

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

Gustavo Kovara de Souza

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ADESÃO DOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**

Porto Alegre

2016

Gustavo Kovara de Souza

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ADESÃO DOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior

Porto Alegre

2016

Gustavo Kovara de Souza

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ADESÃO DOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior

Conceito Final: A

Aprovado em: 23 de dezembro de 2016

BANCA EXAMINADORA:

Avaliador: Prof. Dr. Pedro de Almeida Costa

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior

AGRADECIMENTOS

Inauguro meus agradecimentos reconhecendo aqueles que não são reconhecidos, que amam a sua profissão apesar de tudo e que são reflexos da dignidade humana. Muito obrigado a todos os professores que dedicaram seu tempo a me capacitar para que este trabalho se tornasse uma realização, especialmente ao meu orientador, Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior, por compartilhar comigo sua gigantesca sabedoria.

Agradeço aos meus colegas e amigos, que me acompanharam durante todo este tempo, por me ajudarem a esquecer por alguns momentos a pressão que é ser um graduando e por prestarem qualquer auxílio que fosse.

Agradeço à Bianca pelo seu infinito companheirismo, seus muitos conselhos e sua inigualável compreensão. Muito obrigado por sempre me mostrar o caminho mais fácil (ou o menos difícil).

Por último, especialmente, agradeço a toda minha família que sempre esteve junto comigo e me ofereceu todo apoio que precisei. Mais especialmente ainda, muito obrigado aos meus pais, meus dois maiores exemplos de vida. Se sou o que sou hoje e se cheguei aonde estou chegando, devo a eles, que tenho a certeza que fariam de tudo por mim, assim como eu faria o mesmo por eles. Amo vocês incondicionalmente.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de adesão dos hospitais universitários federais à EBSEERH, mais especificamente, o poder de influência da sociedade na tomada de decisão. Ou seja, o presente estudo pretende verificar se a participação social no processo de adesão é vinculante. Foi analisada a atual situação dos 50 hospitais universitários federais existentes no Brasil. A revisão teórica trata acerca do conceito de democracia – dentro do qual são comparados dois modelos democráticos – e também do conceito de participação. Também é apresentado o caminho percorrido pelo gerencialismo no país e qual a sua relação com o SUS. Ainda é abordada a história da EBSEERH e apontada a sua descrição organizacional. Na análise dos dados buscou-se contrapor a opinião popular, expressa através dos instrumentos de participação aqui identificados, com a situação atual de cada hospital universitário, desejando saber se cada um se filiou à EBSEERH e de que forma se deu o processo. Para tornar mais fácil a compreensão deste objetivo, foi analisada a atuação da Estatal, a partir dos dados obtidos no referencial teórico, bem como o posicionamento dos atores sociais envolvidos no processo da tomada de decisão. Observou-se que o principal instrumento de participação utilizado, pelo qual as universidades que controlam os hospitais universitários se apropriam da opinião popular, foi a audiência pública. A conclusão obtida através deste trabalho foi que, apesar da ocorrência de audiências públicas, onde o cidadão comum expõe suas ideias, o governo decide por não levar em consideração tais manifestações populares. Tal entendimento foi constatado, principalmente, por ocasiões nas quais a população votou contra a adesão dos hospitais universitários à EBSEERH e posteriormente as universidades, contrariando a opinião popular, assinaram contrato com a Estatal.

Palavras-chave: Audiência Pública. EBSEERH. Hospitais Universitários. Participação Social. Reforma Gerencial. SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Escala de participação de Bordenave	23
Figura 2 – Mapa estratégico EBSEH 2015-2016	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escada de participação de Arnstein	24
Quadro 2 – Síntese das características de uma audiência pública	32
Quadro 3 – Evolução do papel central dos hospitais	52
Quadro 4 – Situação dos hospitais universitários frente à EBSEH	53
Quadro 5 – Justificativa dos hospitais universitários pela opção de sim ou não à adesão.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADIn – Ação Direta de Inconstitucionalidade

Andes – SN – Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

AP – Audiência Pública

CF – Constituição Federal

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

Consun – Conselho Superior Universitário

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FASUBRA – Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil

HC – Hospital das Clínicas

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HESFA – Hospital Escola São Francisco de Assis

