dos trabalhadores comparece como um componente indispensável para a produtividade, porém, ao mesmo tempo, tal degradação se põe como uma ameaça à própria produção, visto que a existência do capital depende da existência do trabalho. O capital, ao colocar em xeque a vida dos trabalhadores, coloca em xeque a sua própria existência. Esta situação expressa bem a natureza contraditória do sistema capitalista.

Assim, a questão da saúde dos trabalhadores se apoia em uma contradição tipicamente capitalista: o capital não pode prescindir da exploração sobre o trabalho, ainda que essa seja sua razão de ser (SOUZA; MELO; VASCONCELOS, 2015), de forma que “essa exploração determina a ameaça permanente das condições de saúde da classe trabalhadora e, por conseguinte, do trabalho como um todo, o que põe em xeque o próprio capital” (SOUZA; MELO; VASCONCELOS, 2015, p. 121). Souza, Melo e Vasconcelos (2015) sinalizam a importância de compreender a questão da saúde no cerne das contradições do capitalismo para que não se caia em uma relação de causa e efeito (tendo as características do trabalho abstrato como causa e a saúde – ou a falta dela – como efeito) o que pode ocasionar, ainda que com tensionamentos críticos, a consecução de estratégias que acabem reproduzindo valores da ciência e da ética burguesa relacionadas à saúde no trabalho.

A análise da saúde dos trabalhadores, em sua aparência, se mostra principalmente em seus aspectos biológicos, ou seja, como respostas fisiopatológicas do trabalhador ao processo de trabalho, assumindo, assim, uma condição estática de causa e efeito entre o trabalho e a saúde (ou a doença) (SOUZA; MELO; VASCONCELOS, 2015). Devido a esta manifestação mais imediata da dimensão biológica, torna-se importante sua caracterização, ainda que apenas isso se mostre “insuficiente para explicitar o “ser-em-si” do objeto. Ao se restringir aos elementos imediatos, perde-se de vista o pano de fundo da problemática, aquela esfera de elementos “essenciais” que põem o campo de possibilidades de desenvolvimento das formas “fenomênicas” (SOUZA; MELO; VASCONCELOS, 2015, p. 124).

A essência da questão da saúde dos trabalhadores – expressão do antagonismo entre capital e trabalho – deve mostrar-se, portanto, como norte de análise e intervenções sobre as relações entre trabalho e saúde, não sendo possível, entretanto, ignorar a importância do nível de ação sob sua manifestação fenomênica, como as de caráter biológico, visto que essência e fenômeno estão dialeticamente articulados e são ontologicamente indissociáveis (SOUZA; MELO; VASCONCELOS, 2015).

É nesse sentido que Souza chama a atenção para a apreensão ontometodológica da saúde como uma dimensão do ser social (2016, p. 351) que em sua universalidade é uma “práxis que permite conhecer e resolver problemas de saúde-doença, mas a sua

particularidade subordinada ao valor no capitalismo”. E o autor complementa:

Nessa perspectiva, constituem-se referenciais importantes para pensarmos os desafios atuais, como as iniquidades de saúde presentes nas diversas populações, a inefetividade das políticas de saúde no bojo das contrarreformas, o avanço do capital privado do complexo médico-industrial ou a intensa precarização profissional.

Essa dissertação está na produção da reflexão de pelo menos dois pontos colocados pelo autor: a inefetividade das políticas públicas e a intensa precarização profissional. Antes de nos debruçarmos sobre o objeto em questão, cabe esboçarmos nossa compreensão sobre a mercantilização da práxis da saúde.

1.2 Trabalho como essência do ser social e sua configuração no capitalismo

Laurell (1978) enfatiza que o primeiro ponto importante a ser tratado nos estudos acerca do trabalho e da saúde é que o trabalho é uma categoria social e deve ser tratado como tal em suas múltiplas determinações e que, considerando o lugar central ocupado pelo trabalho em qualquer sociedade, é inegável que ele deve ser um conceito-chave para explicar as origens sociais das enfermidades, confirmando, conforme discutimos anteriormente, que o processo saúde-doença tem o complexo do trabalho como um complexo determinante. Nesse sentido, cabe uma digressão sobre este.

O trabalho, enquanto categoria fundante do ser social é, segundo Marx (2013, p. 255), “antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. É a capacidade teleológica do gênero humano de idear previamente o que precisa executar que o diferencia dos outros animais e possibilita que, ao final do processo de trabalho, obtenha-se um resultado que já existia idealmente. É a interação do homem com a natureza tendo, como fim último a satisfação de suas necessidades, ou seja, a produção de valores de uso (MARX, 2013).

Marx (2013, p. 256) nos apresenta que “os momentos simples do processo de trabalho são, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto; em terceiro, seus meios”. O objeto do trabalho é tudo aquilo que é oferecido pela natureza para o uso direto como meio de subsistência, ou que pode ser modificado pela mediação do trabalho, transformando-se, assim, em matéria prima. Já o meio de trabalho pode ser “uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador interpõe entre si e o objeto do trabalho e que lhe serve de guia de sua atividade sobre esse objeto” (MARX, 2013, p. 256), de forma que as épocas econômicas diversas se diferenciam não pelo que é

produzido, mas sim de que forma essa produção ocorre e quais são os meios de trabalho utilizados (MARX, 2013).

A interação do homem com a natureza proporciona, em um movimento dialético, a transformação do meio e a transformação do próprio homem, que, no desenvolver deste processo de interação amplia seu conhecimento sobre as causalidades do objeto a ser trabalho, acumulando não só novas formas de atuar na natureza como novas necessidades, fatos que refletem em sua relação com os outros homens. Portanto o trabalho, em seu sentido ontológico, se apresenta como ato de modificar a natureza para a satisfação das necessidades objetivas de vida, a compreensão do trabalho como atividade orientada à produção de valores de uso, a apropriação da natureza pelo homem para a satisfação de suas necessidades é a própria condição da vida humana, presente em todas as formas nas quais a sociedade se organiza (MARX, 2013).

Ao se considerar o processo saúde-doença, como colocamos, precisamos, então, observar que o objeto a ser modificado – ou que procura por modificação – é um sujeito portador de dois elementos indissociáveis: a natureza do corpo humano com sua consciência sobre ela. Isso nos leva a compreender que a intervenção no processo de doença-saúde está imbricada relação entre pores primários e secundários (LUKÁCS, 2010).

Marx (2008, p. 47), após a explanação do caráter universal do complexo trabalho, nos explica

que na produção social da sua vida, os homens contraem determinadas relações necessárias e independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a uma determinada fase de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. O conjunto dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta a superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e espiritual em geral.

O modo de produção que condiciona a vida social, política e geral dos homens na sociedade atual é o modo de produção capitalista. O capitalismo se ergue sobre uma estrutura de divisão de classes, onde uma das classes – a minoria, os burgueses – detém a propriedade privada dos meios de produção, e uma classe vende a sua força de trabalho e é expropriada do excedente de seu trabalho, a classe explorada, o proletariado. Para Marx, “o processo imediato de produção do capital é seu processo de trabalho e seu processo de valorização, processo cujo resultado é o produto-mercadoria e cujo motivo determinante é a produção de mais-valor” (MARX, 2014, p. 449).

Sabemos, portanto, que no processo de expansão do capital, os trabalhadores são expostos, continuamente, a relações e condições de trabalho (e também de vida) incertas e

degradantes, afinal, o modo de produção capitalista, em seu movimento de valorização do valor, não comporta condições humanas de trabalho, desumanizando o humano-produtor. Marx (2013, p. 652), aponta que

em seu próprio desenrolar, portanto, o processo capitalista de produção reproduz a cisão entre força de trabalho e condições de trabalho. Com isso, ele reproduz e eterniza as condições de exploração do trabalhador. Ele força continuamente o trabalhador a vender sua força de trabalho para viver e capacita continuamente o capitalista para comprá-la para se enriquecer.

O trabalhador possui apenas a sua força de trabalho, sendo impossibilitado de controlar as condições em que o trabalho ocorre, se sujeitando a vendê-lo como meio de adquirir o necessário à reprodução da mercadoria que vende. Ao ser subsumido ao capital, o trabalho alienado se torna “tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão.” (MARX, 2010c, p. 80). E além dos valores de uso, necessários à satisfação das necessidades humanas, o trabalho subsumido ao capital produz mercadorias imputadas de um caráter fetichista que naturaliza a realidade social e esconde a exploração presente na sociedade do capital. De forma que

não basta que as condições de trabalho apareçam num polo como capital e no outro como pessoas que não têm nada para vender, a não ser sua força de trabalho. Tampouco basta obrigá-las a se venderem voluntariamente. No evoluir da produção capitalista desenvolve-se uma classe de trabalhadores que, por educação, tradição e hábito, reconhece as exigências desse modo de produção como leis naturais e evidentes por si mesmas (MARX, 2013, p. 808).

A produção dos valores de uso está, no capitalismo, subsumida à produção de valor. Marx indica que, se o trabalho em seu caráter universal, é um trabalho concreto, no capital tem um duplo caráter: é trabalho concreto e trabalho abstrato. Trabalho que produz valores de uso, mas também valores. E, em última instância, é necessária ao capitalista a compra da força de trabalho para que sejam produzidos valores e, mais especificamente, mais-valor.

Marx (2013, p. 578) aponta que

a produção capitalista não é apenas produção de mercadoria, mas essencialmente produção de mais-valor. O trabalhador produz não para si, mas para o capital. Não basta, por isso, que ele produza em geral. Ele tem que produzir mais-valor. Só é produtivo o trabalhador que produz mais-valor para o capitalista ou serve à autovalorização do capital.

Sob o ponto de vista do capital, o trabalhador produtor de mais-valor é o trabalhador produtivo, por sua vez, nem todo trabalhador é um trabalhador produtivo, posto que ele pode estar inserido no processo de produção, mas não ser produtor de mais-valor. Sob o ponto de vista do trabalho, trabalhadores - produtivos ou não - necessitam continuamente atender às necessidades do processo de trabalho e de valorização, ou seja, a mercadoria força de trabalho, para ser comprada, necessita ter as qualidades demandadas pelo processo de

produção, o que inclui um determinado grau médio de degeneração de suas condições físico-psíquicas. Em outras palavras, o trabalhador precisa estar em condições de voltar ao trabalho. A manutenção dessa mercadoria, como diria Illich (1975, p. 6-7) recai sobre a medicina e suas disciplinas irmãs que passam a ser “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano”.

Neto (2013, p. 16) aponta que a diferenciação entre trabalho produtivo e improdutivo relaciona-se “à compra de força de trabalho que serve para reprodução do capital, ou seja, está relacionada à venda da força de trabalho para quem detém a propriedade dos meios de produção e dos meios de subsistência”. Marx exemplifica dizendo que

Uma cantora que entoia como um pássaro é um trabalhador improdutivo. Na medida em que vende seu canto, é assalariada ou comerciante. Mas, a mesma cantora, contratada por um empresário (entrepreneur), que a faz cantar para ganhar dinheiro, é um trabalhador produtivo, já que produz diretamente capital. Um mestre-escola que é contratado por outros para valorizar, mediante seu trabalho, o dinheiro do empresário (entrepreneur) da instituição que trafica com o conhecimento (knowledge mongering institution) é trabalhador produtivo (MARX, 1978, p. 76).

Segundo Neto (2013), para Marx, portanto, não é a intermediação do dinheiro que torna um trabalho produtivo ou improdutivo, conquanto existam serviços como os do médico, do advogado, do professor que são comprados pela mediação do dinheiro e que podem não ser produtivos. Por outro lado, a mediação do capitalista, ao fazer com que estes profissionais trabalhem para ele e com isso produzam mais dinheiro, configura-os como trabalhadores produtivos.

Tais análises nos fazem crer, em detrimento de demais discussões no âmbito dos estudos marxianos, que a produção do mais-valor não se vincula, necessariamente, à produção de uma mercadoria a ser consumida somente *pos facto*. E, neste sentido, os trabalhadores do setor de serviços também constituem trabalhadores produtivos na medida em que o valor de uso de sua força de trabalho seja intermediado (e apropriado) pelo capitalista que o coloca a produzir um efeito útil, um valor de uso, mas também valoriza o valor. Como é o caso trabalhado por Marx n’O Capital livro dois, quando se reporta ao setor de transportes “de coisas ou de gente”. O processo de trabalho, no setor de transporte de pessoas, por exemplo, produz um efeito útil que é consumido pelo comprador desse valor de uso no mesmo instante em que ele é produzido. Ressaltamos essa observação para que não se confunda o interesse do capital: a valorização do valor e não a produção de valores de uso. Nesse sentido, toda a atividade humana geradora de efeitos que satisfaçam necessidades - lembramos que necessidades são sempre sociais - estão passíveis de serem subsumidas ao capital.

Nos serviços de saúde, que são o foco do nosso trabalho, o capitalista, em busca da valorização do valor, pode atuar, portanto, comprando força de trabalho e meios de produção; colocar os trabalhadores a identificar e a intervir no processo de saúde-doença daqueles que, para satisfazer determinada necessidade, buscam aquele serviço. E são buscas cada vez mais necessárias, pois, conforme avança o conhecimento sobre o sistema orgânico humano, sua relação com o ambiente e o avanço tecnológico sob os ditames capitalistas, mais os meios de intervir no processo se tornaram monopólio de grupos sociais: os meios de trabalho complexos são monopólio daqueles que querem investir dinheiro na forma de capital, e o saber sobre as causalidades naturais e sociais são monopólio de um grupo especializado de trabalhadores. Essa, portanto, é uma possibilidade posta. O complexo da práxis da saúde pode ser posto diretamente como um meio de valorização do capital. Mas tal possibilidade pode não se realizar frente à obstaculização da moral de uma época. E, na história do capitalismo, esse complexo já foi/é tanto um espaço livre para a expansão capitalista, como dividiu/divide espaço com o Estado que fornece as atividades produtoras desse efeito útil como um bem social.

No caso dos serviços de saúde pública, o Estado, fazendo uso do Fundo Público (fundo resultante do mais-valor produzido pelos trabalhadores e repassado ao estado via impostos) coloca à disposição da classe trabalhadora os meios de trabalho e a força de trabalho “necessária” à intervenção no processo de saúde-doença, e, portanto, nesse caso, tais trabalhadores não são trabalhadores produtivos. Mas Fernandes (2017, p. 83) alerta:

ao levantar os elementos que atestam a presença do capital no setor de serviços como mecanismo de sua valorização, torna-se possível identificar como o setor público, imbuído de uma função social e, portanto, não rentável, vem paulatinamente tendo sua estrutura permeada pela lógica de mercado, ainda que a ação do trabalho nessa esfera não constitua produção de mais-valia.

No Brasil, segundo Lobato (2012), durante a proposta de reorganização do setor saúde, era previsto que o setor privado seria apenas complementar, prestando serviços ao setor público, na forma de contratos, de preferência com os serviços não lucrativos. Entretanto, a autora aponta que, ainda que “(...) tenha prevalecido a defesa da expansão do Estado na regulação e na oferta direta de assistência à saúde, e mesmo com o aumento da participação de serviços públicos próprios depois da Constituição, o setor privado permanece sendo o principal prestador do SUS” (LOBATO, 2012).

Fernandes (2017, p. 84) aponta que

a consolidação das políticas sociais, em especial no que tange à política de saúde, embora seja reivindicação e conquista da classe trabalhadora, surge servindo duplamente para a produção ampliada do capital na medida em que seus serviços,

quando ofertados pelo Estado, cumprem estímulo à indústria a partir da aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais necessários ao atendimento em saúde, e quando prestados pelo setor privado, constituem, de fato, o rol do trabalho produtivo, cuja lógica de performance visa o lucro.

Desta forma, enquanto o Estado burguês se propõe como provedor de serviços úteis à população, ou seja, guiado pelos valores de uso – os quais ainda não são atraentes para o investimento privado, seja pelo alto grau de capital necessário a ser adiantado, seja por ser uma mercadoria que, no embate entre as classes, a moral da época ainda não suporta sua exploração privada –, as empresas, por sua vez, atuam visando à acumulação. Como Marx (2013, p. 263) explica:

na produção de mercadorias, o valor de uso não é, de modo algum, a coisa *qu'on aime pour lui-même* [que se ama por ela mesma]. Aqui, os valores de uso só são produzidos porque e na medida em que são o substrato material, os suportes do valor de troca. E, para nosso capitalista, trata-se de duas coisas. Primeiramente, ele quer produzir um valor de uso que tenha um valor de troca, isto é, um artigo destinado à venda, uma mercadoria. Em segundo lugar, quer produzir uma mercadoria cujo valor seja maior do que a soma do valor das mercadorias requeridas para sua produção, os meios de produção e a força de trabalho, para cuja compra ele adiantou seu dinheiro no mercado. Ele quer produzir não só um valor de uso, mas uma mercadoria; não só valor de uso, mas valor, e não só valor, mas também mais-valor.

Portanto, com o desenvolvimento tecnológico, a assistência às enfermidades torna-se um modo de geração de Capital, não só pela regeneração da capacidade laboral, mas também pensando que a própria assistência à saúde torna-se um complexo de investimentos em recursos humanos, materiais e tecnológicos (PALHARES; CUNHA; 2014). A falta de um acesso público e gratuito à saúde de qualidade, além de possibilitar a expansão da saúde suplementar privada, também acaba sendo subterfúgio para a inserção de mediadores entre o acesso à saúde pública e os indivíduos. Tais mediações podem se dar, por exemplo, na forma do repasse da gestão de serviços de saúde públicos às instituições intituladas como Organizações Sociais, sendo estas formas particulares de arranjos que capitalistas privados utilizam para mediar e/ou efetivar o processo de valorização, de onde não podemos excluir a recente criação da Ebserh.

Assim, quando o Estado transfere ao capital personificado a incumbência por produzir bens e serviços, expande as possibilidades de produção do mais-valor, seja pela predominância dos valores de troca sobre os valores de uso, seja por transferir o fundo público (resultado não só dos tributos recolhidos diretamente do trabalhador como também mediados pelos capitalistas a partir da extração do mais-valor) para financiar os empreendimentos privados-empresariais, mesmo que sob a roupagem de programas sociais.

Nessa perspectiva de observação sobre a particularidade do processo saúde-doença no capitalismo, como indica Souza (2016, p. 350),

a luta de classes ganha relevo para as práxis particulares, uma vez que se apresenta como campo universal no qual se constituem, direta ou indiretamente, outras lutas específicas. É o caso das lutas por saúde, especialmente problematizadas, do ponto de vista teórico e político, pela medicina social latino-americana e pela saúde coletiva. Autores como Teixeira (1989) e Berlinguer, Teixeira e Campos (1988) discutem as lutas e a Reforma Sanitária no Brasil e na Itália, ressaltando um contexto no qual política e academicamente foi preciso conceber a saúde em parâmetros distintos dos vigentes, bem como reconhecer que as lutas sociais, em especial com a participação da classe trabalhadora, consistem no elemento-chave para mudanças. As contribuições desses autores são importantes para a construção de uma perspectiva contra-hegemônica na saúde, ainda que tenham se limitado às transformações no interior do próprio capitalismo. No plano ontometodológico, então, conceber a saúde como processo social objetivo – e, indo mais além, como práxis – implica uma concatenação da qual a luta de classes é o elemento dinamizador por excelência.

Portanto, ao abordar saúde-doença, não se trata de afirmar um completo bem estar físico e psíquico de forma abstrata como faz a Organização Mundial da Saúde, mas de considerar a objetividade do ser orgânico e como o ser social que nós constituímos pode ser um limitador do desenvolvimento do primeiro. Trata-se, portanto, de refletir sobre essa relação recíproca: ser orgânico-ser social-ser orgânico numa perspectiva da saúde humana, do qual o adoecimento pode também vir a ser uma degeneração saudável.

2 OS ANTECEDENTES E AS POSSIBILIDADES PARA A CRIAÇÃO DA EBSERH

Como dito na introdução deste texto, ao nos debruçarmos sobre as relações e condições de trabalho no Hospital Universitário, percebemos que necessitamos aprender outros elementos dessa realidade, e, nesse sentido, dois momentos da história brasileira recente precisam ser retomados para que consigamos compreender alguns desdobramentos que influenciaram e possibilitaram a criação da Ebserh. São eles: a Constituição Federal de 1988 (CF 88) e a Reforma Gerencial de Estado de 1995, que contemplam, respectivamente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a desvinculação da saúde como serviço exclusivo do Estado. Compreendemos que, mesmo antes da Reforma Gerencial de 1995, já era possível a atuação do setor privado em determinadas áreas; entretanto, após a desvinculação dos serviços não-exclusivos ao Estado, vemos que tal possibilidade se expande.

Souza Filho e Paço Cunha (2017, p. 136), ao discutirem sobre ambos os momentos, apresentam que houve, no período da redemocratização brasileira, uma abertura à “possibilidade de maior incorporação de demandas populares na estrutura de poder”, ainda que em um contexto influenciado pelo pensamento neoliberal – que se direcionava à internacionalização da economia e à crítica ao Estado interventor na área social –, o que expressou certa resistência à adesão imediata a tal ideário (SOUZA FILHO; PAÇO CUNHA, 2017).

De acordo com os autores, a Constituição Federal de 1988 é emblemática como representação da resistência nacional que se fazia presente no Brasil da década de 1980, entretanto, eles enfatizam que

essa resistência foi relativa por se apoiar em uma peça constitucional de menor potência do que os interesses materiais dominantes. Em termos práticos, a letra é morta em condições de forças desfavoráveis e sem as mediações de sua efetivação. E esse é caso da miséria brasileira recente (SOUZA FILHO; PAÇO CUNHA, 2017, p. 136).

Souza Filho e Paço Cunha (2017, p. 136) apontam ainda que a universalização e o aprofundamento de direitos de cidadania que figuram, na Constituição Federal de 1988, como um dever do Estado, mostram “um caminho democrático a ser seguido do ponto de vista político e institucional, portanto, relativamente dissonante à hegemonia internacional”. Assim, buscava-se para o Brasil a articulação de um projeto que agregasse as demandas da classe trabalhadora e de camadas subalternas ao desenvolvimento econômico e social (SOUZA FILHO; PAÇO CUNHA, 2017). Entretanto,

a situação econômica do país não melhora no contexto imediatamente pós-constituição e, a partir do início dos anos 1990, um novo consenso entre as forças

conservadoras foi se constituindo em torno da ideia da inexorabilidade de, mais uma vez, dar continuidade à inserção subordinada do país ao capital internacional, porém, agora, no contexto capitalista hegemônico pelo mundo das finanças. As forças tradicionais foram rearticuladas, lideradas pela aliança político partidária entre o PSDB e o PFL, e convencidas de que, nas novas condições da economia internacional, era necessário, para manter o pacto de dominação conservador, que houvesse uma mudança de estratégia em relação ao papel do Estado na sociedade (SOUZA FILHO; PAÇO CUNHA, 2017, p. 136).

Assim, em nome da manutenção do pacto de dominação conservador, foi efetivada a Reforma Gerencial de Estado, retroagindo, de acordo com Souza Filho e Paço Cunha (2017, p. 136), “ao impulso - ainda que frágil - da nova letra constitucional”.