HRL – Hospital Regional de Lagarto

HSP – Hospital São Paulo

HU – Hospital Universitário

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

HUB – Hospital Universitário de Brasília

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes

HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

HUJB – Hospital Universitário Júlio Bandeira

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

HUPAA – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

HU/UFSC – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

IDT – Instituto de Doenças do Tórax

IFES – Instituição Federal de Ensino Superior

IG – Instituto de Ginecologia

INAMPS – Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social

INDC – Instituto de Neurologia Deolindo Couto

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPPMG – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

LAI – Lei de Acesso à Informação

ME – Maternidade Escola

MEC – Ministério da Educação

MEJC – Maternidade Escola Januário Chico

MP – Medida Provisória

NPM – *New Public Management*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

PDRAE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

PL – Projeto de Lei

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

Sindisprev – Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência

SUS – Sistema Único de Saúde

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UFPA – Universidade Federal do Pará

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFPEl – Universidade Federal de Pelotas

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

Unirio – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Univasf – Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO	16
2.1. CONCEITO DE DEMOCRACIA	16
2.1.1. O modelo hegemônico de democracia	17
2.1.2. O modelo contra-hegemônico de democracia	18
2.2. PARTICIPAÇÃO.....	21
2.2.1. Conceito	21
2.2.2. Escalas de participação	23
2.3. MECANISMOS DE INTERFACE COM A CIDADANIA: CONTROLE SOCIAL E TRANSPARÊNCIA.....	24
2.4. PRÁTICAS DE GESTÃO PARTICIPATIVA.....	27
2.4.1. Audiência Pública	28
2.5. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO DOIS.....	33
3. GERENCIALISMO E SUS: CAMINHOS ENTRECruzADOS	35
3.1. NEOLIBERALISMO/ULTRALIBERALISMO	35
3.2. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	37
3.3. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL.....	38
3.4. REFORMA GERENCIAL NO BRASIL.....	41
3.5. SAÚDE COMO DIREITO	44
3.6. SAÚDE COMO SERVIÇO PÚBLICO	45
3.7. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	46
3.8. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO TRÊS.....	49
4. OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E A EBSErH NO CONTEXTO DA REFORMA GERENCIAL	51
4.1. HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	51
4.2. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSErH)	55

4.3.	CONCLUSÃO DO CAPÍTULO QUATRO	59
5.	ANÁLISE DOS DADOS	60
5.1.	ABORDAGEM METODOLÓGICA	60
5.2.	O POSICIONAMENTO DOS ATORES SOCIAIS	61
5.3.	A PARTICIPAÇÃO SOCIAL	66
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS.....	73

1. INTRODUÇÃO

Até a década de 1980, os hospitais universitários federais (HUs) tinham o propósito de atuar apenas como hospitais-escola. O foco de atendimento eram as pessoas não amparadas pelo já extinto Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS), ou seja, aquelas que não possuíam carteira de trabalho assinada.

Em 1988, quando promulgada a atual Constituição Federal (CF), foi instituído através desta o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é regido pela Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A CF indica no art. 198, inciso III, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com a participação da comunidade. Tal inciso é regulamentado pela Lei nº 8.142/90, criada em razão dos vetos sofridos pela Lei nº 8.080/90. Ela trata a respeito da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências de recursos financeiros aos entes federados. Cada esfera de governo deve contar com instâncias colegiadas (Conferências e Conselhos de Saúde) com a intervenção de membros da sociedade. Os Conselhos fiscalizam a efetivação e aplicação dos recursos de forma geral, enquanto as Conferências têm a função de elaborar novas propostas para o SUS e ocorrem a cada quatro anos. A partir da criação do Sistema Único de Saúde, quando se instituiu que “todos são iguais perante a lei”, os HUs passaram a integrar o SUS.

Os hospitais universitários federais consolidaram-se como centros de referência de média e alta complexidade. De acordo com a Revista da Associação Médica Brasileira¹, um HU se caracteriza por: a) ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); b) prover treinamento universitário na área de saúde; c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; e d) propiciar atendimento médico de maior complexidade a uma parcela da população.

¹ Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em 21 mar, 2016.

Entretanto, desde a década de 1990, esses hospitais, financiados pelo governo, sofreram com a redução do repasse de verbas, que culminou numa crise geral dos HUs. Assim, por conta da sua grande capacidade e qualidade, os hospitais universitários tornaram-se grandes devedores. Então, o governo federal, sob a presidência de Luiz Inácio Lula da Silva, implementou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), com o propósito de revitalizar tais instituições, por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que 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. O REHUF, segundo o art. 2º deste Decreto, tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.