Considerando estas articulações, veremos a seguir, em uma exposição didaticamente separada de assuntos interligados, como tais momentos se apresentam no movimento histórico que antecedeu e possibilitou a criação da Ebserh. Nosso enfoque, levando em consideração os objetivos deste trabalho, se deu, principalmente, nas transformações que ocorreram na área da saúde.

2.1 Os antecedentes: a Constituição Federal de 1988 e o SUS

A história dos cuidados com a saúde no Brasil, segundo Carvalho (2013), tem lastro na filantropia, principalmente vinculada à religião. Segundo o autor, os atendimentos aos doentes eram realizados por médicos e instituições filantrópicas, e, de maneira paralela, ficavam a cargo do Estado ações de saúde diante de epidemias, como o saneamento do Rio de Janeiro e a campanha de vacinação contra a varíola, que ocorreram no final do século XIX e início do século XX (CARVALHO, 2013). Afinal, a dizimação de populações inteiras nem sempre é interessante ao capital, ainda mais quando ela não é movida pela indústria bélica.

Datam da década de 1920 políticas no campo da assistência médica com a legislação que contempla a seguridade social, caracterizada como fundos criados pelas empresas por meio da contribuição de empregados e empregadores que garantiriam serviços médicos, aposentadorias e pensões (LOBATO, 2012). Carvalho (2013, p. 7) chama a atenção que, com a Lei Elói Chaves, de 1923, “a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS”.

Na década seguinte, houve uma ampliação do modelo de seguridade social, que passou a se organizar por categorias profissionais tendo a inclusão do Estado como financiador junto aos empregados e empregadores, consolidando assim “(...) um modelo estratificado e

excludente de direitos sociais” (LOBATO, 2012, p. 66) que não abarcava os segmentos não incluídos no mercado formal, composto pela maior parte da população (LOBATO, 2012). Baiano (2000) observa que houve uma seleção de grupos sociais para serem incorporados aos cuidados médicos levando em consideração sua importância econômica. No Brasil, por exemplo, os primeiros sistemas de seguridade social e assistência médica incluíam apenas os marítimos e ferroviários, que eram imprescindíveis para a exportação do início do século passado (BAIANO, 2000). O autor apresenta ainda que, com o desenvolvimento da economia, outros grupos de trabalhadores foram sendo incorporados, principalmente aqueles importantes para o desenvolvimento industrial, e que tal processo ampliou-se até o momento em que abarcou todos os trabalhadores com carteira assinada (BAIANO, 2000).

De acordo com Lobato (2012), em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que ficou responsável pela atenção preventiva em saúde, mas “(...) com uma atuação descontínua, estruturada em múltiplos serviços e departamentos. Na assistência médica, esse ministério assume apenas a criação e manutenção de hospitais para enfermidades crônicas” (LOBATO, 2012, p. 66). Até a década de 1960, permanece o sistema de saúde dividido em seguridade social, Ministério da Saúde e setor privado voluntário, vindo a se transformar novamente após a implantação do regime militar em 1964, quando “novas categorias profissionais são incluídas na seguridade social, que se expande através da contratação de serviços ao setor privado. Contudo, mantém-se a lógica de segmentação da clientela, com benefícios e serviços diferenciados” (LOBATO, 2012, p. 67). Tal reorientação, segundo Lobato (2012), assume um formato particular em termos institucionais devido à centralização dos processos decisórios e expansão desordenada do aparato burocrático vistos durante o regime ditatorial. Um marco importante relacionado à década de 1960 é a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada ao final de 1963 e que se efetivou em torno das propostas por um sistema de saúde para todos e organizado descentralizadamente, propostas estas que foram sepultadas pelo início da ditadura militar, em março do ano seguinte (CARVALHO, 2013).

Já nos idos dos anos 1970, de acordo com Lobato (2012), o modelo de atenção à saúde do país será alvo de críticas no processo de transição para a democracia. Em especial, a crise econômica, que enfraquecia o regime militar e culminava no “(...) agravamento das condições sociais e de saúde, a alta inflação com perda progressiva da capacidade de compra e o achatamento salarial [que] fizeram ressurgir os movimentos sociais e operários” (LOBATO, 2012, p. 71), era o movimento de reorganização da sociedade civil para reivindicar a democracia e melhorias nas condições de vida (LOBATO, 2012). Segundo Carvalho (2013, p. 8), gestava-se, nos porões da ditadura,

um sistema de saúde que tinha como objetivo colocar a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado. Essa organização em defesa de um sistema público de saúde com integralidade e universalidade acontecia em pleno regime autoritário, mas sempre na perspectiva de sua superação.

Neste contexto, onde o sistema de seguridade social via-se em crise, houve, da parte de sanitaristas, intelectuais e profissionais da saúde, proposições de reformulação do sistema, em um movimento chamado de ‘movimento sanitário’ (SCOREL, 1999 *apud* LOBATO, 2012). Segundo Romero (2008), o movimento, que visava uma ampla reforma sanitária no país, iniciado no final da década de 1970 no contexto do processo de redemocratização, “objetivava reverter o quadro de inadequação e perversidade do sistema de saúde vigente, constituído ao longo de quase um século e consolidado no período da ditadura militar” (ROMERO, 2008, p. 2).

De acordo com Lobato (2012), este movimento, com adeptos da burocracia pública, das universidades, dos partidos e dos movimentos sociais, viria a ter papel fundamental na formulação e na defesa de um novo sistema de saúde. A proposta que o regia tinha como ideia central que a garantia à saúde deveria corresponder à construção de uma sociedade democrática, sendo que tal “(...) premissa fundamentaria o conjunto de princípios e diretrizes que passariam a denominar a ‘reforma sanitária brasileira’” (LOBATO, 2012, p. 72).

A Reforma Sanitária Brasileira tinha como horizonte objetivos que fossem além de uma reforma apenas setorial, almejando servir aos movimentos que buscavam a democracia e a constituição da cidadania no país (ENSP, sem data). Souza (2014, p. 11) aponta que “nunca é demais reafirmar que as lutas sociais por saúde no Brasil sofreram a influência dos movimentos e dos contextos sócio-político e econômico, mas também influenciaram, em vários momentos, a construção social e política do Estado Brasileiro”.

Um dos marcos da Reforma Sanitária Brasileira foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Segundo Paiva e Teixeira (2014), foi nesta ocasião em que foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento, que consistiam na formação de um sistema único, baseado no fortalecimento do setor público, na expansão da cobertura a todos os cidadãos e na integração da medicina previdenciária à saúde pública.

Podemos dizer que a Reforma Sanitária Brasileira encontrou sua definição legal na Constituição Federal de 1988 (LOBATO, 2012), onde a saúde (nos moldes do que rege a Organização Mundial de Saúde) encontra-se como um “(..) direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e

de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Percebemos desta forma que a inserção da questão da saúde pública na Constituição Federal de 1988 se apresenta como resultado de um movimento de resistência, incorporando, segundo Paim (2013, p. 1928), “(...) uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência”, de maneira que, ao assimilar

proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

2.1.1 O Sistema Único de Saúde

De acordo com o artigo 6º da Constituição Federal de 1988, em sua última redação nos moldes da Emenda Constitucional nº 90 de 15 de setembro de 2015, "são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, 2015).

Em seção específica que trata da saúde, a Constituição Federal de 1988 apresenta os seguintes artigos:

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988)

E o artigo 200 (BRASIL, 1988) dispõe acerca de atribuições do Sistema Único de Saúde, como

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico

e a inovação;
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS se baseia em pressupostos como a universalidade, a integralidade, a descentralização, o controle social e a equidade. O pressuposto da universalidade “significa que o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo” (BRASIL, 2005, p. 246). A integralidade “garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.”, assim como “(...) também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2005, p. 129). O princípio da descentralização diz respeito ao “(...) processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios” (BRASIL, 2005, p. 76). O controle social se refere a “(...) um mecanismo institucionalizado pelo qual se procura garantir a participação e o controle social, com representatividade, no âmbito da Saúde. (...) Deve ser uma prática que permeia todas as ações e serviços de Saúde” (BRASIL, 2005, p. 70). Por último, o princípio da equidade, que preconiza a “igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos”, de forma que é responsabilidade do SUS “(...) disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário” (BRASIL, 2005, p. 90).

Durante o processo de reforma sanitária e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal de 1988, o setor privado autônomo em saúde também se expandiu no Brasil, que passou a ter uma configuração híbrida neste sentido (LOBATO, 2012). Segundo Lobato (2012), tal configuração resultou das disposições da Constituição que eram orientadas tanto a um sistema público universal quanto a um sistema suplementar de planos privados. Dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) de dezembro de 2016 apontam que 25,4% da população brasileira têm plano de saúde suplementar e que a maior parte dessas pessoas estão concentradas nas regiões Sul e Sudeste, ou seja, nas regiões mais ricas do país. Este fato corrobora a fala de Benvenuti (2012), de que um sistema que foi criado para ser universal, de qualidade e único, não cumpre nenhum desses objetivos, sendo destinado, principalmente àqueles que não têm condições de pagar por um plano privado. É

importante pontuar também que um dos principais problemas do sistema público de saúde no Brasil é o subfinanciamento, no qual a participação governamental nos gastos do setor de saúde público universal é inferior aos gastos do setor privado (LOBATO, 2012). Neste sentido, percebemos que, no Brasil, o serviço de saúde público mostra-se ineficiente, subfinanciado e de baixa qualidade, tendo nestas características um ótimo artifício para a participação cada vez maior do setor privado na saúde.

Entretanto, conforme Paiva e Teixeira (2014, p. 25-26),

após a aprovação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde (1990), profundas mudanças econômicas, políticas e na esfera pública viriam a ocorrer. Em meio à crise econômica do governo Sarney e dos que o sucederam, desfez-se o otimismo de uma rápida e radical transformação do sistema de saúde, então expresso em nossa carta constitucional. Às dificuldades em colocar em prática ações transformadoras que entravam em choque com interesses econômicos de grupos altamente organizados somava-se a complexidade do desafio representado pela implementação de um sistema único de saúde em um país com grandes disparidades regionais.

Importante pontuarmos que, desde a criação do SUS, organismos financeiros estrangeiros, como o Banco Mundial, têm demonstrado interesse no setor de saúde brasileiro, especialmente no que tange às responsabilidades do Estado e à gestão pública (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Neste sentido, a concretização das premissas do SUS resvala nas estratégias neoliberais de enfrentamento da crise, das quais podemos citar o processo de reforma gerencial de Estado. Assim, se antes, já existia um indicativo de participação privada no sistema público, com a desresponsabilização objetivada pela reforma este cenário se amplia, estabelecendo, assim, mais uma forma de avanço das iniciativas privadas nos serviços públicos de saúde.

2.2 As possibilidades: a saúde na Reforma Gerencial de Estado de 1995

Em termos globais, as reformas gerenciais ocorridas no mundo a partir da década de 1980, segundo Bresser-Pereira (1999), idealizador da reforma no contexto brasileiro, se sustentaram na percepção de que a crise fiscal que ocorria no Estado tinha como uma de suas razões a ineficiência estrutural da administração pública burocrática. Entretanto, Antunes (2009) aponta que a crise que acabou por gerar tais reformas era uma crise estrutural do capital, na qual se destacava a propensão de decréscimo da taxa de lucro, que se deu pela redução dos níveis de produtividade do capital ocasionado pelo “(...) aumento do preço da força de trabalho, conquistado durante o período pós-45 e pela intensificação das lutas sociais dos anos 60, que objetivavam o controle social da produção” (ANTUNES, 2009, p. 32).

Ainda segundo o autor, tal crise também era manifestação “(...) tanto do sentido destrutivo da lógica do capital, presente na intensificação da lei de tendência decrescente do valor de uso das mercadorias, quanto da incontornabilidade do sistema de metabolismo social do capital” (ANTUNES, 2009, p. 33).

Em resposta à crise, houve um processo de reorganização do capital e também de seu sistema de dominação, tanto ideológico quanto político, “(...) cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal” (ANTUNES, 2009, p. 33). A corrida pela retomada das taxas de lucro ocasionou uma reversão no fluxo dos fundos públicos, que passaram “a servir quase exclusivamente às necessidades de acumulação do capital, em particular para o capital financeiro através da dívida pública dos Estados”, de maneira que “o Estado reduz o financiamento público de políticas sociais para os trabalhadores, reduzindo o campo dos direitos sociais” (CISLAGHI, 2011, p. 57).

A reforma gerencial de Estado, no Brasil, culmina deste contexto de crise econômica mundial e de expansão do capital quando proposições de que “(...) o crescimento econômico e a consolidação da democracia exigiriam, por um lado, a redução da intervenção estatal e dos gastos públicos e, por outro, o fortalecimento do mercado e da sociedade civil” (CONTREIRAS; MALTA, 2015, p. 286), e se sustenta na redefinição do papel do Estado, “(...) que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (BRASIL, 1997. p. 9). O marco institucional, no Brasil, da onda de reformas de Estado, foi a criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), em 1995, sintetizado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) que diagnosticou a administração burocrática como ineficiente e prescreveu estratégias para diferentes setores do Estado (CONTREIRAS; MALTA, 2015).

Conforme Bresser-Pereira (1999), em busca da eficiência e do fortalecimento do Estado, a reforma gerencial compreendeu três dimensões: a dimensão institucional-legal, a de gestão e a cultural. O objetivo da dimensão institucional-legal era descentralizar a estrutura organizacional do aparelho de Estado, por meio da criação de agências executivas, regulatórias e as Organizações Sociais. A dimensão gestão buscava o aumento da autonomia e a introdução de novas formas de responsabilização dos gestores, em substituição à administração burocrática. Por fim, a dimensão cultural tinha como objetivo a mudança de mentalidade para atingir uma confiança maior, que é própria da administração gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1999).

Fomentador da reforma, o PDRAE discrimina os seguintes setores estatais: o núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não-exclusivos e a produção de bens e serviços para o mercado (BRASIL, 1997). Em consonância com o processo de descentralização objetivado pela reforma, está a distinção entre as atividades exclusivas e os serviços não-exclusivos do Estado. Segundo Brasil (1997), dentre as atividades exclusivas estavam os serviços que só poderiam ser realizados pelo Estado, os quais exercem os poderes de regulamentação, fomento e fiscalização. Já os serviços não-exclusivos compreenderiam atividades nas quais o Estado age simultaneamente a outras organizações, sejam estas públicas não-estatais ou privadas. Desta forma, como estratégia para a execução das atividades ditas não-exclusivas, foram instituídas alianças entre o Estado e a sociedade, objetivando atenuar disfunções operacionais daquele e a maximizar os resultados das ações sociais, transpondo, ao terceiro setor, atividades que eram anteriormente estatais (BRASIL, 1997).

Gomes (2014) apresenta que a nova legislação modificou substancialmente a gestão do SUS quando possibilitou a redução da participação direta do Estado nos serviços de saúde e incentivou a atuação da iniciativa privada na área.

2.2.1 As Organizações Sociais e sua inserção no setor saúde

A distinção ocasionada pela reforma entre os serviços exclusivos e não-exclusivos do Estado culminou na criação, por meio da Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, que posteriormente regulamentou-se como Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, das Organizações Sociais, para os setores de saúde, ensino, ciência, tecnologia, meio ambiente e cultura. Segundo esta lei, o poder executivo pode 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, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei (BRASIL, 1998).

Para formalizar o compromisso entre o Estado e as Organizações Sociais, é firmado um contrato de gestão, cuja finalidade é “contribuir ou reforçar o atingimento de objetivos de políticas públicas, mediante o desenvolvimento de um programa de melhoria de gestão, com vistas a atingir uma superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão” (BRASIL, 1997, p. 36). Tal contrato especifica metas, indicadores, obrigações, responsabilidades, recursos, mecanismos de avaliação e penalidades.

Ao contratante (Poder Público), “o contrato de gestão é um instrumento de implementação, supervisão e avaliação de políticas públicas, de forma descentralizada, racionalizada e autonomizada, na medida em que vincula recursos ao atingimento de finalidades públicas” (BRASIL, 1997, p. 36). Às contratadas (Organizações Sociais), “o contrato de gestão se coloca como um instrumento de gestão estratégica, na medida em que direciona a ação organizacional, assim como a melhoria da gestão, aos cidadãos/clientes beneficiários de determinadas políticas públicas” (BRASIL, 1997, p. 36).

Considerando o setor de saúde, Alves et al. (2015) apontam que o processo de reforma do Estado afeta a Política Nacional de Saúde em várias dimensões, o que dificulta a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia de suas premissas, quais sejam, a garantia do acesso universal e a integralidade no atendimento. Gomes (2014) aclara que, com este instrumento normativo, é possibilitado às instituições privadas o recebimento de recursos orçamentários, bens, equipamentos e servidores públicos para que possam prestar serviços pelo SUS. Segundo o autor, esta transferência de recursos públicos ao setor privado viola o dispositivo constitucional que prevê a atuação privada no SUS apenas como complementar (GOMES, 2014).

Os termos deste contrato de gestão incitam a discussão acerca da lógica de produtividade, obtenção de metas e busca por resultados, que despontam à gestão exercida pelas Organizações Sociais. O estudo de Barbosa (2010) sinaliza que a gestão de serviços de saúde que tem como base as Organizações Sociais operam dentro de uma lógica mais próxima da de mercado, caracterizando-se pela flexibilização nas formas de seleção, contratação, remuneração e de progressão funcional. O autor afirma ainda que, apesar de existirem questionamentos acerca da legalidade deste modelo, o mesmo se expande no país, fazendo com que trabalhadoras/es e usuários reflitam sobre os limites entre público e privado no setor saúde, incluindo as vantagens e desvantagens sobre o processo de flexibilização da gestão do trabalho e os riscos da precarização de vínculos, já observados em outras estratégias do governo tendo como foco este setor (BARBOSA, 2010).

Junior (2003) apresenta que, em São Paulo, 10% da verba de alguns hospitais sob contrato de gestão passaram a ser condicionadas ao cumprimento de metas pré-estabelecidas. Tal lógica pode contribuir sobremaneira para a intensificação do trabalho e degradação das condições em que ele ocorre. Sobretudo, consideramos importante pontuar a complexidade de transferir (e incentivar a transferência) de organizações que, teoricamente, tem objetivos solidários, para uma lógica de mercado. Costa (1998) problematiza a complexidade de organizações que, embora inseridas no dito terceiro setor, não foram criadas com uma

inclinação ao auxílio desinteressado à população e, por vezes, se organizam desta forma para obter facilidades junto ao governo.

Vale salientar ainda que alguns estudos sobre Organizações Sociais fazem referência à falta de controle social e transparência e aos critérios duvidosos para a concretização da seleção de uma Organização Social (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; CONTREIRAS; MATTA, 2015), que levantam dúvidas acerca da legitimidade do processo, da qualidade do atendimento à população e do uso das verbas públicas. Um outro aspecto bastante criticado em relação às Organizações Sociais são as contratações por dispensa de licitação. Auditorias apontam falta de controle dos valores destinados às Organizações Sociais e a subcontratação de empresas privadas para atuação dentro das organizações (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

De acordo com Andreazzi e Bravo (2014), as definições sobre contratação, qualquer que seja a forma de vínculo, é decisão exclusiva da Organização Social. Esta prática flexibiliza as relações de trabalho e vai na contramão do regime jurídico dos funcionários públicos, o que condiciona em aumento no índice de rotatividade (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Em estudo sobre as Organizações Sociais presentes no setor da saúde do estado de São Paulo, Contreiras e Matta (2015) verificaram que a maior parte das organizações analisadas eram geridas por grandes conglomerados e que cinco destas entidades figuravam entre as dez maiores empresas do país no setor de serviços médicos. Neste sentido, os autores consideram que

[...] mais do que um campo de desinteressada filantropia ou a representação de uma difusa e auto-organizada sociedade civil, o terceiro setor é um campo de fortíssima atividade econômica. Se não gera lucros diretamente, gera receita, superávit, expansão, concentração e poder – e, com isto, interesses particulares. Portanto, a fragilidade regulatória da administração municipal, em uma perspectiva política pode também ser entendida como resultado de sua permeabilidade ao interesse privado em um contexto de oposição atenuada (CONTREIRAS; MATTA, p. 295).

Correia e Omena (2013) afirmam que está em curso, no país, um processo de mercantilização e privatização da saúde que conta com o apoio do Estado. Tal processo se dá por meio da compra de serviços de saúde privados e do repasse da gestão do SUS a entidades privadas e/ou de direito privado, como as Organizações Sociais. Tais reformulações se dão com o objetivo de diminuir os gastos públicos, mas as autoras apontam que isso é um engodo pois há um aumento progressivo dos repasses de recursos públicos destinados às Organizações Sociais (CORREIA; OMENA, 2013).

3 A CRISE DA SAÚDE PÚBLICA E OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: A FORMAÇÃO DO PROBLEMA

Vimos, no capítulo anterior, como a formação do SUS, enquanto direito universal e dever do Estado, foi fruto da luta de movimentos sociais e efetivado na Constituição Federal de 1988. Entretanto, mesmo após todas as transformações no sistema de saúde no Brasil, os princípios e diretrizes previstos pela Constituição Federal de 1988 não foram alcançados plenamente (LOBATO, 2012), pois, como aponta Romero (2008, p. 14),

Como projeto de um sistema de saúde público e universal, que pressupunha ampliar a atuação estatal, a implementação do SUS esbarrou em um processo de desestatização e redefinição do papel do Estado mais como regulador do que prestador de serviço; precisando de uma ação estatal efetiva, teve de fazer frente à flexibilização da gestão pública e a uma drástica redução dos quadros de pessoal desse setor. Quando era esperado um aumento dos investimentos governamentais na ampliação e melhoria das redes públicas de serviços, encontrou a contração dos gastos para o financiamento de políticas sociais e a ampliação da abertura do setor ao mundo empresarial.

Lobato (2012) pontua que um dos principais problemas do sistema público de saúde no Brasil é o subfinanciamento, em que a participação governamental nos gastos do setor de saúde público universal é inferior aos gastos do setor privado. Mendes (2016, p. 7) faz uma análise da crise atual do capitalismo e sua relação com a saúde no Brasil, mostrando-nos que a mesma reverberou na “(...) financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização”. O autor nos aponta que, nos últimos 30 anos, os problemas do financiamento da saúde no Brasil foram explicitados por meio de montantes insuficientes e indefinidos, e nos explica que, mesmo com a Lei Complementar nº 141, sancionada com objetivo de dispor sobre valores a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012), não houve garantia de novos recursos financeiros destinados à saúde universal (MENDES, 2016).

Mendes (2016) continua desvelando a baixa vinculação de recursos para a saúde pública brasileira, que se mostra insuficiente para ser universal e garantir o atendimento em sua integralidade. O autor também expõe a questão do subfinanciamento histórico do SUS, em que recursos que, por lei, deveriam ser repassados ao sistema, não cumprem este propósito (MENDES, 2016). Segundo o autor,

para enfrentar o subfinanciamento estrutural do SUS é necessário defender a rejeição da política econômica conhecida como o famoso tripé econômico – juros altos/metras de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde. Essa política vem sendo adotada pelo governo federal desde 1995, em consonância com as prioridades dos arautos do capital financeiro, a fim de garantir a valorização de seu capital frente à crise.

Para enfrentar a fragilidade do financiamento do SUS nesse contexto da fase de acumulação financeira do capitalismo e sua crise deve-se defender a mudança dessa política econômica que prioriza o pagamento de juros da dívida pública – forma de financeirização do orçamento público. Para se ter uma ideia, em 2014, o Orçamento executado do Governo Federal foi de R\$ 2,2 trilhões, sendo que o pagamento para juros e amortizações da dívida correspondeu a 45,1% do seu total, enquanto para a saúde foi alocado apenas 4,0% (MENDES, 2016, p. 8).

Outras duas medidas apoiadas pelo governo federal no ano de 2015 tiveram impacto prejudicial no subfinanciamento do SUS. A primeira diz respeito à permissão de exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde brasileiros, contemplando que “(...) empresas e capitais estrangeiros poderão instalar, operar ou explorar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas”, além de atuarem “(...) em ações e pesquisas de planejamento familiar, e serviços de saúde exclusivos para atendimento de funcionários de empresas” (MENDES, 2016, p. 8). É importante pontuar que, já em 1998, houve abertura para a entrada do capital estrangeiro no país a partir da lei que regulamenta os planos de saúde (MENDES, 2016). Com relação à segunda medida efetivada no ano de 2015, houve, por meio de emenda constitucional, a modificação da base de cálculo para o financiamento federal a saúde, reduzindo o nível de gastos com o setor.

Mendes (2016, p. 10) afirma que

parece que o governo federal vem funcionando bastante sintonizado à lógica da dinâmica do capitalismo contemporâneo e sua crise, em que a prioridade do gasto público vincula-se muito mais aos interesses de apropriação do capital financeiro no orçamento público, do que à alocação de recursos para a política pública de saúde universal. Essa ideia é sustentada pelos argumentos do governo federal quando questionado sobre o porquê de não investir maior magnitude de recursos na política de saúde. Sua contestação sempre se refere à insuficiência de fonte específica para tanto.

Entretanto, ainda segundo o autor, o Orçamento da Seguridade Social (OSS), que é formado pela saúde, previdência e assistência social, demonstra superávits há vários anos. O que acontece é que,

como forma de seguir a lógica de apropriação do capital financeiro sobre o fundo público nessa fase contemporânea do capitalismo, grande parte desse superávit vem sendo transferido para o pagamento de juros da dívida, em respeito (...) à política de manutenção do superávit primário e corte dos gastos das políticas de direitos sociais, como a saúde (MENDES, 2016, p. 10).

De maneira mais recente, no final de 2016, foi aprovada uma proposta de emenda constitucional, a ‘PEC do teto dos gastos públicos’ que prevê o congelamento dos gastos com a saúde e a educação no Brasil pelos próximos 20 anos. Esta proposição buscou se justificar por meio do discurso de que os gastos primários do governo seriam os responsáveis pelos déficits das contas públicas. Em adendo, foi sugerido pelo ministro da saúde do país, Ricardo

Barros, a formação de planos de saúde populares, com o objetivo de aliviar os gastos com o SUS. Ainda que consideremos outras questões como a suposta ineficiência de gestão, não há como negar que não estão na agenda de prioridades do governo os investimentos com a saúde pública. É possível perceber, desta forma, os avanços do capital sob a saúde e evidenciar a precarização da saúde pública no país.

3.1 As peculiaridades de um Hospital Universitário e seu desmonte

Um dos serviços que compõem a rede SUS são os hospitais universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, conforme o artigo 45 da Lei 8080/90, que apresenta que

os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

Os hospitais universitários, vinculados às instituições federais de ensino têm como finalidade exercer, por meio da assistência à saúde, o ensino, a pesquisa e a extensão (SODRÉ et al. 2013). Segundo Médici (2001, p. 149-150),

a concepção tradicional define um hospital universitário (HU) como uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) por prover treinamento universitário na área de saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

No Brasil, a partir da década de 1990, todos os serviços realizados em tais hospitais foram vinculados à remuneração via Sistema Único de Saúde (REIS; CECÍLIO, 2009). Este marco também contribui com a exacerbação dos problemas de financiamento destes hospitais, visto o enxugamento de repasses para as áreas sociais a partir dos anos 1990 (OLIVEIRA, 2014). Por seu turno, Palhares e Cunha (2014, p. 128) apontam que

os HUs são grandes consumidores de recursos financeiros, o que condiz com a múltipla natureza de seus propósitos: atendimento ao público, formação de recursos humanos, pesquisa, procedimentos de alta complexidade. O montante neles aplicado é considerável, e ainda assim é insuficiente para cobrir as despesas. No geral, tais hospitais ultrapassam o teto de repasses pelo SUS, atendendo a muito mais pacientes do que efetivamente são pagos. Por serem centros formadores de profissionais da saúde e por aglutinarem pessoal qualificado, terminam por estar no centro de debates quanto a seu papel e seu financiamento. De todo modo, embora os HUs prestem serviços ao SUS, não lhes cabe por princípio a gerência do SUS, a qual é, idealmente, de responsabilidade dos municípios. Os HUs representam um acréscimo, uma retaguarda ao sistema.

Merece destaque a peculiaridade de serem hospitais vinculados tanto ao Ministério da Educação (MEC), quanto ao Ministério da Saúde (MS). Segundo Sodré et al. (2013), em linhas gerais, o primeiro é responsável pela despesa de pessoal, e o segundo, pelos valores repassados mediante metas (quantitativas e qualitativas) acordadas com o governo federal e estadual. Tal peculiaridade reflete um movimento de ‘não-responsabilização’, via Ministérios, de aspectos relacionados às questões assistenciais, de maneira que o Ministério da Saúde se exime da responsabilidade pela mão de obra relacionada à assistência e o MEC desconsidera a assistência como sendo de sua responsabilidade (SODRÉ et al, 2013).

E, em meio a este jogo de (ir)responsabilidades, estes hospitais “apresentam quadros de servidores insuficientes, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade”, de maneira que tal “conjuntura tem implicado fechamento de leitos e serviços, bem como em contratações de mão de obra terceirizada” (SODRÉ et al, 2013). Este cenário culmina na precarização das relações de trabalho, rotatividade, ineficiência dos serviços e consequente precariedade das instituições, assim como em conflitos entre os próprios trabalhadores (SODRÉ et al, 2013).

Médici (2001), em diagnóstico realizado tendo em conta as informações de um seminário organizado pela Organização Mundial da Saúde sobre os hospitais universitários, conclui, seguindo a lógica argumentativa do organismo, que estes são caros e, muitas vezes, dispensáveis, apresentando propostas de reestruturação dos mesmos e afirmando que

a tendência, portanto, é que se mantenham sendo custeados pelo setor público, com boa parte dos serviços prestados de forma gratuita ou subsidiada. Mesmo assim, deveriam envidar esforços para ter informação financeira relacionada aos custos, além de buscar fontes alternativas de financiamento para a atenção médica de forma separada das distintas funções adicionais (ensino e pesquisa) que os diferenciam dos demais hospitais. Em outras palavras, os HU deveriam ser unidades de venda ou asseguramento de serviços de alta tecnologia em saúde para o Governo, os planos de saúde e as pessoas físicas e jurídicas, especialmente nas atividades onde funcionam como centro de referência ou são monopolistas na oferta dos serviços. Esta deveria ser a maneira pela qual poderiam financiar em parte seus orçamentos, de forma complementar às funções de ensino e pesquisa, as quais poderiam ser remuneradas através de outras formas de relacionamento com o setor público ou privado. As próprias universidades ou faculdades de medicina deveriam ser encaradas como “clientes” dos HU e não como órgãos controladores ou gestores dos mesmos (MÉDICI, 2011, p. 154).

No Brasil, as iniciativas para a reestruturação dos hospitais universitários vêm sendo capitaneadas pelo Banco Mundial que se propõe, inclusive, a financiá-las (CISLAGHI, 2011). Cislighi (2011) aponta que houve, em 2010, reunião em Brasília com participação dos Ministérios do Planejamento, da Saúde e da Educação, dos gestores dos 46 hospitais universitários federais, além do Banco Mundial e representantes da Espanha, Portugal e

Estados Unidos, que vieram apresentar seus modelos. Na ocasião, foram considerados modelos exemplares as experiências com as Organizações Sociais em São Paulo e o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (CISLAGHI, 2011).

Modelos exemplares sob qual perspectiva? Cabe destacar, como pontuamos anteriormente, que o modelo de gestão preconizado pelas Organizações Sociais atua na precarização das relações e condições de trabalho, incorporando um movimento de mercantilização da saúde, no qual, conforme Druck (2016), são transferidos recursos públicos para instituições e empresas privadas. Já o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, empresa pública de direito privado, em detrimento de ter sido considerado modelo de excelência, convive com críticas que apontam como seu modelo de dupla entrada (SUS e planos de saúde) afeta negativamente o atendimento público e expõem que o financiamento público (via MEC e Ministério da Saúde) é utilizado para custear o atendimento privado.

A situação dos hospitais universitários se agravou nos últimos anos devido à escassez de concursos públicos para contratação de pessoal, o que culminou no grande endividamento dos mesmos, que buscaram, em fundações e cooperativas, a contratação dos trabalhadores necessários para evitar que os hospitais tivessem que diminuir leitos e atendimentos. Os recursos utilizados para tais contratações vinham do dinheiro arrecadado via assistência por meio do repasse do SUS (cuja tabela encontra-se permanentemente defasada) para os atendimentos realizados, recursos estes que deveriam ser utilizados na manutenção dos hospitais.

Cislaghi (2011) corrobora esta afirmação quando, ao discutir acerca do questionamento sobre as causas da falência das políticas públicas – se são originárias de problemas de gestão ou de subfinanciamento –, apresenta que a realidade dos hospitais universitários, segundo relatórios do REHUF (Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais), era de acúmulo de déficits anuais de 30 milhões, originários de valores defasados da tabela do SUS, o que gerava uma dívida acumulada de 425 milhões de reais, valor superior à metade dos recursos do REHUF via empréstimo do Banco Mundial. A autora acrescenta ainda que a ausência de concursos públicos ocasionava a utilização da maior parte da verba de custeio, via SUS, para a contratação de pessoal terceirizado (CISLAGHI, 2011).

Cislaghi (2011) aponta que foi sinalizada em relatório da ANDIFES (Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior), de 2006, a mudança de gestão dos hospitais universitários, por meio de caminhos como, por exemplo, a empresa pública, as autarquias e as fundações estatais, porém enfatizando que, para além de novos

modelos de gestão, a questão do financiamento era latente, de forma que as duas alterações - de gestão e orçamento - não poderiam ser apartadas. Em 2008, ainda segundo informações da ANDIFES, havia um indicativo de elaboração de um novo projeto de reforma para expansão dos hospitais universitários, nos moldes do REUNI (CISLAGHI, 2011). Cislghi (2011) reflete que, em seguida à implantação do REUNI, o financiamento destinado às universidades federais passou a ser complementado com contratos de gestão, mecanismo de financiamento originário das reformas gerenciais de Estado, pautado na publicização dos serviços não-exclusivos.

Como já sinalizamos, as diretrizes da Reforma Gerencial de Estado indicavam que estes serviços poderiam ter sua gestão repassada a Organizações Sociais, mediante contratos de gestão. As alternativas oportunizadas pela reforma levantaram debates acerca do repasse da gestão, tanto das universidades como dos hospitais universitários a organizações sociais, fundações públicas de direito privado e empresas públicas (CISLAGHI, 2011). É com o REHUF, entretanto, que a lógica do contrato de gestão se impõe de maneira definitiva aos hospitais universitários (CISLAGHI, 2011).

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) foi criado em 2010 como alternativa para a reestruturação dos Hospitais Universitários, tendo como objetivo criar condições de melhorias aos hospitais, no que tange, por exemplo, à gestão, à estrutura física e a novas tecnologias no que se refere ao ensino, pesquisa e assistência (SODRÉ et al. 2013). Sodré et al. (2013) chamam a atenção para uma mudança no financiamento dos hospitais mediante o decreto do REHUF, com um movimento de partilha igualitária de despesas entre o Ministério da Saúde e o MEC. Segundo os autores, “há nesta partilha a intencionalidade do MEC em reduzir sua participação no orçamento dos HUFs, ao mesmo tempo que seria ampliada a receita do Ministério da Saúde”. Neste sentido, fica subentendida “a intenção de esquivar das responsabilidades financeiras e/ou despesas, numa lógica em que a educação e a saúde são por demais dispendiosas ao governo” (SODRÉ et al. 2013, p. 371). Desenha-se, assim, um cenário em que se amplia, nos hospitais escola, o aspecto da assistência, enquanto se reduz o papel do ensino e da pesquisa, esfacelando-se o ensino e utilizando-se a assistência como moeda de troca (DRAGO, 2011 *apud* SODRÉ et al., 2013).

Druck (2016, p. 33) aponta que a justificativa para a criação do REHUF era

sanar a crise dos hospitais universitários, considerados sucateados em termos de equipamentos e tecnologia e, principalmente, pela falta de funcionários. Essa situação levou muitos hospitais à contratação de trabalhadores por intermédio de fundações universitárias, provocando dívidas trabalhistas e intervenção do

Ministério Público do Trabalho, que considerou este processo de terceirização ilícito.

Por seu turno, Cislighi (2011, p. 60) afirma que

aonde ia o REHUF, se nos limitássemos ao decreto e a sua regulamentação, era bastante nebuloso. Mas, como já dissemos, sempre foi interesse do governo a adoção de “novos modelos de gestão” nos HUs. Por isso, a elaboração de Seminários com o Banco Mundial. Em 2008, em aguda crise dos HU o governo já tinha proposto a implementação de fundações, na ocasião rechaçada pelas comunidades universitárias.

As brechas da regulamentação do REHUF, entretanto, só encontrariam solução em 31 de dezembro de 2010, quando o governo tira da manga a MP 520. Não há mais argumentos, então, para afirmar, como faziam alguns reitores, que o REHUF nada tinha a ver com um novo modelo de gestão.

A Medida Provisória 520, assinada no apagar das luzes do governo Lula, em 31 de dezembro de 2010, autorizava o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), “sob a forma de sociedade anônima com capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralmente sob a propriedade da União e atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (ANDREAZZI, 2013, p. 276).

O caráter urgente da medida se justificava pela necessidade de resolução quanto à precariedade dos vínculos dos trabalhadores terceirizados, cuja ilegalidade foi exposta pelo Tribunal de Contas da União (TCU) que, por meio de acórdãos, definiu que a situação dos 26 mil contratados irregularmente deveria ser resolvida até 31 de dezembro de 2010 (CISLAGHI, 2011). Cislighi (2011) argumenta que os acórdãos do TCU datam de 2006, de forma que o governo teve quatro anos para reestruturar o quadro dos trabalhadores dos hospitais universitários, mediante a realização de concursos públicos e não o fez. Tal reflexão é corroborada pelo acórdão N° 3463/2012 do TCU:

Após passar todo o período do cronograma fixado pelo Acórdão 1.520/2006 ignorando o cronograma por ele mesmo proposto e sem conceder nenhuma autorização para a realização de concursos públicos para os HUs, o Poder Executivo federal, em 31.12.2010, editou a Medida Provisória 1.520/2010, posteriormente convertida na Lei 12.550/2011, que autorizou o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, empresa pública de direito privado, dependente de recursos orçamentários, regida pela Lei das S.A., com o escopo de assumir a gestão de todos os HUs e outros hospitais públicos.

Evidentemente, a solução adotada pelo Poder Executivo Federal afrontou a deliberação desta Corte de Contas e afronta a Constituição Federal.

A uma, porque o Ministério do Planejamento deliberadamente não concedeu nenhuma autorização para a realização de concursos públicos nos HUs em todo o período acordado com o TCU, impedindo que os reitores das universidades federais pudessem adotar qualquer medida para regularizar a situação jurídica de seus HUs sem comprometer a absolutamente necessária continuidade do funcionamento dessas instituições.

A duas, porque a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão das universidades prevista no artigo 207 da Constituição Federal, conjugada com a autonomia universitária também consagrada constitucionalmente, impedem que se

admita a possibilidade de essas universidades entregarem a gestão de seus HUs, parte central da formação da mão de obra da saúde neste país, a uma entidade externa à universidade (TCU, 2012, p. 3).

Cislaghi conclui, portanto, que a estratégia utilizada pelo governo confirmava sua intenção de “retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado” (CISLAGHI, 2011, p. 60).

A Medida Provisória 520 chegou a ser analisada e modificada no Congresso Nacional e esteve sempre cercada de movimentos de contrariedade à sua aprovação. Nos meses em que esteve em trâmite, foram promovidos diversos protestos pelos movimentos sociais. De acordo com o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior - ANDES (2011), desde o início, as entidades sindicais denunciaram a Medida como um processo de privatização dos hospitais universitários e se mobilizaram contrariamente. A Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras – FASUBRA (2011), por exemplo, em Boletim de maio de 2011, analisa cada um dos artigos propostos na medida, enfatizando o caráter de retrocesso no fortalecimento dos serviços públicos e a terceirização da gestão da coisa pública. Assim como o Conselho Nacional de Saúde, que, em moção de repúdio, aponta aspectos negativos da Medida, como o fato da mesma operar dentro da lógica do mercado e ignorar o debate com a sociedade (CNS, 2011). Outro exemplo foi a demissão coletiva da diretoria do Hospital Universitário de Brasília, contrária à Medida, que alegou divergências ideológicas e práticas entre a administração da Universidade e os diretores do hospital, que esperavam um posicionamento da universidade quanto à MP (EBC, 2011). Houve também protestos do movimento estudantil e paralisação dos trabalhadores dos hospitais universitários.

A reunião no Senado, em 01 de junho de 2011, que votaria a Medida, foi turbulenta, principalmente devido a protestos dos próprios senadores contra o atropelo no envio das Medidas Provisórias, e após extenso debate, discussões e tumulto, foi encerrada sem que a MP 520 fosse votada, fazendo com que a mesma perdesse a validade. O ANDES (2011) aponta que a luta das entidades não foi em vão e que durante o debate na Casa, alguns parlamentares utilizaram-se de materiais enviados por sindicatos.

Neste sentido, restou ao governo a recolocação da Medida, desta vez como Projeto de Lei 1749, contendo algumas modificações, mas mantendo a essência da formulação original (CISLAGHI, 2011). Tal Projeto de Lei culmina na criação da Lei 12550, que efetivou a Ebsers nos moldes atuais.

Pontuamos três diferenças que consideramos principais entre a MP 520 e a Lei 12550: a transformação de empresa pública sob a forma de sociedade anônima (MP 520) em empresa pública unipessoal (Lei 12550); a inserção do Art. 6º (Lei 12550), que dispõe sobre a autonomia universitária; e a inserção, no Art. 9º (Lei 12550) da participação de um Conselho Consultivo para atuar nos hospitais universitários. No que tange à primeira das modificações, a retirada da formulação da empresa como sociedade anônima resguarda, em um primeiro momento, a possibilidade de obtenção de lucros a serem divididos com demais acionistas da empresa, visto que a empresa pública unipessoal conta com patrimônio próprio exclusivo da União. A inclusão da autonomia universitária resguarda às universidades o direito, previsto no Art. 207 da Constituição Federal que garante “autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 1988). Por fim, a inserção de um Conselho Consultivo busca resguardar a participação popular na atuação da empresa, buscando contemplar o Controle Social, um dos princípios e diretrizes do SUS, regulamentado pela Lei 8142/90, que prevê a formação de órgãos colegiados permanentes e deliberativos

composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Em detrimento das poucas modificações encontradas entre a MP 520 e a Lei 12550, Andreazzi (2013, p. 276-277) apresenta uma profunda modificação quanto à exposição dos motivos que justificavam suas aprovações. De acordo com a autora:

a exposição de motivos que encaminhou a MP 520 elaborada pelos ministros de Educação e do Planejamento ressalta: (a) a necessidade de equacionar o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, por meio da adoção do regime celetista, o que significa o descompromisso com a realização de concursos públicos através do Regime Jurídico Único, solução existente nos marcos atuais da administração pública; (b) o formato empresa pública permitiria autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras e contratações; (c) a perspectiva de captação de recursos próprios provenientes da prestação de serviços. Já a exposição de motivos do PL 1.749/2011, dos mesmos ministérios, ressalta essencialmente a possibilidade de contratação por CLT dos funcionários dos hospitais.

Importante considerarmos que, se por um lado as alterações alcançadas após as manifestações sociais parecem refletir, em sua imediatividade, uma vitória para a classe trabalhadora, pelas modificações que resguardam os HUs de uma possível privatização, a autonomia universitária e o controle social, por outro lado, a aprovação da Lei 12550 fragiliza os direitos desta classe ao permitir a flexibilização de vínculos trabalhistas. Quando consideramos o senso comum de que os servidores públicos possuem privilégios onerando a

população, a luta pela permanência dos concursos via RJU não se apresenta com grande potencial de mobilização, permitindo, assim, a paulatina extinção do servidor público e a permanência de uma vinculação celetista que se encontra cada vez mais fragilizada, tendo em vista as reformas trabalhistas realizadas em 2017. Logo, o pequeno avanço para a classe trabalhadora se mostra como um retrocesso tendo em vista que permitiu que o capital, por meio de uma empresa pública, avançasse mais. E além, apesar das alterações entre a MP 520 e a Lei 12550 garantirem a manutenção da autonomia universitária e o controle social, na prática, ambos se apresentam como letra morta, como veremos nos próximos capítulos deste trabalho.

Andreazzi (2013) aponta, portanto, que havia dois cenários para os formuladores da Ebserh. O primeiro seria o ideal, a Medida Provisória 520,

o projeto que os representantes dos países dominantes, por intermédio dos organismos financeiros internacionais, especialmente o Banco Mundial, preconizam para o setor saúde dos países dominados e, inclusive, para a revisão de seus próprios estados de bem-estar social, onde estes se implantaram (ANDREAZZI, 2013, p. 277).

E o segundo cenário é o possível, que acabou sendo efetivado, em dezembro de 2011, por meio da Lei 12550, que criou a Ebserh.

Importante pontuarmos que também o ‘possível’ não foi consumado sem protestos contrários à sua efetivação. Neste sentido, podemos pontuar o movimento sindical, por meio do qual trabalhadores em greve organizada pela FASUBRA impediram por duas vezes a realização da votação do Projeto de Lei 1749, e o movimento dos estudantes da Universidade Federal Fluminense que ocuparam a reitoria da universidade reivindicando, dentre outras demandas, contra o Projeto de Lei (UNE, 2011). Porém, desta vez, não foi possível frear o avanço da Ebserh.

4 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES: A SOLUÇÃO (IM)POSTA

Vimos que a conexão entre os fatos históricos apresentados até o momento culmina na criação da Ebserh. Portanto, se o marco do surgimento da empresa foi a assinatura da Lei 12550 de 15 de dezembro de 2011, pela presidenta Dilma Rousseff, sua efetivação tem lastro na baixa priorização com a saúde pública no país e no movimento das reformas gerenciais de Estado, já citadas anteriormente.