Conforme dados do Portal Brasil², de 2010 a 2015, o Ministério da Saúde destinou mais de R\$ 4,1 bilhões aos hospitais universitários de todo o País. Os valores são fixados de acordo com as necessidades apresentadas por cada hospital. Além do repasse de recursos, o REHUF compõe um conjunto de ações como a revisão do financiamento da rede dos HUs – com uma evolução constante do orçamento designado às instituições – o avanço dos processos de gestão e a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais. Na área do ensino, o programa tomou providências para o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde.

Para dar continuidade à revitalização dos HUs e com a finalidade de administrar os mesmos foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), através da Lei nº 12.550/2011, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. A EBSERH tem a função de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, tanto quanto prestar 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,

² Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/hospitais-universitarios-recebem-r-230-milhoes-em-2015>>. Acesso em 21 de março, 2016.

observada a autonomia universitária. Suas atividades estão inseridas exclusivamente na esfera do sistema público de saúde e obedecem às diretrizes e políticas decretadas pelo Ministério da Saúde. A Empresa se tornou responsável pela gestão do REHUF.

Ao analisar o seu histórico de criação, se compreende que a EBSERH começou a ser idealizada na Medida Provisória (MP) nº 520/2010, no governo do ex-presidente Lula, sob a forma de sociedade anônima. Muitas foram as manifestações da comunidade universitária em desfavor da MP, nas quais afirmavam que os HUs seriam privatizados. Foram apresentadas pelo Governo Federal algumas mudanças em relação à MP 520, que transcorreram pelo Projeto de Lei (PL) nº 1.749/2011, até a aprovação do texto final, na forma da Lei nº 12.550/2011. A Lei atual difere da MP 520 em alguns de seus itens, entre elas a mudança da forma de sociedade anônima para empresa pública e a observação da autonomia universitária.

A adesão de um HU à EBSERH é facultativa e será decidida pelo conselho da universidade à qual o hospital estiver vinculado. Segundo consta no inciso III, do art. 198 da CF/88 e, também, no inciso VIII, do artigo 7º da Lei nº 8.080/90, a organização de ações e serviços públicos de saúde devem ter a participação da comunidade. Portanto, quando é deliberada a adesão de um hospital universitário à EBSERH, a universidade deve apropriar-se da opinião pública, através de audiências públicas (APs) ou de outras instâncias que possibilitem que a comunidade participe da tomada de decisão.

Neste processo se destaca a importância da participação social, citada na Constituição Federal, que vai de encontro ao conceito de representação, o qual ganha cada vez menos força perante a sociedade. A constante frustração das expectativas populares, junto à participação restrita ao momento eleitoral, caracteriza uma crise da democracia representativa. A participação social é um dever e um direito, onde lhe cabe intervir nas decisões do governo que vão afetar a sua vida pessoal e coletiva.

Desse modo, o problema de pesquisa foi elaborado da seguinte forma: em que medida a participação social interfere nas tomadas de decisão em relação à adesão dos hospitais universitários à EBSERH?

O objetivo geral deste trabalho é analisar a participação social no processo de tomada de decisão em relação à adesão dos hospitais universitários federais à EBSEH. Seus objetivos específicos são: a) descrever como se realiza a participação social; b) identificar e classificar os instrumentos de participação popular utilizados; e c) mapear o posicionamento dos principais atores sociais envolvidos.

Seja pela insatisfação com o modelo representativo vigente, pautado por uma democracia hegemônica (centrada na representação como única forma de expressão), ou mesmo pelo desejo de participar, a sociedade tem demonstrado uma evolução constante do seu interesse em intervir nas tomadas de decisão do governo. Os mais conservadores tentam barrar essa euforia alegando que o poder obrigatoriamente deve estar nas mãos daqueles que possuem conhecimento técnico e que o restante da população não detém capacidade para isso. Há quem pense o contrário, assim como Bordenave (1983) ao afirmar que “a participação facilita o crescimento da consciência crítica da população, fortalece seu poder de reivindicação e a prepara para adquirir mais poder na sociedade”.

Como já citado, a adesão de um hospital universitário à EBSEH deve ser aprovada pela população, entretanto o que se sabe é que essa condição é pouco observada. Faz-se necessário esse estudo para verificar como se dá a participação social nesse processo, se esta tem poder vinculante e quais são os resultados obtidos através dela.

O estudo sobre a participação justifica-se pela sua substancial importância para os gestores públicos, pois possibilita identificar quais os anseios da sociedade acerca do assunto e assim proporcionar um governo digno para ela. O presente trabalho também contribui como fonte de pesquisa para acadêmicos - especialmente aos graduandos do curso de administração pública - pesquisadores e o público em geral interessado em adquirir conhecimentos sobre o tema abordado.

Acerca da metodologia, este trabalho se caracteriza como de pesquisa descritiva, ao analisar a influência que a participação social exerce em relação ao processo de adesão de um hospital universitário à EBSEH. Buscou-se também verificar o que pensam os atores envolvidos neste processo e como acontece esta participação. Por não envolver dados numéricos, a pesquisa também é classificada como qualitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Quando

comparada à pesquisa exploratória, a única diferença que pode ser observada é que o assunto já é conhecido e a contribuição é somente proporcionar uma nova visão sobre esta realidade então existente. De acordo com Gil (2002, p. 42), “são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crença de uma população”. Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa aqui realizada pode ser classificada como: (a) bibliográfica, pois a maioria das suas informações foi obtida através de livros e artigos científicos; e (b) documental, uma vez que os dados obtidos, conforme Gil (2002, p. 45), “valem-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa”, tais como pareceres, atas, relatórios, ofícios, informativos, depoimentos, etc.

Em relação a sua estrutura, o trabalho está dividido em seis capítulos. Primeiramente, é realizada a introdução do trabalho, onde é apresentado um panorama geral do assunto que será tratado. A partir do segundo capítulo foi elaborado o referencial teórico a fim de conceituar os modelos hegemônico e contra-hegemônico de democracia e assim conhecer qual deles domina os instrumentos de participação social, também analisados no mesmo capítulo. No capítulo seguinte do referencial teórico, foi referida a trajetória do gerencialismo no Brasil, desde os conceitos de neoliberalismo (ultraliberalismo), de administração pública gerencial e da saúde como direito e serviço público, até a sua relação com o Sistema Único de Saúde. O quarto capítulo, último pertencente ao referencial, estabelece qual a relação entre os hospitais universitários e a EBSEERH, da qual foi pesquisado seu histórico e realizada sua descrição organizacional. No quinto capítulo foi realizada a análise dos dados, no qual foram apreciadas as opiniões dos atores sociais que participam do processo e comparadas à atual situação dos HUs, se eles aderiram ou não à EBSEERH e se essas opiniões foram vinculantes. No sexto e último capítulo, está a conclusão do trabalho, onde foram feitas as considerações finais a respeito do tema.

2. DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

O capítulo a seguir discorre acerca da fundamentação teórica utilizada para a elaboração deste trabalho. Serão apresentados dois modelos de democracia existentes e suas características para, posteriormente, ser feita uma análise daquela que domina os possíveis instrumentos de participação identificados. Também serão esclarecidos os conceitos de participação, controle social e transparência, indispensáveis ao pleno entendimento do tema central aqui abordado.

2.1. CONCEITO DE DEMOCRACIA

Segundo sua etimologia, a palavra democracia, do grego *demokratía*, composta por *demos* (povo) e *kratos* (poder), faz referência ao poder do povo. Tal palavra adquiriu diferentes significados ao longo do tempo, entretanto, aqui ela será analisada somente a partir da sua interpretação política. Tenório (2005, p. 110), baseado pelas ideias de Habermas, afirma que a democracia parte da:

(...) cidadania deliberativa procedimental, baseada na correlação entre direitos humanos e soberania popular e consequente reinterpretação da autonomia nos moldes da teoria do diálogo. A cidadania deliberativa consiste, assim, em levar em consideração a pluralidade de formas de comunicação – morais, éticas, pragmáticas e de negociação, em que todas são formas de deliberação. O marco que possibilita essas formas de comunicação é a justiça, entendida como a garantia processual da participação em igualdade de condições. Dessa forma, Habermas procura a formação da opinião e da vontade comum não só pelo caminho do auto entendimento ético, mas também por ajuste de interesses e por justificação moral.