A Ebserh foi concebida como uma “empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio”, tendo como propósito

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

A empresa, segundo o site institucional, atuará por meio de contrato firmado com as universidades federais, “que assim optarem” com o objetivo de modernizar a gestão dos hospitais universitários, “preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades de centros de formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência à saúde da população integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (EBSERH, sem data). As universidades se tornam, desta forma, clientes dos hospitais universitários- Ebserh, como preconiza a própria empresa:

Figura 2 - Clientes da Ebserh



Fonte: site da Ebserh. Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/clientes-ebserh>

Para a efetivação do contrato entre a empresa e os hospitais, são realizados diagnósticos prévios pela equipe da Ebserh, que visita os hospitais universitários analisando os serviços oferecidos, a estrutura, patrimônio e dimensionamento das necessidades das unidades. Os contratos são elaborados em conjunto com as universidades, podendo haver distinções entre os contratos de uma instituição ou de outra, porém sem fugir do escopo do que rege a empresa. Um exemplo diz respeito ao tempo de vigência do contrato. No Hospital das Clínicas da UFMG, o contrato é celebrado por um prazo de 20 anos; já no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Piauí, o contrato é celebrado por tempo indeterminado.

Atualmente, conforme nos mostra a Tabela 1, a Ebserh tem contrato com 38 hospitais universitários federais que pertencem a 31 Instituições Federais de Ensino Superior.

Tabela 1 - Distribuição de Hospitais Universitários Federais

Fase	Instituição Federal de Ensino Superior	Hospital Universitário
Com Contrato	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	01
	Universidade Federal de Mato Grosso	01
	Universidade de Brasília	01
	Universidade Federal da Grande Dourados	01
	Universidade Federal de Goiás	01
	Universidade Federal do Piauí	01
	Universidade Federal de Alagoas	01
	Universidade Federal da Bahia	02
	Universidade Federal do Ceará	02
	Universidade Federal do Maranhão	01
	Universidade Federal da Paraíba	01
	Universidade Federal de Pernambuco	01
	Universidade Federal do Vale do São Francisco	01
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	03
	Universidade Federal de Sergipe	01
	Universidade Federal de Campina Grande	02
	Universidade Federal do Amazonas	01
	Universidade Federal do Tocantins	01
	Universidade Federal do Pará	02
	Universidade Federal do Espírito Santo	01
	Universidade Federal de Minas Gerais	01
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	01
	Universidade Federal de São Carlos	01
	Universidade Federal de Juiz de Fora	01

	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	01
	Universidade Federal Fluminense	01
	Universidade Federal de Santa Maria	01
	Universidade Federal de Pelotas	01
	Universidade Federal do Paraná	02
	Universidade Federal do Rio Grande	01
	Universidade Federal de Santa Catarina	01
Sem Contrato	Universidade Federal de Uberlândia	01
	Universidade Federal do Rio de Janeiro	08
	Universidade Federal de São Paulo	01
Empresa Pública	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	01

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Ebserh. (Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/filiais>)

De acordo com documento institucional,

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), e subsequente adesão de hospitais universitários e congêneres, tem como diretrizes a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho, a reestruturação física e tecnológica e a qualificação da gestão orçamentária e financeira. O alcance dos objetivos que derivam dessas diretrizes dependerá de um conjunto de ações pactuadas entre a Ebserh e o hospital. Entre elas, incluem-se o reordenamento dos serviços assistenciais, a seleção e contratação de pessoal e a implantação de uma nova arquitetura organizacional (EBSERH, 2013, sem página).

4.1 Os órgãos de gestão da Ebserh e o Controle Social

Para cumprimento de suas atribuições, a Ebserh possui órgãos de administração que são compostos pelo Conselho de Administração, pela Diretoria Executiva e pelo Conselho Consultivo (EBSERH, 2016). Conforme o estatuto da empresa, o órgão de orientação superior da Ebserh é o Conselho de Administração, composto por nove membros, nomeados pelo Ministro da Educação, obedecendo a seguinte composição:

I – três membros indicados pelo Ministro de Estado da Educação, sendo que um será o Presidente do Conselho e outro será seu substituto, nas suas ausências e impedimentos; II – o Presidente da Ebserh, que não poderá exercer a Presidência do Conselho, ainda que interinamente; III – um membro indicado pelo Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão; IV – dois membros indicados pelo Ministro de Estado da Saúde; V – um representante dos empregados, e respectivo suplente, na forma da Lei nº 12.353, de 28 de dezembro de 2010; e VI – um membro indicado pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), sendo reitor de universidade federal ou superintendente de hospital universitário federal (EBSERH, 2016).

Apontamos que decisões quanto à aprovação de contratos, orçamentos, aquisição de imóveis e contratação de empréstimos, por exemplo, ficam a cargo do Conselho

Administrativo. Observamos que falta paridade quanto às representações deste Conselho no qual, dos 9 membros que o compõem, 7 são indicados pelo governo. A frágil representação social em seu corpo de membros sinaliza a falta de controle externo quanto aos aspectos econômicos e financeiros da empresa. Neste Conselho, é vedada também a participação do representante dos trabalhadores, tanto nas discussões quanto nas deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, inclusive assistenciais ou de previdência complementar. Ou seja, os trabalhadores são impedidos de discutir e deliberar assunto que envolvam diretamente os interesses das categorias profissionais. A justificativa se resume na configuração de conflito de interesse, entretanto, este posicionamento não nos convence, principalmente quanto à participação do trabalhador nas discussões. Eliminar o direito de opinar dos trabalhadores quanto a assuntos que lhe dizem respeito é deslegitimar a luta dos trabalhadores quanto a melhores condições de trabalho e ignorar que os representantes do governo são os que mais têm assuntos tratados que geram conflitos. Enfatizamos que não há, além da presença de um reitor ou superintendente, representante dos trabalhadores do regime RJU, visto que o representante dos trabalhadores deve ser escolhido entre os empregados ativos da Ebserh.

A Diretoria Executiva, órgão de administração da Ebserh, é composta pelo presidente e até seis diretores que são “nomeados e destituíveis, a qualquer tempo, pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Educação” (EBSERH, 2016). Neste sentido, um exemplo da vulnerabilidade do órgão pode ser visualizado com a última substituição da Presidência da empresa. O penúltimo presidente nomeado, Newton Lima Neto, vinculado ao PT, foi exonerado do cargo em 16 de maio de 2016 (DOU, 2016), apenas 4 dias após o afastamento de Dilma Rousseff da presidência do país. O atual presidente da Ebserh, Kléber Moraes, foi nomeado por Michel Temer em 07 de julho de 2016, junto com o vice-presidente Laedson Bezerra (DOU, 2016), que havia sido Secretário de Turismo em Pernambuco no mandato de Mendonça Filho (atual Ministro da Educação), do partido Democrata.

Observamos que as atribuições que cabem a esta Diretoria, como a administração dos bens e serviços da empresa, o monitoramento e a avaliação dos processos e serviços e as propostas orçamentárias – ainda que algumas necessitem da autorização do Conselho Administrativo – estão sujeitas a idiosincrasias partidárias, demonstrando, portanto, que a questão da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, no atual estágio do capital, não é sequer uma política de Estado, mas sim, de governo. Em suma, presenciamos com a Ebserh a efetivação do plano de Bresser-Pereira. Andreazzi (2013, p. 280-281) corrobora:

A Ebserh não tem mecanismos democráticos de gestão, eleição de gestores, conselhos deliberativos paritários, tudo o que a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde preconizam para o sistema público de saúde e que o tornam um sistema de Estado e não dos eventuais e transitórios governos.

O Conselho Consultivo “é o órgão permanente da Ebserh que tem a finalidade de oferecer consultoria e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, além de avaliar e fazer sugestões em relação ao papel social da Ebserh, de acordo com seus objetivos específicos na sociedade” (EBSERH, 2016). É composto pelo

superintendente do hospital, que o preside; um representante da Secretaria Estadual de Saúde; um representante da Secretaria Municipal de Saúde; um representante dos usuários dos serviços de saúde do hospital, indicado pelo Conselho Estadual de Saúde; um representante dos residentes em saúde do hospital, indicado pelo conjunto de entidades representativas; e um representante dos trabalhadores do hospital, indicado pela respectiva entidade representativa (EBSERH, 2016).

Ao Conselho Consultivo compete

I – opinar a respeito das linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias da Ebserh, indicando propostas de melhoria ao Conselho de Administração e à Diretoria Executiva; II – propor linhas de ação, programas, estudos, projetos, formas de atuação ou outras medidas, para que a Ebserh atinja os objetivos para os quais foi criada; III – acompanhar periodicamente o desempenho da Ebserh; e IV – assistir a Diretoria Executiva e o Conselho de Administração em suas funções, sobretudo na formulação, implementação e avaliação de estratégias de ação da Ebserh (EBSERH, 2016).

Vimos anteriormente que uma das principais modificações entre a MP 520 e a Lei 12550 foi a inclusão, na Lei, de referências acerca do Controle Social. O Controle Social, de acordo com Bravo e Correia (2012, p. 128), advém da necessidade de participação social apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, “no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e à regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro” e, após o processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, tornou-se diretriz do novo Sistema Nacional de Saúde, previsto na Constituição Federal de 1988.

O Controle Social é regulamentado pela Lei 8142/90, que dispõe que a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde se dará por meio da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, de forma que

1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e

financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Neste sentido, a Resolução nº 453/12 do Conselho Nacional de Saúde aponta que as vagas para o Conselho de Saúde deverão ser distribuídas de forma que 50% dos membros pertençam a entidades e movimentos representativos de usuários, 25% pertençam a entidades representativas dos trabalhadores da área da saúde e 25% representem o governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

De acordo com o site da Ebserh, “o Conselho Consultivo é um órgão permanente da Ebserh que, além de prestar apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, tem como uma de suas finalidades o controle social” (EBSERH, 2016). Nossa análise nos direciona à compreensão de que o Controle Social exercido na configuração da Ebserh é minado, tendo em vista que não há, no Conselho Consultivo, o mínimo previsto de participação dos usuários e além, observando os verbos que iniciam a descrição das competências do Conselho (opinar, propor, acompanhar e assistir), compreendemos que seu caráter, assim como seu próprio nome já diz, é apenas consultivo, ignorando que, conforme a Lei 8142/90, esta instância é de caráter permanente e deliberativo. Na Ebserh, a instância que delibera sobre os assuntos da empresa – o Conselho Administrativo – sequer contém representantes dos usuários.

É possível perceber, portanto, em confluência às inúmeras tentativas de frear as conquistas da luta do movimento sanitário, mais um avanço da classe trabalhadora – a despeito de todas as críticas já realizadas aos limites dos Conselhos – sendo retrocedido.

4.2 A reestruturação da força de trabalho e a flexibilização dos vínculos

Quanto à reestruturação da força de trabalho e substituição do quadro de profissionais, após discussões realizadas entre a Ebserh e a diretoria dos hospitais, um número de contratações necessárias é dimensionado (levando em conta os profissionais contratados de maneira irregular, aposentadorias, pedidos de realocação, etc) e levado à aprovação no Departamento de Estatais do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Dest/MPOG). Para a realização das contratações autorizadas e em consonância com o Art. 10 da Lei de sua criação,

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

Também é permitido à Ebserh a contratação de pessoal técnico e administrativo por tempo determinado, mediante processo seletivo simplificado (PSS). Tais contratos serão regidos pela CLT, não podendo ultrapassar cinco anos de vigência.

É atribuição da Ebserh a contratação de trabalhadores que são divididos em três áreas: Médica, Administrativa e Assistencial, ou seja, é de responsabilidade da Ebserh a contratação de todo o efetivo de trabalhadores dos hospitais, exceto os tradicionalmente terceirizados (porteiros, seguranças, recepcionistas, etc), cuja situação não é considerada ilegal perante a justiça, e os professores da universidade que, a princípio, mantêm sua atuação nos hospitais.

Atualmente, a empresa conta com um quadro de 23.112 trabalhadores efetivos². Conforme já sinalizado, os trabalhadores contratados pela Ebserh, mesmo realizando processos seletivos nos moldes de concursos públicos, são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), pois são empregados de uma empresa pública que está sujeita, conforme parágrafo 1º do artigo 173 da Constituição Federal de 1988, “ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários” (BRASIL, 1988).

Neste sentido, consideramos pontuar que a flexibilização dos vínculos com os trabalhadores não se dá de maneira despropositada. A forma de contratação da Ebserh, via CLT, vai ao encontro das medidas que buscam extinguir o papel do servidor público no país, interrompendo a contratação de trabalhadores via Regime Jurídico Único (RJU) e, conseqüentemente, negando aos trabalhadores direitos garantidos a esta modalidade de contratação, como a estabilidade. Em que se pesem os cortes já realizados para a categoria, como o fim da aposentadoria integral, trabalhadores estatutários da saúde e da educação, por exemplo, convivem com condições precárias de trabalho e reajustes salariais abaixo da inflação. Não podemos nos esquecer de que existe em trâmite proposta de reforma da previdência, na qual o governo se justifica dizendo que a mesma é necessária para acabar com privilégios dos servidores, de maneira que, para igualar o que se nomeia “privilégio”, restringem-se os direitos da classe trabalhadora. O ataque aos trabalhadores estatutários tem consonância com as proposições do Banco Mundial, que sinaliza como um dos problemas financeiros do país os altos gastos com os servidores públicos.

Em um esforço de compreender o que esta configuração significará, não podemos nos furtar da reflexão de que os trabalhadores da Ebserh são, de certa forma, trabalhadores

² Segundo a última relação disponibilizada em abril de 2017 no site da empresa, referente ao período até 31/12/16. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/14003/2240741/I_Quantitativo_F%C3%ADsico_de_Empregados_Cargos_Efetivos.pdf/7b0492a3-9e88-47a6-ae40-328e460968fc

terceirizados, o que, por si só, já caracteriza a flexibilização de sua vinculação. Por outro lado, a configuração de um hospital em sua totalidade de trabalhadores celetistas, tendo em vista a Reforma Trabalhista aprovada em nosso país, também expõe estes trabalhadores à fragilidade da Lei, em que o combinado tem mais peso do que o legislado. A justificativa de desoneração do Estado (por ser, teoricamente, mais barata a contratação de celetistas) se mostra, na verdade, uma oportunidade de precarização das relações de trabalho.

Outras questões se apresentam quando pensamos na flexibilização dos vínculos que a Ebserh propicia, onde podemos inferir como a instabilidade pode ser um recurso interessante para o Estado. Atacar a estabilidade se mostra como um meio de permitir que o emprego público se torne um instrumento para os gestores no controle do orçamento face à lei de responsabilidade fiscal. Bresser-Pereira (1996) argumenta que a estabilidade implica ineficiência dos serviços, além de contribuir para a impossibilidade de aplicar a demissão como punição para a desmotivação e a falta de disposição para o trabalho e que, com a perda de força das práticas patrimonialistas, já não haveria justificativa para a manutenção da estabilidade (BRESSER-PEREIRA, 1996). Ora, a exclusão da estabilidade, tanto nas análises de Bresser-Pereira, em 1996, quanto no cenário atual, acabam por contribuir com a manutenção de instrumentos de coerção dos trabalhadores, um deles, a própria ameaça da demissão. Contribui também com a recorrente condição de subordinação aos detentores do poder que, de quatro em quatro anos, decidem quem ocupará os cargos públicos. Neste cenário, o trabalhador se encontrará, portanto, ainda mais desprotegido.

E ainda, dissemos acima que o contrato da Ebserh com a UFMG tem duração de 20 anos. O que ocorrerá com estes trabalhadores após o encerramento do contrato? A fragilidade das relações trabalhistas se potencializa quando pensamos no prazo de vigência do contrato celebrado entre a empresa e o hospital. 20 anos – pensando que o trabalhador foi admitido no primeiro ano de contrato entre as partes – pode parecer um longo período, mas é possível que este trabalhador não consiga ainda se aposentar, caso seja dispensado após o término da vigência do contrato, em que se pesem as dificuldades de recolocação no mercado. E ainda, é possível o encerramento do contrato por ambas as partes, antes da vigência estabelecida. Perguntamos novamente: o que ocorrerá com estes trabalhadores nesta situação?

Estendendo o questionamento, o que ocorrerá com os hospitais após a vigência do contrato visto que é responsabilidade da Ebserh a contratação dos trabalhadores de todas as áreas do hospital? Seria essa uma maneira de vincular permanentemente os hospitais à empresa?

A contratação de trabalhadores celetistas pela Ebserh nos faz refletir sobre os acórdãos do TCU que motivaram a criação da empresa. Afinal, um movimento da justiça que demonstra a ilegalidade da contratação de trabalhadores em condições precárias oportuniza não a contratação de trabalhadores em condições de equidade com os demais colegas que estão sob o RJU, mas a legalização de precarizar as novas contratações. Neste sentido, o que parecia ser, num primeiro momento, uma defesa dos trabalhadores que se encontravam com vínculos precários, resulta em uma perda geral para a classe trabalhadora.

4.3 Os recursos financeiros, a reestruturação física e tecnológica e as parcerias privadas

Além da responsabilidade quanto à contratação dos trabalhadores para recuperar o quadro dos hospitais, é de responsabilidade da Ebserh a gerência de todos os recursos destinados aos hospitais universitários filiados, sejam eles advindos do Ministério da Saúde ou do MEC, cabendo à empresa a tomada de decisão acerca da distribuição dos recursos, tanto para a assistência como para o ensino, a pesquisa e a extensão. Após sua criação, a Ebserh passou a ser o órgão do MEC responsável pelo programa de reestruturação dos hospitais universitários, no qual se enquadra o REHUF, sendo responsável inclusive pela destinação destes recursos aos hospitais.

A lógica que rege uma empresa é a lógica do lucro – no sentido de resultado financeiro positivo – independente de ser uma empresa pública ou privada. A Ebserh precisa “fazer dinheiro” para permanecer oferecendo seus serviços e são possibilitadas a ela alternativas para isso. Neste sentido, os recursos da empresa se constituem de

- I - recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União;
- II - as receitas decorrentes:
 - a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;
 - b) da alienação de bens e direitos;
 - c) das aplicações financeiras que realizar;
 - d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e
 - e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais;
- III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e
- IV - rendas provenientes de outras fontes (BRASIL, 2011).

E seu lucro líquido “será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência” (BRASIL, 2011).

Além do financiamento direto, a Ebserh conta ainda com parceria com hospitais privados por intermédio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), “desenvolvido para colaborar com o fortalecimento do Sistema Único de

Saúde (SUS)” e “financiado com recursos de isenção fiscal (COFINS e cota patronal do INSS), concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e que apoiam a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, S-D).

Vimos anteriormente que a configuração de governança da Ebserh tende a minar os espaços destinados à participação social, em clara inobservância dos preceitos que regem o SUS. Neste sentido, compreendendo a composição orçamentária da Ebserh e de que forma ela permite a associação da empresa à iniciativa privada, refletimos sobre como ela pode ser uma fonte de acumulação de capital, seja, por exemplo, permitindo o modelo de dupla entrada (plano de saúde + SUS) nos hospitais universitários, como já é prática do HCPA, fonte de inspiração da mesma, seja por meio da compra desenfreada de insumos, escoando o dinheiro público à iniciativa privada. Uma das observações pontuadas nas entrevistas realizadas no Hospital das Clínicas da UFMG, que serão analisadas no capítulo seguinte, é que, em detrimento da aquisição de materiais em condições ruins ou da falta de material para a execução das atividades, algumas compras efetivadas pela Ebserh para o hospital, como torres de videolaparoscopia, além de terem um custo elevado, não eram necessárias à realidade do hospital e não são utilizadas em sua capacidade total.

Uma coisa que foi grotesca quando a empresa entrou, chegou equipamento aqui que não precisava chegar. Que já foi de compra via Ebserh que não tinha que ter sido comprado. Além de má qualidade, não era o que o hospital precisava. E a própria administração do hospital procurando um meio de, ao invés de pegar aquilo e pegar outra coisa, não, olha, se você não pegar, vai pra outro hospital. Então tá, então manda essa porcaria pra cá. Mesas que chegaram aqui há três anos atrás, estão estragadas. Nós temos um centro cirúrgico com 16 salas, não temos 16 salas ocupadas com procedimentos de videolaparoscopia. E a época quando entrou a empresa, a gente tinha 2 ou 3, que a gente chama de armário de videolaparoscopia, é um armário comum, próprio hospitalar, que tem um monitor e equipamentos que usam em cirurgias endoscópicas e videolaparoscópicas. O hospital tinha três, precisava de 5 talvez. Hoje tem 16. Não precisava de 16, não são todas as salas que usam esse equipamento. Custam em média 300 mil reais. Veio um pra cada sala. (...) Há dez anos o bloco precisava de inúmeras mesas cirúrgicas e inúmeras mesas acessórias, que a gente chama de ‘mesa de maio’, (...) a gente precisava pra cada sala de duas mesas novas, porque as nossas estavam caindo aos pedaços, além de enferrujadas. Suporte de soros, são coisas muito baratas, bancos, tanto pra equipe de trabalho assentar enquanto os procedimentos acontecem quanto para o próprio cirurgia trabalhar quando a posição dele tinha que ser assentado. Não tínhamos. [com o valor de] Um aparelho de videolaparoscopia compraria todo esse material. Vem 16 aparelhos... e coisas muito mais baratas não vinham. Uma troca de um componente de ar condicionado de uma sala cirúrgica que não podia ficar sem, a sala era fechada porque eu não tinha a compra de um equipamento de reposição de ar condicionado. Mas eu tinha 16 de videolaparoscopia (Entrevistada 1).

Tal fato nos leva a questionar acerca dos fornecedores destes materiais e qual a sua relação com a empresa, principalmente quando analisamos o frágil controle social aplicado

aos processos da mesma. Consideramos pontuar, em adendo, que a gestão financeira de uma empresa também se realiza mediante a contenção de custos e o aumento da produtividade, o que ocasiona aumento da exploração, precarização das condições de trabalho, diminuição da qualidade dos atendimentos e do ensino.

4.4 A adesão imposta e os movimentos sociais

Assim como no momento anterior à aprovação da Lei 12550, que criou a Ebserh, também durante os períodos de negociação entre a empresa e os hospitais universitários, as lutas sociais se fizeram presentes, e um dos principais questionamentos diz respeito à falta de discussão acerca da adesão à empresa entre os membros da comunidade acadêmica. Conforme Sodré et al. (2013, p. 377),

os hospitais universitários vêm sendo “visitados” várias vezes, no período de dezembro de 2011 a setembro de 2012, por interessados na implantação da Ebserh, visando “conhecer” o hospital no qual a empresa almeja se implantar de forma definitiva. Mas por que isto ocorreu com a participação bastante limitada, tímida e distorcida dos profissionais de saúde que seriam alvo dessa suposta nova empresa de gestão de pessoas? Ou seja, a chegada da empresa acontece silenciosamente, com o propósito de gestar e gerir recursos humanos sem a participação daqueles que seriam por ela “geridos”? Um suposto “novo” método de gestão que chega silenciosamente, acordado em gabinetes e imposto como um “pacote pronto” pelo Estado, pode ser considerado “novo”? Pode ser considerado participativo? Pode ser considerado democrático? Pode ser considerado transparente?

Entretanto, o posicionamento do governo de não autorizar a abertura de concursos e a pressão para regularizar as contratações ilegais fizeram com que a adesão, em teoria facultativa, imperasse como uma condição para que os hospitais conseguissem continuar funcionando, ferindo, assim, a premissa da autonomia universitária. Essa configuração é denunciada pelo acórdão N° 3463/2012 do TCU:

Cumprir denunciar que o Poder Executivo está atuando de forma inconstitucional, ilegítima e imoral em sua tentativa de implantar a EBSEH nos HUs deste país, usando indevidamente o nome do Tribunal de Contas da União como meio de pressão ilegítima, de absurda coação moral, para constranger os gestores das universidades federais, especialmente seus reitores e os diretores dos HUs, a aceitarem essa verdadeira intervenção na gestão das universidades como única saída legal para o grave problema dos terceirizados nos HUs.

Vale dizer, aqueles que não aceitarem a adesão irrestrita ao modelo proposto de entrega de gestão dos HUs à EBSEH, serão punidos pelo TCU com julgamento de contas irregulares, multas, etc e pelo Ministério Público Federal com ações de improbidade administrativa. Ver-se-ão ainda privados de investimentos e liberação de recursos pelo Poder Executivo, que privilegiará as entidades que aceitarem sua intervenção.

Ou seja, as universidades que, legitimamente, na defesa e no exercício pleno de sua autonomia universitária e da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, decidirem não sucumbir e não se submeter à proposta da EBSEH, estarão inconstitucional e imoralmente desprovidas de uma autorização necessária e

inadiável do Ministério do Planejamento, com têm estado até hoje, para a solução do grave problema dos terceirizados em seus HUs (TCU, 2012, p. 3).

Ainda existem três instituições federais - que representam 10 hospitais universitários - que não assinaram o contrato com a Ebserh. Um deles, o hospital universitário vinculado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), teve os recursos referentes ao REHUF cortados no ano de 2017, acarretando a diminuição do atendimento aos usuários.

Neste mesmo sentido, o hospital da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) também teve verbas do REHUF cortadas, impactando seu atendimento³. Em 2016, uma reportagem da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) apresentava que

o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ, mantém hoje 200 leitos de atendimento. Com o atraso no repasse dos recursos do Ministério da Saúde, no ano passado, o hospital chegou a funcionar com 73 leitos, uma queda de mais de 60% na capacidade instalada da unidade. Segundo o diretor geral da unidade, Eduardo Côrtes, o hospital já teve 500 leitos em funcionamento e caso fosse concluída a reforma pendente de dois andares, a capacidade de atendimento saltaria para 780. No momento, há uma enfermaria de 64 leitos e um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) com nove leitos estão prontos para serem usados, mas ainda não foram inaugurados por falta de equipes de trabalho. Côrtes caracteriza o discurso do governo via Ebserh como chantagem. “Em vista da difícil situação de saúde que o estado do Rio enfrenta, com o Hospital do Cérebro fechado, enquanto pessoas necessitam de neurocirurgia, um monte de pacientes necessitando de cirurgia de câncer, vem alguém do governo dizer que o critério para mandar gente necessária para abrir nove leitos de CTI e mais 64 leitos que poderiam ser usados para cirurgia é aderir a uma Empresa, sem que isso esteja escrito em lugar nenhum? Como cidadão isso me indigna”.

A comunidade universitária da UFRJ se mantém em constante alerta na luta contra o avanço da Ebserh, em detrimento do sucateamento que vem ocorrendo em seus hospitais universitários. De acordo com o site da CUT-RJ (Central Única dos Trabalhadores do Rio de Janeiro), desde o início das negociações, a comunidade universitária se mobilizou contrária à empresa, conforme relato do ocorrido na reunião de deliberação acerca da adesão, ainda no ano de 2013:

Com mobilização histórica da comunidade universitária, liderada pelas entidades sindicais Sintufrj e Adufrj, pelo Diretório Central dos Estudantes Mário Prata e pela Associação dos Pós-Graduandos, técnicos-administrativos, estudantes e professores lotaram o auditório do Centro de Tecnologia para a sessão do Conselho Universitário (Consuni), na quinta-feira, dia 26 de setembro, que deliberaria sobre a adesão da UFRJ à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). O que acabou não ocorrendo e o movimento festejou como mais uma vitória contra as forças privatistas da saúde e da educação que afloraram na universidade (CUT-RJ, 2013).

³ <https://www.folhadirigida.com.br/noticias/concurso/especial/hu-da-ufrj-que-nao-aderiu-a-ebserh-luta-para-sobreviver>; <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,hospital-sao-paulo-perde-verba-e-sera-filantropico,70001773085>

Outro movimento importante na luta que busca frear a Ebserh é o movimento Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, composta por fóruns estaduais que lutam por um SUS 100% público, estatal e de qualidade (FNCPS, sem data). Em site próprio, são disponibilizados materiais, abaixo-assinados, moções e agenda de eventos e encontros que discutem temas relevantes na defesa do SUS e da classe trabalhadora.

Falamos anteriormente do Controle Social e de como a Ebserh ignora a participação popular em sua configuração organizacional. Além de não resguardar espaço para um Conselho que atue e delibere efetivamente, já na sua criação foram ignoradas as deliberações da 14ª e 15ª Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que, corroborando os movimentos sociais, se posicionaram contrários à Ebserh. Em 2011, na 14ª CNS houve indicativo de rejeição à criação da Ebserh, e, em 2015, na 15ª CNS a orientação foi no sentido de revogação da Lei que deu origem à empresa (OSHIRO, 2017). Em detrimento da importância do Controle Social, Oshiro (2017, p. 83-84) aponta que “a formulação da Ebserh se limitou aos debates entre os poderes Legislativo e Executivo, com destaque para o controle presidencial sobre as alternativas consideradas pelo Legislativo”.

Por fim, e em consonância com as demandas das lutas sociais, recordamos que está em trâmite, desde 03 de janeiro de 2013, uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 4895) contra a Ebserh, ajuizada pelo Procurador Geral da República, Roberto Gurgel (em consulta ao site do STF, é possível observar que a última modificação no processo foi em 26/01/17). Em suma, a classe trabalhadora organizada segue tentando amenizar os retrocessos postos pelo Estado no campo da saúde para os trabalhadores e trabalhadoras, ainda que esta luta se dê dentro dos limites do Direito sob o capital.

5 CONTRATO ASSINADO. O QUE VEM DEPOIS?

Compreendemos até o momento os movimentos que antecederam, possibilitaram e consumaram a criação da Ebserh, assim como a forma com que se efetiva sua inserção nos hospitais e os primeiros desdobramentos desta inserção. Mas o que ocorre, na realidade dos hospitais universitários, após a assinatura do contrato com a empresa?

Para analisar os desdobramentos da inserção da Ebserh nos hospitais universitários, tivemos como campo de pesquisa o Hospital das Clínicas da UFMG e buscamos compreender como as análises realizadas no capítulo anterior se efetivam no dia a dia dos hospitais contratualizados.

5.1 As alterações na gestão

O Hospital das Clínicas da UFMG assinou o contrato com a Ebserh em 12 de dezembro de 2013. Importante assinalar que a assinatura do contrato com a empresa não ocorreu sem a resistência dos trabalhadores e estudantes. A manifestação da reitoria da universidade junto ao Governo Federal quanto ao interesse em discutir e negociar a adesão à Ebserh iniciou-se em março de 2012. No período de negociação, foram realizados atos públicos em manifestação contrária à adesão e inclusão desta pauta nas reivindicações de greve dos funcionários técnicos administrativos da universidade. Consta, na ata da reunião do Conselho Universitário que votou – em caráter de urgência – a adesão à Ebserh, a ocorrência de debate em torno do não atendimento, por parte da empresa, das solicitações de alteração na minuta do contrato, além de questões acerca da autonomia universitária (UFMG, 2013).

Em consonância ao movimento da maioria dos hospitais, as manifestações contrárias à adesão por parte da comunidade acadêmica não foram suficientes para impedir a assinatura do contrato. Afinal, conforme determinação da justiça, no caso do Hospital das Clínicas da UFMG, o contrato com a cooperativa (que contratava os médicos autônomos) deveria ser encerrado em outubro de 2015 e com a fundação (que contratava os demais profissionais) em dezembro de 2016, não havendo possibilidade de inserir outros trabalhadores, e o cenário que se aproximava era o fechamento de cerca de 200 leitos e redução das atividades do hospital (não só assistenciais, como de ensino, pesquisa e extensão), já que os trabalhadores terceirizados representavam cerca de 50% do quadro do hospital.

A opção que se desenhava no horizonte era a adesão à empresa, que possibilitaria, não apenas a contratação dos trabalhadores necessários como também o resgate das finanças, visto

que o orçamento destinado à produção do hospital poderia ser utilizado para retroalimentar o sistema, e não mais para pagamentos da força de trabalho terceirizada. Neste sentido, apesar de a Ebserh ter como prerrogativa a adesão facultativa, a dependência do hospital quanto às contratações direcionava, em um futuro próximo, ao fechamento de leitos e redução da capacidade de funcionamento do mesmo, forçando a universidade a aderir à empresa, assim como pontuam as entrevistadas 4 e 6:

Então era uma situação assim, muito complexa, muito tensa, muito tensa. E apesar de ser uma escolha, né? O hospital, a universidade, o reitor, juntamente com o conselho universitário define se o seu hospital universitário vai aderir ou não, era uma opção compulsória, né? A gente chamava de abraço de afogado, né, então não tinha muita escolha (Entrevistada 4).

(...) então, a situação estava insustentável e não tinha, efetivamente, nenhuma perspectiva de mudança naquele momento, a única solução apresentada pelo governo era essa, tinha tido uma medida provisória antes e depois veio a lei de criação da Ebserh e aí é como hoje, ainda, acontece com alguns hospitais que não aderiram, tipo, hospital de Uberlândia que ainda não aderiu e que só está fechando leito, o hospital do Paraná tinha em torno de 600 leitos, hoje, parece que eles estão funcionando com 150, porque, foi fechando, fechando, fechando, fechando, fechando... agora, o Paraná assinou contrato com a Ebserh, fez o concurso, está chamando as pessoas e está reabrindo leito, Uberlândia ainda não assinou, então, não está... era isso que ia... era esse o cenário que estava colocado para o hospital e aí tinha uma outra preocupação com o ensino (Entrevistada 6)

Importante pontuar que, de acordo com as entrevistas, o Hospital das Clínicas da UFMG não tinha necessidades concernentes à gestão do hospital, de forma que a vinculação à Ebserh só se mostrou fundamental quanto à possibilidade de contratação dos trabalhadores, que era, como vimos, a condição para manter o hospital em funcionamento; de maneira que o hospital segue com o mesmo corpo gestor e práticas que são, inclusive, utilizadas como referência pela própria Ebserh.

O que nós queremos da sede é que ela contrate pessoas. Nós, HC UFMG, com a maturidade de governança, a história, a envergadura que o hospital tem, que a própria universidade tem, nós não precisamos da sede. Nós não dependemos da sede para fazer o hospital funcionar. Já era um hospital maduro. Já era um hospital... ele enfrentava questões relacionadas a política de gestão dos hospitais mesmo. Não era um... não tinham outras... já éramos um hospital que tinha uma trajetória de muita identidade, né, como vários. Os maiores hospitais universitários, eles já tinham uma identidade, só que na hora que nos tira a autonomia para contratar, eu não posso mais contratar, o hospital vai morrendo a míngua (Entrevistada 4).

Então o HC, ele tá em tudo. Quando a Ebserh demanda algum projeto ou quer fazer um projeto mais sistêmico, a universidade tá em todos. Sempre é um dos colaboradores da gestão da sede (Entrevistada 5).

Ora, se a justificativa para a criação da Ebserh foi justamente a dificuldade dos hospitais universitários quanto à gestão, questionamo-nos porque existe uma demanda para que um hospital universitário se apresente como colaborador, em termos de experiência em

gestão. Ou seja, se existia, dentro da rede hospitalar, alguns hospitais que se destacavam em termos de gestão, não haveria outras opções para sanar a crise enfrentada? Uma interlocução entre estes hospitais, consultorias intra-hospitais universitários, cursos, não seria uma opção à criação da Ebserh?

Mas a solução encontrada pela Ebserh para capacitar os gestores, além do apoio dos hospitais universitários com melhores práticas, é buscar consultoria com instituições externas, como o Hospital Sírio Libanês:

Hoje a empresa tem dado mais apoio, vamos dizer assim, para os hospitais que estão se estruturando ainda, então, isso que eu falei, tinha hospital, quando a gente fez o curso lá no Sírio Libanês, a empresa, logo que a gente assinou o contrato, a empresa pagou um curso para dez gestores do hospital no Sírio Libanês durante um ano, um curso de especialização (Entrevistada 6).

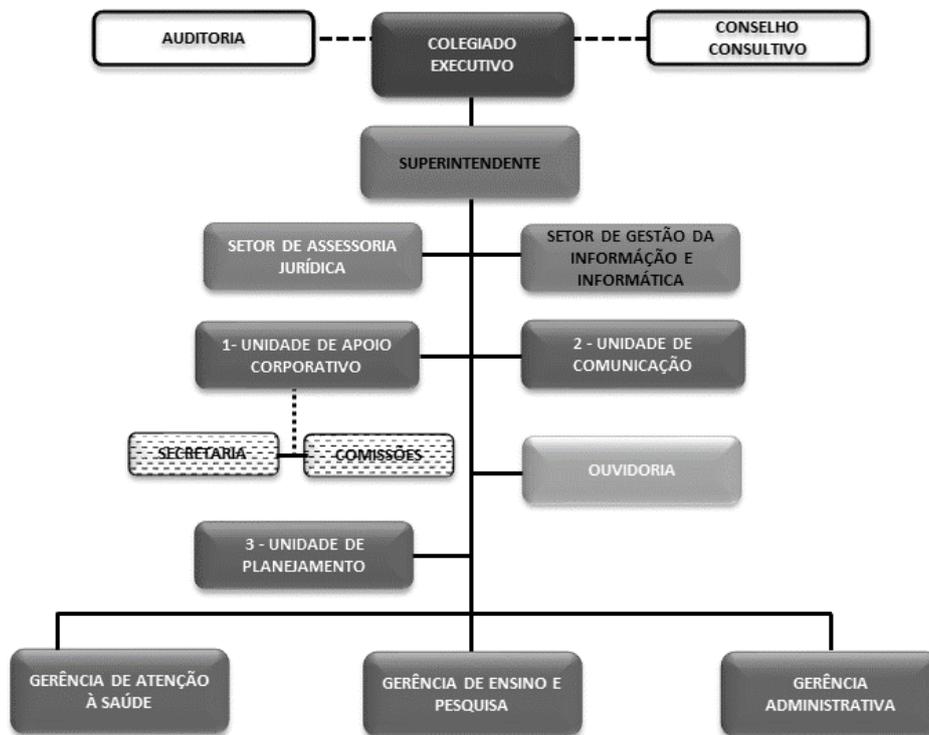
Em entrevista no site da Ebserh, o superintendente da instituição de ensino do Sírio-Libanês afirma que “o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa apoia o desenvolvimento do SUS e tem se envolvido nesta construção da Ebserh, oferecendo um programa de ensino baseado em um sistema de referência. Estamos apoiando o programa desde 2013, desenvolvendo competências de governança nos Hospitais Universitários Federais que estão ligados à Ebserh” (EBSERH, 2015). Consta, no site da Ebserh, contratos firmados entre a empresa e o Hospital Sírio Libanês, por exemplo, contrato de “Contratação de Consultoria e Tutoria para realização do Plano de Desenvolvimento e Capacitação de 10 Hospitais Universitários Federais.”, cujo valor de empenho é de R\$ 8.840.000,00 (EBSERH, 2013) e contrato de “Prestação de serviços de consultoria para Análise Situacional e Levantamento de Necessidades de 15 Hospitais Universitários federais”, cujo valor de empenho é de R\$ 3.268.608,00 (EBSERH, 2014). Ambos os contratos são sinalizados como inexigíveis de licitação.

Voltamos a nos questionar se não haveria outra forma de capacitação dos gestores hospitalares, principalmente se pensarmos que os hospitais aos quais a Ebserh tem gerência estão ligados a universidades federais, locais onde se aglutinam grande quantidade de professores-doutores com habilidades e competências em gestão. Tais alternativas, porém, não são interessantes ao avanço do capital rumo aos bens públicos, afinal, seria uma prática de valorização dos servidores públicos, além de destinar financiamento para a própria universidade, e não para a iniciativa privada.

Retomando a questão da assinatura do contrato entre o hospital e a Ebserh, cabe frisar que dentre as mudanças realizadas estão a alteração do organograma, a renovação do plano estratégico e a criação de metas e métricas que irão pautar, dali em diante, o funcionamento

dos hospitais. Nos moldes da implantação da empresa, o Hospital das Clínicas da UFMG passou por reformulação em seu organograma, que atualmente é da seguinte forma:

Figura 2 - Organograma do Hospital das Clínicas da UFMG



Fonte: site da Ebserh. Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/organograma>

Importante analisarmos como as instâncias se configuram para compreendermos as relações que estão postas entre os atores envolvidos. O Colegiado Executivo, a Superintendência e as Gerências são a estrutura de governança do hospital. O Colegiado Executivo é composto pelo superintendente do hospital e pelos três gerentes, de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e administrativo. As competências a ele atribuídas são:

I -Propor, implementar e avaliar o planejamento de atividades de assistência, ensino e pesquisa a serem desenvolvidas no âmbito do hospital, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela EBSEH, as orientações da universidade à qual o hospital estiver vinculado e às políticas de saúde e educação do país; II. Garantir a execução das diretrizes da EBSEH e o cumprimento dos contratos firmados; III. Elaborar, implementar, monitorar e avaliar o Plano Diretor da unidade hospitalar; IV. Estabelecer normas e delegar poderes, no âmbito de sua competência; V. Intermediar o relacionamento do hospital com a universidade e com a EBSEH; VI. Fornecer todas e quaisquer informações requeridas pela Diretoria Executiva da EBSEH; e VII. Instituir as respectivas Comissões de Ética, nos termos da legislação vigente (EBSEH, 2016).

À superintendência compete “praticar os atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento das unidades hospitalares (...)” (EBSERH, 2016), à Gerência de Atenção à Saúde competem todas as questões relacionadas à parte assistencial do hospital. A Gerência de Ensino e Pesquisa é responsável por

I. Planejar, coordenar e supervisionar o trabalho dos profissionais dos setores e unidades subordinados à Gerência; II. Analisar e viabilizar a execução das propostas de ensino e pesquisa no âmbito do hospital; e III. Representar a Gerência junto aos órgãos superiores, ouvindo seus pares (EBSERH, 2016).

E à Gerência Administrativa compete

I. Gerenciar e implementar as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil no âmbito do hospital; II. Assinar os processos financeiros para pagamento, após a análise pela Unidade de Liquidação da Despesa, submetendo-os à deliberação do Ordenador de Despesas; III. Gerenciar e implementar as políticas de gestão da logística e infraestrutura hospitalar e de gestão de pessoas (EBSERH, 2016).

Os setores de Assessoria Jurídica, de Gestão da Informação e Informática, as Unidades de Apoio Corporativo, Comunicação, Planejamento e a Ouvidoria fazem parte da estrutura de apoio à gestão. Os cargos referenciados como Superintendente, Gerente, Ouvidor e Auditor correspondem a cargos comissionados; os demais (Chefes de Divisão, de Setor e de Unidades), a funções gratificadas.

A seleção para compor tais cargos são realizadas da seguinte maneira:

I - O Superintendente será indicado pelo Reitor da Universidade à qual pertence o Hospital ao Presidente da EBSERH, na forma do estabelecido no artigo 46, § 2º, do Regimento Interno da Empresa; 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 a respectiva unidade hospitalar, 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 de cada Hospital Universitário Federal (HUF) será também realizada pelo Colegiado Executivo do HUF, 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 (EBSERH, 2016).

De posse destas informações, podemos refletir sobre a forma como tais cargos são ocupados na estrutura dos hospitais. Está previsto, no artigo 7º da Lei 12550, que “os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênere que exerçam atividades relacionadas ao objeto da Ebserh poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas.”. Desta forma, é possível que trabalhadores ligados à universidade assumam tais cargos gerenciais e de apoio, entretanto, isso não garante que eles se mantenham com estes trabalhadores. Quanto

à cessão de trabalhadores RJU para a Ebserh, refletimos que tal possibilidade vai de encontro à característica da ineficiência apregoada aos mesmos, o que coloca em perspectiva a criação de uma empresa para sanar a ineficácia da gestão.

Como vimos anteriormente, os cargos ocupados pela Diretoria Executiva da empresa são nomeados e destituídos a qualquer momento pelo Presidente da República, de maneira que os mesmos são cargos políticos. E assim, a nomeação do Superintendente, ainda que mantida a indicação do reitor, necessita da aprovação do Presidente da Ebserh, de modo que esta também se mostra vulnerável. Neste sentido, determinados fatos podem vir à tona conforme a vontade dos representantes da empresa. Cita-se como exemplo o ocorrido na Universidade Federal de Alagoas, em que a Superintendente Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi (professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que havia sido cedida à Universidade Federal de Alagoas para assumir a Superintendência) foi exonerada do cargo (DOU, 2017), sem consulta à reitoria, uma semana após ter participado de uma audiência pública na Câmara dos Deputados, em Brasília, onde teceu críticas à Ebserh e ao desmonte da saúde pública.

De maneira indireta, portanto, está condicionada à Diretoria Executiva a escolha de todos os cargos ocupados nos hospitais universitários, visto que a seleção para os demais cargos apresentados no organograma conta com a presença da Diretoria Executiva ou, no mínimo, com a do Superintendente. Esta perspectiva se agrava quando analisamos que muitas das atribuições postas a estas instâncias estão relacionadas às demandas da universidade, como o ensino e a pesquisa (a extensão, ainda que seja uma das demandas da universidade, não aparece nas atribuições), principalmente quando analisamos o contrato da empresa com o hospital, que aponta que ficará a cargo da empresa:

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. destinar recursos para o incentivo à pesquisa no Hospital Universitário, cujo percentual **será definido anualmente pela Diretoria Executiva da CONTRATADA** (EBSERH; Hospital das Clínicas da UFMG, 2013. Grifos nossos).

Neste sentido, ao considerarmos que fica a cargo da empresa a distribuição de recursos destinados ao ensino, à pesquisa e à extensão, enquanto suas metas – inclusive para conseguir verbas ligadas ao SUS – tem consonância apenas com a assistência, questionamo-nos sobre a quantidade de verbas que serão destinadas à parte acadêmica do hospital, já que, *a priori*, dos dois ‘clientes’ da Ebserh – o SUS e as universidades – apenas o primeiro é capaz de deslocar recursos para a mesma.