Assim, a democracia se opõe a aristocracia, e se caracteriza como o governo onde os cidadãos têm direito à participação nas tomadas de decisão. Divergentes são as visões de como a democracia deve ser exercida, que serão abordadas e esclarecidas a seguir.

2.1.1. O modelo hegemônico de democracia

Segundo o modelo democrático hegemônico, introduzido por Joseph Schumpeter (1961), o indivíduo não possui conhecimento suficiente para debater sobre política, onde a sua opinião assume caráter associativo e afetivo, assim sendo a representatividade a melhor alternativa. Ele também critica a ideia de uma soberania popular dominante presente em Marx e reduz a participação na tomada de decisões apenas ao que tange a constituição de governos. Schumpeter afirma que o indivíduo é facilmente influenciado por causa da sua ignorância política, que é resultado da preguiça em aprender, mesmo sendo as melhores e mais didáticas informações repassadas ao cidadão.

Já, Norberto Bobbio (2006) julga a democracia moderna como uma questão de procedimentos que permitem a mudança de governos sem o uso da violência. Esta é a denominada democracia representativa que objetiva eleger um representante para delegar a ele o poder de decisão. Este modelo democrático hegemônico de concepção procedimental apresenta característica elitista, onde a essência da democracia dá lugar a uma rotatividade de lideranças políticas. Para Bobbio, o importante seria preservar a distância entre representados e representantes, o que permitiria a estes últimos o poder do Estado e um mandato não revogável. Ainda, segundo o intelectual, a participação direta não é possível nas sociedades de massa. Seguindo o pensamento schumpeteriano, Bobbio afirma que a participação popular não é capaz de lidar com a execução de políticas complexas e de indicar soluções necessárias frente aos diversos problemas que se apresentam. O autor, enfaticamente, se mostra a favor de um projeto onde a democracia seja extremamente limitada, no qual a representação nada mais é que uma ferramenta destinada a limitar o “excesso de participação”.

O liberalismo é o modelo de Estado condizente com o modelo democrático hegemônico. Assim como cita MARTINS (2003), o liberalismo, além de afirmar que tudo que está fora dele não presta, também garante que dentro dele está tudo o que presta. Para ele, a supremacia do liberalismo pode se manifestar de diversas formas. Quem discorda desta prática política pode estar a perigo, cercado de “armadilhas”. Liberalismo e democracia, em sua essência, são duas vertentes impossíveis de serem associadas. O autor cita que o termo liberal-democracia é

inconcebível, pois, neste caso, a democracia perde a sua especificidade e se dissolve no interior da expressão. Esta ambiguidade oferece algumas vantagens para o liberalismo, entre elas, ofuscar a visão dos outros. Os liberais se aproveitam desta confusão conceitual para ocultar seus defeitos e exibir qualidades que não possuem, aproximando seus opositores. Martins afirma que o liberalismo possui uma concepção caduca, mesmo que não possa se realizar positivamente, ele se realiza negativamente ao impedir que seus opositores o superem, e assim os orienta para o caminho da contrariedade da sua essência.

2.1.2. O modelo contra-hegemônico de democracia

No período pós-guerra, assim como a corrente hegemônica democrática, surgiu também a linha contra-hegemônica de democracia que vem a reconhecer a pluralidade humana. Para Habermas (2003 apud Hamel, 2009), a esfera pública constitui um local no qual os mais diversos indivíduos põem problematizar em público uma condição de desigualdade da esfera privada, ou seja, uma condição de publicidade. A política, para ser plural, não pode seguir o método de autorização de governos, proposto por Bobbio (2006). A pluralidade só é possível quando a política contar com o consentimento de todos os atores.

Avritzer e Santos (2003), em seu artigo, afirmam que neste contexto se tem os movimentos sociais que estão inseridos em movimentos pela ampliação da participação política, pela transformação das práticas dominantes, pelo aumento da cidadania e pela inserção de atores sociais excluídos. A maior parte das experiências participativas nos países recém-democratizados do Sul tem o seu êxito relacionado com a capacidade dos atores sociais de transferirem práticas e informações da sociedade para a gestão pública, através da criatividade dos mesmos. Também citam os casos de reinvenção da democracia participativa nos países do Sul. Tratam como exemplos o Brasil que alternou períodos democráticos e autoritários, a Índia