A lógica que a Ebserh insere nos hospitais universitários é perversa. Em qual sentido? No sentido de que, para que a empresa sobreviva – e também os hospitais, já que ela tem assunção plena da gestão dos mesmos -, ela precisa de dinheiro. E o dinheiro destinado a ela vêm, principalmente, do orçamento anual da União, via MEC, e do faturamento dos hospitais, via SUS. O orçamento da União é destinado, em sua maioria, ao pagamento dos trabalhadores celetistas e à reestruturação dos hospitais, e o orçamento do SUS é reservado ao pagamento das empresas terceirizadas e insumos, como materiais de trabalho e medicamentos. Se pensarmos, portanto, que o ensino tem custos, ele também demanda tempo e materiais em quantidade maior do que o que um profissional gastaria, assim como sinaliza a Entrevistada 1:

Assim como foi queixa de alguns professores, o hospital perdeu a característica de ensino. Porque perdeu a característica de ensino? Porque se eu pensar na lógica capitalista que o aluno dá despesa, eu vou diminuir a quantidade de aluno no hospital. Aluno gasta mais luva, isso aluno no geral...(...) eu tenho que colocar na conta aqui, uma despesa que é despesa de ensino (Entrevistada 1).

Essa diminuição já vem sendo efetivada na Universidade, considerando a maior dificuldade de estudantes de cursos como Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Gestão em Saúde para efetuarem suas práticas no Hospital das Clínicas da UFMG. Após ingresso da Ebserh, docentes relatam a não autorização das parcerias entre os hospitais e os colegiados para a realização de atividades curriculares.

O que parece se apresentar no horizonte é a redução do ensino – que gera gastos à empresa, transformando os hospitais universitários em hospitais “comuns”. Confirmando, assim, conforme já discutimos no capítulo 3, o que Médici (2001) apontou em seu relatório, que é a lógica de arrecadação dos hospitais universitários públicos via remuneração complementar para as funções de ensino e pesquisa, por meio de outras formas de relacionamento com o setor público e privado, de maneira que as universidades – tanto públicas quanto privadas - passariam, de fato, a ser clientes dos hospitais, comprando seu serviço.

O poder de decisão da Ebserh quanto ao ensino e à pesquisa nos hospitais universitários nos faz questionar se o direito constitucional da autonomia universitária é, de fato, respeitado após a assinatura do contrato com a Ebserh. Tal preocupação se excede quando consideramos também a fragilidade do controle social presente na empresa, visto que este poderia ser um instrumento limitador das atividades da mesma.

No Hospital das Clínicas da UFMG, a Diretoria Consultiva é composta por trabalhadores da universidade desde a assinatura com a empresa. Mas existe o receio de que, em algum momento, ela vire responsabilidade da Ebserh, conforme sinaliza a Entrevistada 4:

A tendência é trocar... se você não... se a gente não ficar todo o tempo lembrando isso é um hospital universitário, isso é um hospital universitário, isso é um hospital universitário, daqui a pouco não tem... não tem mais esse caráter universitário. A gente não segura só no discurso que é um hospital universitário, a gente tem que segurar na prática (Entrevistada 4).

A preocupação com a desvinculação de membros da comunidade acadêmica dos órgãos de gerência dos hospitais, portanto, gira em torno da discussão acerca da autonomia universitária e da liberdade de cátedra. A entrevistada 4 analisa a situação, comparando com a atuação docente já praticada no HCPA, modelo no qual a Ebserh se inspira:

Vai mudar de mão, não são três professores na alta direção que vão segurar 4000 trabalhadores. Essa onda pode nos amassar. Como aconteceu em vários países. Em vários países, a história dos hospitais universitários, ou melhor, não tem HU. Existem hospitais ligados a universidades, mas são duas coisas diferentes. Que é o modelo do HCPA. (...) Não, em Porto Alegre é assim, a universidade é a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o Hospital das Clínicas do Rio Grande do Sul, de Porto Alegre, ele é uma estatal. A escola não interfere. Claro que, politicamente, quem é o presidente do HCPA desde o seu nascimento? É um professor, de medicina. Mas são... já é uma empresa. Nasceu na década de 70, assim, ela nasceu separada. A faculdade, pra ter um professor atuando lá além da sua carga horária didática, ele tem que se submeter a uma direção, com um plano de trabalho, como se organizam em outros países. Não tem assim, o hospital da universidade. Vários cursos de medicina eles se organizam assim, a universidade ela tem convenio com alguns hospitais e às vezes ela é a única que usa aquele hospital como cenário de ensino, mas já tem uma distinção, no Brasil, não. No Brasil os hospitais foram incorporados pelas universidades, seguiram um outro modelo. Então esse... essa dissociação entre o que é um hospital enquanto cenário de ensino e um hospital da universidade, ela se tornou mais dolorosa por causa da nossa organização histórica. Tirando o HCPA, que já era separado, os outros todos estavam vinculados diretamente ao reitor, né? (Entrevistada 4).

Transformar as universidades em clientes dos hospitais, assim como preconiza a Ebserh e os indicativos de órgãos financeiros como o Banco Mundial, coloca em risco a liberdade de cátedra do corpo docente, afinal, para poder fazer uso do hospital, os professores precisarão se submeter aos ditames da empresa que tem a prerrogativa de indicar qual pesquisa e qual ensino serão efetuados dentro do hospital.

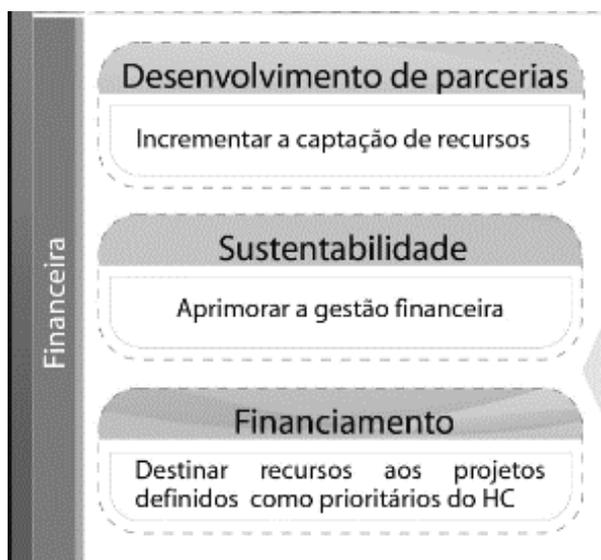
Porém, a preocupação se estende também à configuração de vínculos dos trabalhadores dos hospitais universitários, o movimento que se apresenta - no Hospital das Clínicas da UFMG, já é um fato - é uma proporção cada vez maior do quadro de trabalhadores da Ebserh. Com a impossibilidade de contratação via RJU, o que se verifica é que, em um tempo futuro, haverá apenas trabalhadores celetistas nos hospitais, contratados via Ebserh.

Eu trabalho num hospital que tá sendo dissolvido. Eu trabalho num hospital que tá indo na direção que daqui a 5, 10 anos, eu ser mico leão dourado aqui dentro. Eu estar em extinção. Porque a balança já está negativa, hoje nós temos mais trabalhadores da Ebserh do que RJU. Ao passo que aposenta ou morre alguém do RJU, a reposição é Ebserh. Quando ela vier, porque não tá vindo (Entrevistada 1).

Neste sentido, Andreazzi (2013, p. 157) questiona: “Que autonomia poderá ter a universidade em longo prazo para definir essas metas e romper o contrato quando seu quadro de pessoal próprio será progressivamente extinto e substituído por empregados da empresa, e não empregados do Estado?”.

Outra transformação na gestão do Hospital das Clínicas da UFMG foi em seu planejamento estratégico. Vimos anteriormente que é possível que a Ebserh utilize como parte de seus recursos rendas provenientes de fontes advindas, por exemplo, de acordos que a empresa realizar com entidades nacionais ou internacionais, de doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, assim como de rendas provenientes de “outras fontes” (BRASIL, 2011). Essa abertura, somada, por exemplo, às diretrizes do Planejamento Estratégico do Hospital das Clínicas da UFMG, que prevê o desenvolvimento de parcerias para incrementar a captação de recursos, abrem espaço para a atuação privada no Hospital.

Figura 3: Excerto do Planejamento Estratégico do Hospital das Clínicas da UFMG



Fonte: site da EBSEH. Disponível em

<http://www.ebserh.gov.br/documents/218065/218348/Mapa+Estrat%C3%A9gico2016+final.jpg/4f79e2cf-52ed-4523-b1ef-310cce30f447?version=1.0&t=1489601768350>

Neste sentido, retomamos o exemplo do Hospital Sírio Libanês, que atua na capacitação e consultoria de gestão para os hospitais universitários, fazendo escoar o fundo público para a iniciativa privada e abrindo portas para atuação privada dentro dos hospitais. Importante pontuarmos que, inclusive, é possível acompanhar a presença de representantes do Hospital Sírio Libanês no dia a dia do Hospital das Clínicas da UFMG. Durante a observação

realizada no hospital, registramos presença em um evento comemorativo pelos 90 anos do mesmo, onde, compondo a mesa de abertura, estava um representante do Hospital Sírio Libanês, junto aos representantes da Ebserh, da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, do Hospital das Clínicas da UFMG, professores, diretores e do reitor da universidade. Sobre o cerco destas instituições nos hospitais universitários, a Entrevistada 4 pontua:

Agora, vamos ver se ela (a Ebserh) realmente vai continuar neste status de estatal. Os hospitais de excelência que usam a benesse fiscal do PROAD, ficam de olho na gente. PROAD é um programa de renúncia fiscal de hospitais de excelência, de transferência de know-how pro SUS. Ou know-how ou produção. Então os grandes hospitais paulistas e outros Sírio Libanês, Albert Einstein... hospital alemão Oswaldo Cruz. Eles têm uma renúncia fiscal desde que eles façam algum tipo de prestação de serviço para o SUS. Eles já gerenciam em São Paulo, hospital universitário. O próprio Sírio Libanês, ele gerencia unidades básicas de saúde. E eles estão dentro do Ministério da Saúde, em interlocução direta com a Ebserh. Eles fazem uma série de ações conjuntas com a Ebserh, mas em troca, eles têm essa renúncia fiscal. Então, banca capacitação, banca curso, banca especialização, banca estruturação de tecnologia, software... uma série de coisas. (...). Então eles têm essa relação... eles tão... eles assentam lá com a gente. E na verdade na ideia PSDBista da época, era de não fazer esse tipo de criação de estatal, na verdade OSCIPS, vinculadas ao PROAD, vinculadas a esses hospitais, fazerem a gestão dos hospitais universitários da rede (Entrevistada 4).

Ao observarmos a produção de conhecimento e tecnologia que permeia uma instituição federal de ensino, pontuamos que, para além do interesse com a isenção fiscal, esse auxílio não advém da benevolência e do desinteresse. A parceria privada no hospital também demandará que as atividades acadêmicas sejam negociadas com este terceiro agente, fragilizando ainda mais a autonomia da universidade. Importante pontuarmos que a isenção fiscal, uma das ações do Estado Capitalista para manter o equilíbrio do mercado e garantir a acumulação compilada do Capital (FARIA, 2009), faz com que o Estado deixe de arrecadar, de forma que a parte do mais-valor expropriado que seria destinado aos impostos é apropriada diretamente pelos empresários do setor da saúde, impedindo a distribuição, ainda que pífia, do orçamento do Estado para os direitos sociais (OLIVEIRA, 1998), afinal, “enquanto o Estado socorre o capital, a situação social permanece como objeto periférico das atenções e dos investimentos” (FARIA, 2009, p. 37).

Se por um lado as transformações na gestão ocasionadas pela Ebserh possibilitam inserção da iniciativa privada nos hospitais universitários e o afastamento dos mesmos das universidades, enfraquecendo a autonomia universitária e o ensino, por outro lado, ela atinge os trabalhadores ao flexibilizar e precarizar as relações e condições de trabalho, como veremos a seguir.

5.2 As relações e condições de trabalho

No período de negociação entre o Hospital das Clínicas da UFMG e a Ebserh, foi realizado um dimensionamento da quantidade de trabalhadores necessários para manter o hospital em pleno funcionamento, entretanto, o quantitativo aprovado pelo Departamento de Estatais do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Dest/MPOG) apresentava cerca de 400 vagas a menos do que o necessário, o que configura, já de antemão, a inobservância das necessidades dos hospitais.

Em seguida à assinatura do contrato, houve a abertura do edital para seleção dos trabalhadores, que foi publicado em 21 de fevereiro de 2014 contendo vagas destinadas às áreas médica, assistencial e administrativa. As primeiras convocações ocorreram entre maio e julho do mesmo ano.

Ressalta-se que os prazos para encerramento dos contratos com a cooperativa e com a fundação venciam em 2015 e 2016, respectivamente, de forma que houve um período em que conviveram no hospital os trabalhadores celetistas (Ebserh), os servidores públicos e os terceirizados da fundação e da cooperativa. Este período é relatado como conflituoso, visto que havia a inserção de novos trabalhadores no hospital, ao mesmo tempo em que os terceirizados permaneciam ali sabendo que não continuariam suas atividades.

Neste contexto, os trabalhadores inicialmente mais atingidos foram os que tinham os contratos de trabalho flexibilizados via fundação e cooperativa - os trabalhadores terceirizados de forma irregular, segundo TCU - que conviveram, como é comum aos trabalhadores com vínculos de trabalho precários, com a instabilidade e insegurança da iminência de uma dispensa em massa. A irregularidade quanto às contratações de trabalhadores terceirizados se mostra uma alternativa antiga para solucionar os problemas do hospital, conforme aponta a Entrevistada 4 aponta:

E o que era temporário, permaneceu por mais de duas décadas, né. Nós tivemos trabalhadores da fundação que ficaram conosco 22 anos. Contratados pela fundação. Mais até do que alguns servidores públicos, entendeu? Trabalhavam mais tempo aqui do que alguns servidores públicos (Entrevistada 4).

Já refletimos anteriormente sobre como os trabalhadores da Ebserh podem configurar-se como trabalhadores terceirizados, visto que não são funcionários diretos dos hospitais universitários. Não está posto, portanto, a estes trabalhadores, a mesma instabilidade e insegurança com que conviviam os trabalhadores considerados irregulares nos hospitais? Não seria a Ebserh apenas uma configuração diferente das fundações/cooperativas, visto que, mais uma vez, foi impossibilitada ao hospital a realização da contratação direta?

Seguindo com os desdobramentos da abertura do edital de seleção, a admissão da primeira turma do concurso aconteceu em agosto de 2014, com entrada de aproximadamente 200 trabalhadores, seguida de novas convocações e admissões nos meses que se sucederam. Assim, em um curto período de tempo, mais da metade dos trabalhadores do hospital foi substituída, em uma dinâmica em que cada mês havia a entrada de uma turma de trabalhadores.

E aí assim, fizemos da melhor forma? Com uma transição adequada, bem trabalhada? Não. Eram 200 substituições por mês. Levanta, senta, levanta, senta, levanta, senta. Assim... era assim, uma medida de riscos, né? O... se fossemos muito cuidadosos nessa inserção, nós não passaríamos de 80 convocações por mês. Pra fazer as devidas interlocuções, substituições, treinamentos... (Entrevistada 4).

Em detrimento de todas as trocas realizadas, a Entrevistada 3 aponta que o hospital também convive com a rotatividade dos trabalhadores celetistas:

Aqui no HC-UFMG, a força de trabalho que entrou foi massiva. Nós ainda temos pessoal pra chegar, tem pessoas também que já entraram e já saíram, a rotatividade da Ebserh ela... era esperado que não fosse tão alta (Entrevistada 3).

Andreazzi e Bravo (2014) sinalizam que o aumento do índice de rotatividade, característica mais comum no regime celetista, prejudica os impactos positivos dos programas de educação permanente, fundamentais na área da saúde. Em um hospital universitário, por exemplo, podemos inferir que a falta de continuidade em iniciativas educativas influenciam tanto na formação dos estudantes como nos projetos de pesquisa científica e na qualidade do atendimento à população.

Realizadas as devidas substituições, atualmente, o Hospital das Clínicas da UFMG conta com 1700 trabalhadores celetistas, com vínculo com a Ebserh, 1300 trabalhadores contratados pelo Regime Jurídico Único (RJU), com vínculo com a UFMG e 900 trabalhadores terceirizados, contratados via prestadoras de serviços que trabalham na parte administrativa do hospital (receptionistas, ascensoristas, seguranças, lavanderia, etc.). A respeito dos trabalhadores terceirizados que auxiliam na parte administrativa, a Entrevistada 5 indica que tal configuração se apresentou como uma surpresa para os trabalhadores do hospital:

(...) e a gente veio com a novidade da terceirização. A gente dimensionou o administrativo e a coisa funcionou de outra forma. “Não, vai ser 10% da força de trabalho vai ser o administrativo e o concursado, o restante vocês vão terceirizar”. Você vai contratar... vai fazer um processo licitatório contratando uma empresa pra... vamos dizer assim, pra fornecer recursos humanos para as atividades administrativas, né, terceirização mesmo (Entrevistada 4).

Vimos que a configuração de contratação da Ebserh tem transformado o quadro de trabalhadores do hospital, propiciando uma porcentagem cada vez maior de trabalhadores

celetistas ligados à empresa. Esta nova configuração influencia sobremaneira na impossibilidade de manutenção da autonomia universitária e ainda fortalece a permanência da empresa nos hospitais, desvinculando-os da universidade, além de enfraquecer a luta dos trabalhadores. Conforme pontuam Sodré et al. (2013, p. 375): “(...) será possível a convivência de trabalhadores com variados tipos de contratação e salários em um mesmo hospital, o que implica a fragilização das forças na luta de classes.”.

A permanência de trabalhadores com diferentes vínculos em um mesmo local é turbulenta na medida em que proporciona conflitos, gerados, principalmente devido às disparidades salariais e de carga horária para trabalhadores que realizam as mesmas atividades. Na conjuntura posta para as diferentes vinculações (tratando aqui apenas dos trabalhadores celetistas e RJU) que atuam no Hospital das Clínicas da UFMG, podemos apresentar, como exemplo, as diferenças entre os médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme tabela:

Tabela 2: Diferenças entre salários e carga horária dos trabalhadores de diferentes vínculos

Cargo	EBSERH			UFMG		
	Salário	Carga Horária	Preço da hora de trabalho	Salário	Carga Horária	Preço da hora de trabalho
Enfermeiro	R\$ 5025,00	36 h/semana	R\$ 34,9	R\$ 2989,33	40h/semana	R\$ 18,6 ⁴
Médico Clínico	R\$ 6495,00	24 h/semana	R\$ 67,65	R\$ 1294,67	20 h/semana	R\$ 16,18
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	R\$ 2445,00	36 h/semana	R\$ 16,98	R\$ 1821,94	40 h/semana	R\$ 11,38 ⁵

Fonte: Elaborado pela autora (com base nos editais “CONCURSO PÚBLICO 5/2014-EBSERH/HC-UFMG” e “UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS Edital N° 327, DE 30 DE ABRIL DE 2012.”)

O Plano de Cargos e Salários da Ebserh (2014) tem base no plano de Cargos e Salários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que, por sua vez, foi elaborado em parceria com a empresa PriceWaterhouseCoopers – PwC, mediante pesquisa de mercado. Já discutimos anteriormente acerca do HCPA, uma das inspirações para a criação da Ebserh. Não podemos nos furtar de pontuar que, mesmo após pesquisa de mercado que comprovadamente demonstra a defasagem nos salários dos servidores públicos e contratação de trabalhadores para executarem funções semelhantes com vencimentos maiores, o governo não proporciona

⁴ Como os trabalhadores conquistaram as 30 horas semanais, o preço efetivo é R\$24,91 por hora.

⁵ Como os trabalhadores conquistaram as 30 horas semanais, o preço efetivo é R\$15,18 por hora.

aumentos salariais reais aos servidores, que se encontram constantemente em luta para a concessão de reajustes. E além, a defasagem salarial demonstrada pela consultoria é exemplo de como a análise realizada pelos ideólogos do Estado, embasados nas diretrizes do Banco Mundial, é equivocada quando apresenta que os servidores públicos, devido aos seus altos custos, oneram os cofres públicos.

A diferença do preço da hora de trabalho é visivelmente distinta. Com salários muito menores, confirma-se o movimento de desvalorização dessa categoria, uma decisão política a respeito dos investimentos nas áreas de saúde (e porque não, da educação). Há muitos desdobramentos daquela decisão; destacamos alguns deles de forma pontual: a queda do poder de compra dos trabalhadores da saúde com o seu salário normal os faz compensar com trabalhos extras, causando exaustão física e psíquica nos profissionais; sem data de dissídio, a forma de pressionar os governos é a greve, porém, a forma como a mídia retrata a greve dos servidores públicos constrói – ou potencializa – um senso comum sobre os “privilégios” destes trabalhadores, que se não fossem estáveis, não estariam em greve. Assim, sob um passe de mágica, de trabalhadores mal remunerados, eles se tornam trabalhadores “privilegiados”, sobretudo quando os baixos salários são comparados aos do trabalhador médio (salário mínimo). Tal senso comum faz com que as iniciativas de governo de dirimir tais “privilégios” e até extinguir a contratação via RJU angarie apoio da população que não percebe que, assim, retrocede na luta por direitos para a classe trabalhadora.

As entrevistadas apontam que o conflito entre os trabalhadores existe desde o momento da inserção dos contratados da Ebserh no hospital, conforme as falas destacadas a seguir:

E gerar um conflito que eles já sabiam que ia ter, que era o conflito da inserção, de disputar o mesmo espaço, de ter uma relação de trabalho com carga horária diferente, que é o pior que tem da nossa convivência, é a diferença de carga horária (Entrevistada 1).

(...) ainda teve uma grande falta de receptividade também pelo pessoal RJU, porque o pessoal do RJU tava com salário bem inferior ao do pessoal da Ebserh, então vários setores, e isso aí a gente ouviu muito, né, o pessoal da Ebserh a gente conversa muito, então teve um... a princípio uma aversão por parte do pessoal da federal com o pessoal da Ebserh (Entrevistada 2).

Neste sentido, a principal queixa dos trabalhadores da Ebserh é a disparidade da carga horária. A equipe de enfermagem RJU, por exemplo, conquistou como categoria o direito de trabalhar 30 horas por semana, ainda que constem no edital 40 horas semanais. A luta dos trabalhadores da saúde por redução de carga horária tem correspondência com a melhoria da qualidade de atendimento e também da saúde dos próprios trabalhadores. No Hospital das

Clínicas da UFMG, desde 2011 a maioria dos trabalhadores atua em jornadas de 31 horas e 15 minutos, e, em 2016, foi aprovada pelo reitor da universidade a proposta de adoção do regime de 30 horas para todos os servidores efetivos lotados no hospital⁶. Mesmo com esta prática, o edital da Ebserh acaba por não contemplá-la, ignorando as especificidades das atividades e as conquistas dos trabalhadores.

Nós fazemos 30 e eles fazem 36. O concurso deles é de 36 e eles brigam porque nós somos efetivos como 40 mas fazemos 30. E fica essa disputa. Já entraram questionando porque que nós somos concursados como 40 e fazemos 30. Alguém, no processo de inserção deles, plantou esse tipo de intriga. É uma intriga plantada. Porque a pessoa que foi efetivada ela não ficou pesquisando (...) Essa diferença, ela podia ter sido já pensada, já que era uma luta dos hospitais universitários de implantar 30 horas a nível nacional, porque colocou 36? Porque já não colocou 30, que já é uma... que já é a direção que a saúde tá indo? (Entrevistada 1).

Por parte dos trabalhadores RJU, o que desponta como principal motivo de conflito corresponde à defasagem salarial, que fere a isonomia entre trabalhadores que executam a mesma função. Em um primeiro momento, conseguimos perceber ganhos imediatos aos trabalhadores da Ebserh, que recebem salários maiores do que a média do mercado. Entretanto, já em seu quarto acordo coletivo, a empresa não aprovou reajuste salarial, o que levou os trabalhadores a se manifestarem em greves⁷ que foram organizadas pelo sindicato nacional.

As relações conflituosas observadas entre os trabalhadores de diferentes regimes reforçam, como Marx e Engels (2010, p. 48) já afirmavam que “a organização do operário em classe (...) é incessantemente destruída pela concorrência que fazem entre si os próprios operários”.

Ainda relacionado à iniquidade salarial, é possível perceber que a mesma também atinge os docentes da universidade, de acordo com a fala das entrevistadas:

Hoje, um médico Ebserh 24 horas ganha mais do que um professor dedicação exclusiva adjunto. A carreira é assim. Aí, aquele professor que vem aqui, ele é o chefe, ele organiza a escala, ele responde demanda do MP, ele organiza cursos, ele gerencia os trainees, estudantes, residentes, não sei o que, não sei o que. Qual é o reconhecimento que ele tem da universidade de medicina? Pontos na sua ascensão docente. Dinheiro e liberação de carga didática, zero. Enquanto isso o que é comandado por ele, que é aluno de mestrado dele, de doutorado dele, que ainda tá se formando às custas dele enquanto professor, ganha 3 mil reais a mais que ele. É muito complicado (Entrevistada 4).

Na hora que ele olhou pro lado (o professor), agora tem gente trabalhando aqui... se você for contabilizar, minha carga horária de 24 horas como médico Ebserh eu ganho aí, com adicional, insalubridade e tal, chega muito próximo ou até mais do que o salário de um professor de dedicação exclusiva, que tem que ficar 40 horas.

⁶ Disponível em http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/noticia-aberta/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/1239426/2016-06-jornada-especial-de-30h-e-aprovada

⁷ <http://www.otempo.com.br/cidades/servidores-do-hospital-das-cl%C3%ADnicas-da-ufmg-entram-em-greve-na-capital-1.1521942>; <http://www.condsef.org.br/inicial/7639-2017-09-21-22-20-17>

Aí isso aí foi um momento que... que é o que tá gerando muito desânimo. Então se utiliza um discurso de um problema... “ah, o Ebserh chegou, e o docente tá perdendo espaço”... mas ele tá saindo porque a carreira dele não é atrativa” (Entrevistada 7).

A empresa desconsidera a atuação dos docentes na assistência do hospital e ignora a importância deste profissional, desvalorizando-o. Esta situação acaba afastando os docentes dos hospitais, prejudicando o ensino em saúde e a possibilidade de manter trabalhadores da universidade na gestão do hospital, contribuindo com o enfraquecimento da luta pela manutenção da autonomia universitária. A Entrevistada 7 nos apresenta que havia, na gestão anterior da Ebserh, algum indicativo de discussão para a possibilidade de aumento de verbas destinadas aos professores que atuam no hospital:

Na gestão anterior, do professor (nome suprimido), tinha um grupo para discutir isso, talvez pegar o recurso da APH, não ser APH e criar bolsas de preceptoría para o docente, porque aí você não tinha o engessamento. Com a mudança, com a nova... com a gestão do (nome suprimido), isso sumiu do raio de ação. Eu não vejo hoje na Ebserh interesse de discutir isso não (Entrevistada 7).

Entretanto, conforme já apontamos, a submissão às políticas de governo a que se sujeita a Ebserh propicia vulnerabilidade às iniciativas da mesma, em que se pese as lutas dos trabalhadores.

A questão da hierarquia entre os trabalhadores também está presente, principalmente pela reestruturação proposta pela Ebserh, que prevê, em sua elaboração de cargos, profissionais com qualificação de especialista, não exigida em concursos da UFMG. A inserção destes profissionais transforma dinâmicas de trabalho já consolidadas, causando estranheza e potencializando os conflitos.

Vimos anteriormente que o dimensionamento realizado pelo hospital não foi contemplado pela Ebserh. Somado a isso, houve, neste período, redução do quadro de trabalhadores RJU, conforme apontam as entrevistadas:

A gente tinha um planejamento, qual era: além de contratar o que foi dimensionado, em 2013, cada aposentadoria do RJU seria resposta pela Ebserh, dentro do dimensionamento que foi feito. Então tirou-se uma fotografia do hospital: aqui são 3263 funcionários, 1700 Ebserh e o resto RJU E vamos trocando. Nós já estamos com 154 aposentadorias do RJU reconhecidas pela Ebserh. Aposentou este enfermeiro, reconhecemos que tem que entrar outro enfermeiro. 154, sem autorização para convocar. Porque não tem orçamento. Então quer dizer, a regra tá começando a ser quebrada. 2013 nós fizemos um planejamento! 2013 foi ontem! E no meio do caminho já tão mudando a regra, entendeu? (Entrevistada 4).

Quando eles conseguiram atingir, a gente já teve tanta saída do RJU, por aposentadoria, por óbito ou talvez exoneração, não sei se teve alguma, e a Ebserh não repõe estes trabalhadores. A gente já estava negativo em 400, porque eles não aceitaram o dimensionamento que o hospital precisava para funcionar, então era 1600, vou colocar por alto que tenham saído 200 pessoas neste tempo, inclusive demissões da própria Ebserh, ela não repõe (Entrevistada 1).

Questionamo-nos portanto, se, para além da impossibilidade de expansão dos serviços do hospital, não há sobrecarga de trabalho aos trabalhadores, que precisam atender às demandas do hospital em um contingente inferior ao necessário. Neste sentido, uma das alternativas utilizadas para suprir a falta de trabalhadores é a realização de horas extras, chamadas de Adicional de Plantão Hospitalar (APH), permitido apenas aos trabalhadores RJU, que são motivados a fazê-la para aumentar sua renda.

(...) nós servidores públicos fazemos um APH, que é um adicional de plantão hospitalar, que foi criado em 2009, antes mesmo da empresa existir, e eles já pensavam esta forma de terceirização da Ebserh antes, que era 2008 ou 2007, já tinha um outro projeto de lei que ia criar uma empresa parecida com essa, daí ela não passou, aí quando ela foi passar... aí em 2009 criaram o adicional de plantão hospitalar que nós já fazíamos desde então. E a gente fazia pra poder suprir o déficit de profissionais (Entrevistada 1).

A última listagem que consta no site do hospital, referente ao mês de janeiro de 2018, aponta que 775 trabalhadores estão em escala de plantões extras. Lembramos que este valor se constitui como mais da metade dos 1300 trabalhadores RJU do hospital.

A necessidade de realização de horas extras (por meio das APHs), aliada à não contratação do quantitativo de trabalhadores dimensionado pelo hospital e à falta de reposição de servidores que saíram do hospital por motivos diversos (aposentadoria, remoção, óbito, etc.), aponta para um cenário onde é possível notar, por um lado, a escassez de trabalhadores e por outro, o sobretrabalho e aumento da exploração, conforme sinaliza a entrevistada 4:

Cada trabalhador que aposenta, você fica... você vai encolhendo. Você pode até não fechar leito, mas você vai estrangulando as equipes de uma tal maneira que chega num ponto que não tem jeito, né (Entrevistada 4).

Esta situação se assemelha à vivenciada pelos hospitais universitários antes da criação da Ebserh, que é a escassez de trabalhadores para a execução dos serviços necessários, o que nos leva a inferir acerca da iminência de um novo ciclo de endividamentos ou na redução dos atendimentos do hospital, o que confirmará a ineficácia da estratégia. Ou ainda, poderá ser permitido, aos trabalhadores da Ebserh, a realização de horas extras que se transformarão em banco de horas, conforme autoriza a CLT, culminando na precarização das relações de trabalho. Esta situação apenas confirma que, em detrimento do posicionamento da justiça de correção das ilegalidades dos contratos terceirizados, agora é possível que o Estado avance no ataque aos servidores, porém de forma legítima, amparado legalmente pelas Leis nacionais.

Quanto às condições de trabalho – as relações dos trabalhadores com os meios de trabalho -, a Entrevistada 1 aponta:

Aqui teve um período em 2015, e em 2016 também aconteceu, a gente abria um pacote de gaze, que a gaze já tava aberta, ela era tão ruim, que a cola que vedava a

gazinha, que é estéril, ela já vinha aberta, então ela já vinha comprometida. Eram caixas e caixas com milhares de pacotes de gaze que vieram... então produto ruim, as luvas de má qualidade, fio cirúrgico contestado por muito mais era o que tinha, era o que era comprado. Materiais que eram os insumos, esse material de consumo, muitos deles de má qualidade, coisa que a gente não via acontecer no hospital a muito tempo. (...) Gazinha é um exemplo. Luva cirúrgica furada... mas não é porque ela vinha furada, era porque a qualidade era ruim, o lote tinha muita... era uma porcentagem muito alta de defeituosos. Isso aí foi... mas a gente se ajeita com isso. A gente se adapta, a gente usa aquilo que foi comprometido, aquilo que não tá estéril mais, a gente usa pra um outro procedimento que pode ser só limpo. Mas isso é da nossa... do nosso arranjo profissional. Mas não é pra ser assim, porque o preço que foi pago foi preço de produto estéril, garantido. E chegava um produto nem duvidoso, certamente contaminado. Daí o que deve ter repercutido índices mais altos de infecção hospitalar (Entrevistada 1).

Observamos um descaso com as condições de trabalho dos trabalhadores, em detrimento da economia proporcionada pela Ebserh, principalmente quando somamos a esta análise o gasto realizado na compra de insumos caros e subutilizados no hospital, conforme apontado no capítulo anterior. Enfatizamos que, após a assinatura do contrato, a gestão financeira do hospital fica sob responsabilidade da empresa, conforme sinalizam as seguintes cláusulas do contrato entre o Hospital das Clínicas da UFMG e a Ebserh:

VII. 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 (EBSERH; Hospital das Clínicas da UFMG, 2013).

X. a execução do objeto do presente Contrato será financiada pelas dotações orçamentárias do Ministério da Educação, alocadas diretamente no orçamento da CONTRATADA, e pelos recursos provenientes do SUS e de outras fontes de recursos públicos.

Parágrafo Único – Os recursos REHUF provenientes do Ministério da Saúde também comporão as fontes de financiamento do presente contrato e serão transferidos diretamente à CONTRATADA pelo FNS, mediante autorização expressa da contratante (EBSERH; Hospital das Clínicas da UFMG, 2013).

Novamente colocamos em questão, portanto, a forma como está sendo investido o dinheiro destinado ao hospital após a redução do pagamento da folha dos trabalhadores terceirizados ilegalmente, já que a realidade dos trabalhadores é a precarização dos meios de trabalho.

Neste cotidiano de conflitos, sobrecarga de trabalho e falta de condições materiais para a realização das atividades, não nos espanta que esteja presente o adoecimento dos próprios trabalhadores. Um dos entrevistados aponta que, em um diálogo com médicos responsáveis pelo setor de saúde do trabalhador correspondente a cada um dos vínculos, foram apresentados índices de afastamento e adoecimento equivalentes entre os trabalhadores, além do índice de adoecimento mental observado nas equipes de trabalho.

E aí mostraram os dados de afastamento e tal, e o médico da medicina do trabalho deles, os dados de afastamento são equivalentes aos nossos. Pessoas que estão aqui

há 20, 30 anos trabalhando, já esgotados fisicamente, emocionalmente, o índice de afastamento deles é praticamente igual ao nosso. Eles já entraram esgotados, já entraram... e o esgotamento emocional, ele já foi logo da entrada. Aquilo que veio pra nos machucar, machucou eles mesmos. E eles não iam adoecer em 5, 10 anos... eles já estão doentes. Doentes porque olham pra uma carga horária e isso machuca, doentes porque o regime ele é muito... o regime de trabalho ele é muito engessado (...) E aí a gente tá nessa. Adoecimento mental aqui, se for olhar, em cada setor tem o seu núcleo de adoecidos. E aqueles que estão adoecendo pelo próprio desgaste da profissão, que é lidar com a morte, lidar com a doença, com o sofrimento dos outros (Entrevistada 1).

Pontuamos, portanto, que, para além dos conflitos ocasionados por determinados “privilégios” de cada regime – salários mais altos ou carga horária menor -, a precariedade real das condições para execução do trabalho impera sobre todos.

Em detrimento de todas as mazelas encontradas, enfatizamos o movimento de resistência por parte dos trabalhadores seja qual for o vínculo de contratação, principalmente por meio de greves e manifestações, que são recorrentes durante todo o processo de criação e inserção da Ebserh. Em julho de 2016, os trabalhadores da Ebserh de todo o Brasil promulgaram uma greve nacional por tempo indeterminado, protestando por

[...] reajuste salarial de acordo com o IPCA; por reajustes nos benefícios coerentes com o custo de vida real; pela instituição do adicional de titulação tendo em vista que somos uma empresa de assistência de saúde e educacional; pela revisão prática do PCCS e por melhores condições de trabalho como a adoção de jornadas de trabalho sem distinções de setores ou categorias; flexibilidade nos exercícios dos plantões; a elaboração de escalas respeitando a carga horária contratual semanal; regulamentação sobre o enfrentamento ao assédio moral nas dependências dos Hospitais Universitários; edição da norma sobre atividade sindical e da norma sobre a licença para acompanhamento de familiares enfermos (TRABALHADORES DA EBSEH, 2016).

O reajuste salarial, a melhoria das condições de trabalho, a concessão de benefícios e a revisão da carga horária são algumas das pautas recorrentes. Pontuamos que o último movimento grevista da Ebserh, em 2017, decorrente da não efetivação das solicitações como, por exemplo, a revisão dos benefícios e o reajuste salarial, no acordo coletivo, teve moção de apoio do sindicato dos servidores públicos do hospital. Afinal, não podemos esquecer que a frase de Marx e Engels, acerca da incessante destruição da organização operária, tem uma continuação: “Mas renasce sempre [a organização dos operários em classe], e cada vez mais forte, mais sólida, mais poderosa” (MARX; ENGELS, 2010, p. 48).

As análises realizadas nos direcionam à conclusão de que, em pouco tempo de existência, já se mostra claro como a Ebserh não cumpre o que prega, no papel. Criada para recuperar os hospitais universitários, ela se apresenta totalmente ineficiente, como resume a Entrevistada 1:

O hospital, ele gostou da ideia de tirar da folha todo esse pagamento de terceirizado para a sua atividade fim, que era a prestação de serviço de saúde, então ele gostou

dessa ideia e se não fosse isso, o hospital seria fechado. (...) ela (a Ebserh) foi necessária, mas ela não teria sido necessária se o governo tivesse cumprido a sua função. Como ele não cumpriu a função, criou uma necessidade, a Ebserh veio pra corrigir isso. Agora, para o que ela veio, ela não corrigiu, que era resolver os problemas que eram criticados, continuam aí. Falta de profissionais, tanto é que temos um alto índice de APHs mensais, salas cirúrgicas fechadas, elevadores parados, e daí por diante. Prédio com reformas por fazer. Então ela não veio pra corrigir isso (Entrevistada 1).

Por outro lado, ela vem cumprindo de maneira exímia os reais propósitos de sua criação: ser instrumento para o processo de extinção do serviço público e de avanço do capital.

6 A EBSERH E A DETERIORIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO



Com base nas análises realizadas, conseguimos perceber que a Ebserh faz parte de um movimento de desmantelamento dos hospitais universitários que permite o avanço do capital para a esfera da práxis da saúde, justificada como sendo a única solução possível para sua manutenção. Na visão das entrevistadas, a crise dos hospitais universitários faz parte de um planejamento que buscava criar uma necessidade que viria a ser sanada, em determinado momento, por alguma alternativa operacionalizada pelo governo.

Eu acho que isso foi um planejamento feito pelo Governo Federal, tá? Isso não aconteceu por acaso! Para mim, foi um planejamento. Nós temos que mudar essa estrutura, do que é o hospital universitário, como que nós vamos fazer isso? (...) nós jogamos o hospital no buraco, tá? Primeiro a gente joga ele no buraco, a gente não autoriza contratação, a gente não autoriza nenhum financiamento diferente, a gente não faz nada! Na hora que ele estiver no buraco, a gente vem com uma tábua de salvação, tá? Jogou o hospital no buraco! Não só a gente, todos! O conjunto de hospitais universitários estavam em uma situação de fechar, né? Se os gestores dos hospitais fossem um pouquinho mais temerosos das ameaças que eles sofriam, todos tinham fechado leito e tinham reduzido os hospitais ao tamanho que eles poderiam ser (Entrevistada 4).

O problema tá no modelo de gestão e na forma com que o governo pensa os hospitais. O governo quer privatizar, mas antes de privatizar, ele não pode simplesmente privatizar, ele tem que acabar com eles, criar necessidades, assim como ele criou a necessidade de 2008 pra frente. Ele foi sucateando, ele foi deixando de passar recurso, ele foi deixando de reformar o parque tecnológico, ele foi sucateando os hospitais e criou uma necessidade. Olha, isso aqui tá muito ruim, eu preciso colocar uma gestão nova, e é isso que ele fez (Entrevistada 1).

Conforme nossa análise dos percursos que culminaram na criação da Ebserh, conseguimos inferir que houve, por parte do governo, diferentes estratégias que propunham a desvinculação da responsabilidade do Estado – e o avanço do capital – nestes hospitais. Tais estratégias foram se transformando devido à luta constante dos movimentos sociais, mas as novas roupagens dadas às mesmas apenas fornecem pequenas conquistas à classe trabalhadora, são conquistas que desaceleram o avançar na negação dos direitos conquistados, mas não o elimina.

Discutimos anteriormente acerca da questão da vinculação da crise dos hospitais universitários com o problema de gestão dos mesmos. Ora, se efetivamente o problema estivesse na gestão, apontamos que haveria outras possibilidades que pudessem suprir essa necessidade, principalmente considerando que se trata de hospitais vinculados a universidades federais. Entretanto, muitas das possibilidades postas não propiciariam o que a mediação da Ebserh propiciou: a abertura – ainda que gradativa – ao capital, o solapamento da carreira dos servidores públicos, a possibilidade de flexibilizar os vínculos trabalhistas e a desresponsabilização do Estado.

Assim, quando discutimos a “crise” que assolou os hospitais universitários, foi possível nos distanciarmos da justificativa da má gestão e visualizarmos todo o processo de precarização e subfinanciamento com o setor da saúde pública neste período, além da entrega de vários serviços às chamadas ‘Organizações Sociais’, o que seguidamente impõe ao SUS a não efetivação dos preceitos que o regem e que, de certa forma, ocasionou a construção da Ebserh. Dessa maneira, fica claro que tal “crise” foi ocasionada, principalmente, por problemas de financiamento. Neste sentido, nada mudou quanto à característica de defasagem da tabela do SUS. Soma-se a isso o congelamento dos gastos, por 20 anos, com a saúde e a educação; o que se apresenta é uma inanição em um futuro recente, visto que estamos analisando um hospital universitário, que é financiado com verbas exatamente da saúde e da educação.

Na visão das entrevistadas, conforme os trechos abaixo demonstram, a solução encontrada por meio da Ebserh não trata o problema de financiamento dos hospitais universitários em sua raiz. Neste sentido, o que se vislumbra, para um futuro próximo, é um novo sucateamento destas instituições, abrindo caminho para a privatização destes hospitais.

A conta, daqui a pouco ela não vai fechar. Porque eu não tenho mais o gasto com médico, multiprofissional, enfermagem, no hospital, na folha do hospital, tá positivo, mas o valor que o SUS paga por procedimentos, que é a conta, que é a tabela do SUS não tem reajuste, todas as outras coisas aumentam de valor. Então eu tenho aumento de valor dos terceirizados que são hoje... eu acredito que umas sete terceirizadas no hospital, de lavanderia, de SND, de seguranças, de ascensoristas, e daí por diante. O salário deles é reajustado, anualmente, então o hospital tem uma despesa que ano que vem vai ser maior do que esse ano, além do custo de próteses, que são os fornecedores, além dos custos dos medicamentos... tudo isso tem reajuste, a tabela do SUS não tem. Daqui a pouco tem um outro problema, e o que que o governo quer dizer, que daqui a pouco eu vou ter que criar uma outra coisa, e a outra coisa é o seguinte: privatiza. O que ele vai ter que fazer é: vou privatizar. Porque eu criei uma empresa pra administrar, a empresa tá administrando e agora já voltou a dar prejuízo? Eu não tenho mais solução! Mas isso não tem solução, isso aqui é pra investir dinheiro, não é pra ficar positivo. E pra ficar nessa lógica positiva, financeira, eu tenho que melhorar a tabela do SUS, eu tenho que pensar a tabela do SUS periodicamente pra um reajuste que atenda aos hospitais que dependem desta tabela (Entrevistada 1).

(...) a gente tem procedimentos que a gente tem que continuar seguindo e a gente tem procedimentos novos que a gente tem que incorporar, então, continua a mesma batalha por recurso, porque, efetivamente, a tabela do SUS não mudou, então, a gente continua batalhando por recurso, a gente continua batalhando para melhorar o nosso faturamento, para ter menos desperdício, a gente continua batalhando para conseguir colocar tudo a tempo e a hora, dentro desse hospital, então, assim, acho que a facilidade é só com essa questão de ter trocado os vínculos, a gente não ter essa preocupação, mas, a gente tem as outras, a questão, mesmo, agora, do Governo Federal não estar autorizando a substituição das aposentadorias é uma preocupação, porque, se isso continuar acontecendo durante muito mais tempo, daqui um tempo a gente está igual a gente estava antes! Só que agora a gente não tem a opção da fundação e da cooperativa, então, daqui a pouco a gente vai estar caminhando para uma situação difícil outra vez, porque você não tem gente, você não pode contratar, você vai fazer como? (Entrevistada 6).

Compreendemos o receio dos trabalhadores do hospital, entretanto, concordamos com Sodré et al. (2013, p. 374), quando pontuam que “embora a Ebserh não possa ser considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica ampliar o espectro de penetração da lógica de mercado na gestão de serviços do SUS”. Porém não nos furtamos de concordar que continua em jogo a deterioração do serviço público em saúde, tendo em vista o permanente déficit de transferência orçamentária para o setor.

Nossa análise nos direciona para o entendimento de que a privatização direta das infraestruturas físicas e da força de trabalho para a iniciativa privada ainda não parece ser o movimento demandado pelos empresários da área da saúde, principalmente quando pensamos nos custos elevados demandados por tais hospitais na configuração em que eles se apresentam. E ainda, tendo em vista que a integralidade – premissa do SUS – segue sendo um parâmetro na moral da nossa época, seja pela continuidade da luta realizada pelo movimento sanitário, seja porque o usuário deste sistema não teria meios de pagar para acessá-lo, transferir todo o sistema para a iniciativa privada nos parece carecer antes de alguns reguladores que determinem um limite para essa integralidade. Tal limite se desenha por meio dos planos populares de saúde.

Ademais não podemos nos esquecer de que a própria Lei que rege a Ebserh permite que o assolamento dos preceitos do SUS por meio de acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais. Assim, a iniciativa privada pode adentrar os hospitais de maneira legalizada, criando as mediações necessárias para o avanço do capital neste setor. Isso pode se dar pela via da isenção de impostos, da venda de insumos ou da apropriação do conhecimento, assim como já ocorrem nas universidades públicas, onde, por meio de aportes financeiros, instituições privadas participam e se apropriam de produtos provenientes de pesquisas desenvolvidas no âmbito do ensino público.

Acreditamos que a criação da Ebserh, ao propiciar a transferência das atividades do Estado para a iniciativa privada, em um primeiro momento, não visa à privatização completa das atividades dos hospitais, mas atua como mediação para o avanço do capital no setor da saúde, atrelado às propositivas neoliberais do Estado mínimo. Esta lógica corrobora o pontuado por Faria (2009), quando o autor aponta que a relação entre o Estado Capitalista e o capital se reformula conforme as exigências da acumulação ampliada do último.

A Ebserh atua, portanto, propiciando o sucateamento destas instituições e potencializando a extinção da carreira dos servidores públicos, sendo, assim, um movimento que inspira e possibilita a inserção do capital nos serviços públicos, como podemos notar pelas movimentações que vêm ocorrendo nas universidades públicas – que já aparecem com indicativo de proibição de realização de concursos públicos, lembrando que, assim como ocorre no setor da saúde, a educação também se encontra na seleção dos serviços não exclusivos do Estado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a construção de uma sociedade capitalista apresenta um desdobramento que merece ser levado em conta para finalizarmos a discussão que nos propusemos neste trabalho. Referimo-nos ao papel do Estado como mediação para a manutenção da hegemonia da classe dominante, conforme nos ensina Faria (2009, p. 27):

Como forma organizada da sociedade civil, o Estado se constitui e se desenvolve como intérprete dos interesses dominantes (hegemônicos), seja pelo estabelecimento do ordenamento jurídico, pela regulação das atividades sociais e políticas, pela transmissão ideológica, seja como garantia da reprodução do modo de produção que lhe confere seus formatos.

Buscar evitar a naturalização do Estado como provedor das condições de reprodução da humanidade é fundamental quando discutimos políticas públicas e aqui, em especial, quando discutimos políticas públicas de saúde. Ainda que nossas críticas, neste trabalho, se dirijam à privatização daquilo que é público – aqui, tratamos da particularidade da saúde –, o Estado não pode ser visto como o ‘salvador da pátria’, porque não é somente o retorno a ele (por refutarmos as privatizações) que nos interessa.

Afinal, não podemos nos esquecer de que o Estado é uma mediação necessária para valorização do valor (MARX, 2010a, 2010b; MASCARO, 2015), pois as próprias relações sociais baseadas na troca de mercadorias e também a concorrência entre os capitalistas decorrentes das crises do capital demandam novas e diversificadas maneiras de aumentar a extração do mais-valor. Isso acontece de maneira que, se por um lado é preciso manter o controle social pelo Estado pelas próprias contradições propiciadas por essas relações econômicas na sociabilidade burguesa, por outro, esse controle pode ocorrer de diversas formas conforme o contexto econômico, podendo ser amenizado ou acirrado, o que significa em alguns momentos reduzir a abrangência de ação direta do Estado transferindo e delegando suas atividades para a iniciativa privada.

Analisamos que o cenário vivido no país na década de 1990 possibilitou o avanço das iniciativas neoliberais no país que podem ser exemplificadas com os movimentos de redução do papel do Estado e flexibilização das relações de trabalho. Tal cenário não apresenta grandes transformações com os governos petistas, que seguiram com a cartilha neoliberal, ainda que com uma pitada de assistencialismo reformista, “equilíbrio” necessário para a vitória nas urnas e manutenção no poder.

Neste sentido, a criação da Ebserh faz parte do conjunto de novos modelos de gestão do SUS, como as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, que tem como objetivo a redução do papel do Estado na execução dos serviços ditos

não essenciais e a possibilidade do avanço da iniciativa privada nos serviços públicos, conforme apregoados pela ideologia neoliberal, compactuando com as transformações decorrentes das reformas de Estado da década de 1990. Isso se mostra claro quando observamos as diferentes possibilidades para resolver o problema da crise nos hospitais universitários, como a realização de concurso, o aumento das verbas e a busca do apoio em gestão dentro das próprias universidades federais. Porém, a decisão política encontrada, a despeito das resistências, foi, por meio de um instrumento de gestão, reduzir a esfera de atuação do Estado por meio de funcionários próprios e abrir a possibilidade de parcerias com iniciativas privadas para a arrecadação de verbas.

A transformação dos hospitais universitários em hospitais “comuns” e sua desvinculação das universidades propiciam não só o solapamento do funcionalismo público como a flexibilização dos vínculos de trabalho, a degradação das condições e relações de trabalho, o enfraquecimento da luta de classes, a redução do acesso ao ensino e à saúde de qualidade e gratuita.

Assim, em detrimento de se justificar como uma empresa para melhorar a gestão dos hospitais universitários, a Ebserh, ao assumir o maior complexo hospitalar do país, acaba tornando-se um instrumento de dominação destas instituições ao ficar responsável por sua gestão plena e inserir nos mesmos um contingente de trabalhadores vinculados a ela. Por ser uma empresa pública de direito privado, a Ebserh tem como premissa a flexibilidade de gestão, o que possibilita a contratação de trabalhadores via CLT, contribuindo para a gradual extinção dos servidores públicos e enfraquecendo, assim, a luta dos trabalhadores. Ao alterar a gestão dos hospitais universitários a Ebserh flexibiliza a gestão financeira dos hospitais, reduzindo a possibilidade de controle social e abrindo portas para parcerias privadas. Ao possibilitar uma gestão desvinculada das universidades federais, a empresa atua se afastando paulatinamente do ensino, da pesquisa e da extensão, reduzindo a autonomia universitária. E além, ao desenvolver uma gestão em um ideário mais próximo ao de mercado, atua por meio de metas e produtividade, potencializando a exploração dos trabalhadores.

As alterações na gestão transformaram as relações e condições de trabalho dos trabalhadores dos hospitais, porém não em termos estruturais. Não foram constatadas mudanças efetivas, por exemplo, quanto aos meios de trabalho e à infraestrutura dos hospitais. Quanto ao salário, para os trabalhadores que compõem o corpo técnico do Estado, as alterações não trouxeram melhorias - em detrimento da comprovação quanto à defasagem dos mesmos -, e para os trabalhadores da Ebserh, apesar de não apresentarem, de maneira imediata, defasagem neste quesito, as últimas negociações salariais apontam para isso. As

alterações também reduziram a autonomia dos trabalhadores RJU e, quanto ao clima de trabalho, propiciaram um aumento da tensão entre os trabalhadores. Ou seja, de modo geral, ao executar os reais intentos de sua criação, as alterações na gestão da Ebserh refletem o atual estágio da luta de classes.

Ao considerarmos que os hospitais universitários são centros tecnológicos de produção de conhecimento em saúde que oferecem atendimento de alta complexidade, característica esta que tem consonância com a vinculação com as instituições públicas de ensino superior, que, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão potencializam a qualidade da assistência, conseguimos perceber que não é por acaso que seus custos são superiores e que sua produção interessa ao capital.

O desmantelamento da saúde pública coloca em cheque a luta contra-hegemônica dos movimentos sanitários, enfraquecendo os movimentos que possibilitam algum vislumbre de uma sociedade justa e igualitária. Importante mencionarmos que, em detrimento do tempo necessário para que se efetivem as conquistas dos trabalhadores, o capital é ligeiro em buscar artifícios que as deslegitimem. Neste sentido, apesar dos avanços, como a efetivação do Sistema Único de Saúde, a luta pela saúde pública no país sempre encontrou barreiras para sua consolidação, ocasionadas pelos desmandos do capital.

Entretanto, ter o mínimo de saúde é elemento essencial para que o trabalhador consiga vender sua força de trabalho, de forma que o acesso à saúde deve fazer parte das condições dadas ao trabalhador para reprodução de sua força de trabalho, por meio do salário ou como responsabilidade do Estado. Assim, apontamos que a preocupação com os cuidados com a saúde da população reverbera de lutas sociais e concessões feitas a partir da possibilidade de adoecimento do trabalhador e consequente perda de mão de obra. Os trabalhadores tiveram papel importante na luta por uma saúde pública no país, mas os resultados adquiridos não podem ser tratados sem levar em conta que, para o sistema capitalista, trabalhadores saudáveis são uma ótima aquisição, principalmente quando a assistência à saúde se torna uma obrigação do Estado e, posteriormente, um mote para o avanço do capital neste setor.

Vimos que a degeneração da saúde dos seres humanos é algo natural e como, por meio da práxis da saúde, é possível desacelerá-la. Entretanto, compreender a saúde na particularidade do capital é compreendê-la perante o movimento de valorização do valor. Neste sentido, evidenciou-se que o acesso às alternativas de desaceleração não está posto de forma igualitária para todos, sendo possível associar a aceleração da degeneração humana à classe à qual o indivíduo pertence – seja pela negação do acesso à saúde, e aqui não nos

referimos apenas ao modelo de saúde curativa, seja pelas condições postas para o uso de sua força de trabalho.

O capital, ao se apropriar da práxis da saúde, busca alternativas para a produção de mais-valor. Neste sentido, por um lado, ao dividir com o Estado a provisão dos serviços de saúde para os trabalhadores culmina-se na retirada deste gasto da cesta de necessidades dos trabalhadores, comprada pelo salário, e assim, menos ele precisa repassar ao trabalhador para que ele mantenha sua subsistência e mais ele pode apropriar-se do mais-valor produzido. Por outro lado, permite também que os empresários lucrem, ao mesmo tempo, com a saúde privada. Isso porque, com o desmantelamento da saúde pública, a tendência, para aqueles que possuem uma força de trabalho mais qualificada, é buscar atendimentos privados (via atendimentos particulares ou mediados por planos de saúde).

A degradação da saúde pública, portanto, se mostra atrativa ao capital, haja vista, por exemplo, as propostas de planos populares de saúde. A redução do acesso a uma saúde pública de qualidade, portanto, oportuniza a atuação privada nestes setores. Quando pensamos na estrutura tecnológica e no conhecimento desenvolvido nos hospitais universitários, o processo de sucateamento dos mesmos, na lógica do capital, passa a fazer sentido, pois, conforme análise de Granemman (2012),:

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.

Desvelar mediações que buscam expandir o avanço do capital em setores de bem público, como a saúde - assim como o caso da Ebserh -, serve de combustível para impedir sua progressão. Vimos, entretanto, que não há como dissociarmos a luta por oportunidades iguais no que tange à desaceleração da degeneração natural da saúde, da luta pela emancipação humana. Não se trata, portanto, apenas da busca por uma saúde pública de qualidade - não desvalorizando de forma alguma a importância das lutas neste sentido que, como vimos, são fundamentais para conter o avanço do capital. Entretanto, enquanto nossa forma de sociabilidade permanecer baseada na valorização do valor, não será com base em reformas e melhoria de políticas públicas que a condição de explorado se extinguirá, pois estas são permanentemente regidas pela lei do capital. O horizonte ao qual devemos vislumbrar, visando sempre à emancipação humana, é o da supressão da sociabilidade

burguesa, visto que não cabem, na configuração de sua existência, relações que não sejam baseadas na exploração de seres humanos por seres humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Sheila Maria Parreira; COELHO, Maria Carlota de Rezende; BORGES, Luiz Henrique; CRUZ, César Albenes de Mendonça; MASSARONI, Leila. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.20, n.10, p. 3043-3050, 2015.

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 275-284. 2013.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO Maria Inês Souza. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*. v.12, n.3, p. 499-518, 2014.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2ª edição. São Paulo: Boitempo, 2009.

BARBOSA, Nelson Bezerra. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde *Ciência & Saúde Coletiva*. v.15, n.5, p. 2497-2506, 2010.

BOSWORTH, Barry P.; KATHLEEN, Burke. Differential Mortality and Retirement Benefits in the Health and Retirement Study. *Economic Studies at Brookings*. 2014

BRASIL, 2005. Referências sobre as premissas do SUS. Brasília: 2005.

BRASIL. Atos do poder executivo: Exonerar Newton Lima Neto do cargo de Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. *Diário Oficial da União*. Ano LVII, nº 93, p. 1. 2016.

BRASIL. Atos do poder executivo: Nomear Kleber de Melo Moraes para exercer o cargo de Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. *Diário Oficial da União*. Ano LVII, nº 130, p. 1. 2016.

BRASIL. Atos do poder executivo: Nomear Kleber de Melo Moraes para exercer o cargo de Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. *Diário Oficial da União*. Ano LVII, nº 130, p. 1. 2016.

BRASIL. Atos do poder executivo: Nomear Kleber de Melo Moraes para exercer o cargo de Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. *Diário Oficial da União*. Ano LVII, nº 130, p. 1. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Moção de Repúdio nº 001, de 27 de janeiro de 2011.

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília: 2010.

BRASIL. *Decreto nº 7661, de 28 de dezembro de 2011*. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSEH, e dá outras providências. Brasília: 2011.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 90 de 15 de setembro de 2015*. Dá nova redação ao art. 6º da Constituição Federal, para introduzir o transporte como direito social. Brasília: 2015.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: 2012.

BRASIL. *Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011*. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. Brasília: 2011.

BRASIL. 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, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, Brasília: 1990.

BRASIL. *Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências. Brasília: 1998.

BRASIL. *Medida provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010*. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações Sociais – Secretaria da Reforma do Estado – Cadernos MARE da reforma do Estado, v.2, Brasília: 1997. 74 p.

BRASIL. *Portaria nº 136, de 6 de junho de 2017*. O PRESIDENTE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo item V do artigo 18 do Estatuto Social, aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 29 de dezembro de 2011, resolve: Art. 1º Exonerar MARIA DE FÁTIMA SILIANSKY DE ANDREAZZI, matrícula Siape nº 0629187, do cargo de Superintendente do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal do Alagoas, filial da Ebserh. Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Ano LVIII, nº 108, p. 19. 2017

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 109, p. 126-150, 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. *Revista do Serviço Público*. Ano 50, n. 4, p. 05-29, 1999.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, n. 27, v. 78, 2013.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

CONTRETRAS, Henrique; MALTA, Gustavo Corrêa. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública*. v. 31, n.2, p. 285-297, 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa; OMENA, Valéria Coêlho. A mercantilização da saúde e a política de saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Anais... Maranhão: 2013.

COSTA, Frederico Lustosa da. A reforma do Estado e as Organizações Sociais. *RAP*. v. 32, n. 5, p. 209-213, 1998.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, n. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO (EBC). Direção do hospital universitário de Brasília pede demissão coletiva. Disponível em <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2011-05-02/direcao-do-hospital-universitario-de-brasilia-pede-demissao-coletiva>. Acesso em janeiro de 2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Concursos e seleções homologados: HC-UFMG – Concurso nº 05/2014. Disponível em http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/ver-edital-encerradas/asset_publisher/4cxea2Y04KQc/content/id/166854/2014-02-hc-ufmg-concurso-n%C2%BA-05-2014. Acesso em dezembro de 2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Ebserh e Instituto Sírio-Libanês dão continuidade à capacitação. Disponível em http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/noticia-aberta?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=434828&_101_type=content&_101_groupId=15796&_101_urlTitle=ebserh-e-sirio-libanes-dao-continuidade-a-programa-de-capitacao-de-gestores. Acesso em janeiro de 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da Ebserh: diretrizes técnicas. 2013. 76 p

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Nota de empenho: Contratação de Consultoria e Tutoria para realização do PDCUF. Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/documents/22765/108692/Contrato+e+empenho.pdf/657169d6-8c76-431d-9659-ed3c59d6f82b>. Acesso em janeiro de 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Nota de empenho: Contratação de Consultoria para análise situacional e levantamento de necessidades. Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/documents/22765/182345/empenho.pdf/c8c3b6e0-6be3-478f-b3a8-3296f0cd3359>. Acesso em janeiro de 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Plano de Cargos, Carreiras e Salários. 2014. 22 p

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Regimento Interno. 2016. 28p

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). Introdução. Ministério da saúde – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

FARIA, José Henrique de. *Gestão participativa: relações de poder e de trabalho nas organizações*. São Paulo : Atlas, 2009.

FEDERAÇÃO DE SINDICATOS DE TRABALHADORES DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS. Boletim FASUBRA - HU's: Patrimônio Público sob Gestão Pública. nº 10, ed. 02. 2011

FERNANDES, Rafaela Bezerra. Da conquista ao desmonte: um estudo sobre os (des) caminhos da política de saúde em tempos de EBSEH. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Brasília. 2017. 145 f.

FERRAZ, Deise Luiza da Silva. A administração de recursos humanos como conhecimento que constitui uma consciência de classe para o capital. *Revista brasileira de administração política*, n. 9, v. 2, p. 65-87, 2017.

FERRAZ, Deise Luiza da Silva. Desemprego, exército de reserva, mercado formal-informal: discutindo categorias. 2010. 275 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Disponível em <http://www.contraprivatizacao.com.br/>. Acesso em dezembro de 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). O último servidor que apague a luz? Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-ultimo-servidor-que-apague-a-luz>. Acesso em dezembro de 2017.

GOMES, Gustavo França. Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão. In: BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 98 p.

GOVERNO DO BRASIL. Reforma da Previdência: o que muda para o servidor público. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/reformadaprevidencia/textos/reforma-da-previdencia-o-que-muda-para-o-servidor-publico>. 2017. Acesso em janeiro de 2018.

GRANEMMAN, Sara, Sara Granemann analisa e denuncia a privatização dos hospitais universitários – entrevista. Disponível em <https://blog.esquerdaonline.com/?p=376>. 2012.

ILLICH, Ivan . *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 164p.

JUNIOR, Walter Cintra Ferreira. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *RAP*. v. 37, n. 2, p. 243-264, 2003.

LAURELL, Asa Cristina. Processo de trabalho y salud. *Cuadernos Políticos*, n. 17, p.59-79, 1978.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Políticas Sociais e de Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LUKÁCS, György. *Prolegômenos para uma ontologia do ser social*. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. *O Capital, livro 1, capítulo VI (inédito)*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978

MARX, Karl. *Contribuição a crítica da economia política*. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. 285p.

MARX, Karl. *Crítica da filosofia do direito de Hegel*, 1843. Tradução Rubens Enderle e Leonardo de Deus. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2010a.

MARX, Karl. *Sobre a questão judaica*. Tradução de Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2010b.

MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010c.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Volume I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro II: o processo de circulação do capital. 1ª edição. São Paulo: Boitempo, 2014.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Manifesto Comunista*. Tradução de. Álvaro Pina. São Paulo: Boitempo, 2005.

MASCARO, Alysson Leandro. A crítica do Estado e do direito: a forma política e a forma jurídica. In: NETTO, José Paulo (org.), *Curso Livre Marx-Engels: A Criação Destruidora*. São Paulo: Boitempo, Carta Maior, 2015.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MENDES, Áquilas. O subfinanciamento da saúde pública brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. II Seminário Nacional de Teoria Marxista: O capitalismo e suas crises. Uberlândia, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus>. Acesso em dezembro de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde. 10 de maio de 2012.

NETO, Artur Bispo dos Santos. Trabalho Produtivo e Trabalho Improdutivo nas “teorias da mais-valia” de Karl Marx. *Em Debat: Rev. Dig.*, Florianópolis, n. 8, p. 5-22, 2012.

OLIVEIRA, Chico de. *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Filosofia / Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2014. 153 fls.

OSHIRO, Nathália Naome. O cenário político-administrativo envolvido na criação da EBSERH. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em saúde coletiva, setor de ciências da saúde. Universidade federal do paraná. Curitiba, 2017, p. 120f

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*. v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a cria o do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PALHARES, Dario; CUNHA, Ant nio Carlos Rodrigues da. Reflexões bioéticas sobre a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). *Revista Latinoamericana de Bioética*, v. 14, n, 1, ed. 26, p. 122-129, 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf>.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 2, pp. 263-276, 2016.

ROMERO, Luiz Carlos Pelizari. O Sistema Único de Saúde – um capítulo à parte. In: DANTAS, Bruno et al. *Constituição de 1988 : O Brasil 20 anos depois. Volume V: Os Cidadãos na Carta Cidadã*. Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro: Brasília. 2008.

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (SINTUFRJ). Sob pressão, reitor recua e propõe entendimento. Disponível em <http://www.sintufrj.org.br/EBSERH/sob-pressao.html>. Acesso em dezembro de 2017.

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (ANDES). Governo sofre derrota no Senado e MP 520 perde validade. Disponível em <http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=4627>. Acesso em janeiro de 2017.

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

SOUZA FILHO, Rodrigo; PAÇO CUNHA, Elcemir. Editorial: O PDRAE e a Contrarreforma Gerencial. *Administração Pública e Gestão Social*, [S.l.], p. 135-139, jul. 2017. ISSN 2175-5787. Disponível em: <<http://www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/view/1750>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

SOUZA, Diego de Oliveira A SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ‘ONTOLOGIA DO SER SOCIAL’. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 337-354, maio/ago. 2016

SOUZA, Diego de Oliveira. A questão da saúde dos trabalhadores na perspectiva histórico-ontológica. 2012. 181 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

SOUZA, Diego de Oliveira; MELO, Ana Inês Simões Cardoso de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. A saúde dos trabalhadores em “questão”: anotações para uma abordagem histórico-ontológica. *O Social em Questão*, Ano XVIII, n. 34, p. 107-136, 2015.

SOUZA, Maria Fátima de. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde. *Tempus, actas de saúde colet*, n. 8, v. 1, p. 11-16, 2014.

TRABALHADORES DA EBSERH. Disponível em <http://trabalhadoresdaebserh.blogspot.com.br/2016/07/greve-por-tempo-indeterminado.html?m=1>. Acesso em 04 de setembro de 2016.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão nº 3463 - Excerto da Relação 15/2012 - TCU – 2ª Câmara Relator - Ministro-Substituto André Luís de Carvalho. 2012.

UFMG, Hospital das Clínicas. Contrato de gestão especial gratuita entre a Universidade Federal de Minas Gerais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Disponível em http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101855/contrato_dou_hc_ufmg.pdf/9f50c10a-89e3-428d-9efd-f5a9ae2cc23e. Belo Horizonte, 2013.

UNIÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES (UNE). Chega ao fim ocupação da Universidade Federal Fluminense. Disponível em <http://www.une.org.br/2011/09/chega-ao-fim-ocupacao-da-universidade-federal-fluminense/>. Acesso em janeiro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Concursos: Concurso 2012 - Enfermeiro, Médico - Clínica Médica, Médico - Terapia Intensiva, Médico - Psiquiatria, Técnico Laboratório - Análises Clínicas, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem - Edital 327/2012. Disponível em <https://www2.ufmg.br/concursos/Concursos/Tecnico->

[Administrativo/Concurso-Publico-de-Provas-e-Titulos-Area-da-Saude](#). Acesso em dezembro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Sala 4 das Sessões, no quarto andar do prédio da Reitoria, Cidade Universitária. Ata da reunião extraordinária do conselho universitário realizada em 11 de dezembro de 2013.5 f.

ZIGATO, Jhony Oliveira. A implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (ebserh) no hospital universitário da universidade federal de juiz de fora (hu-ufjf): dilemas presentes e perspectivas futuras. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora.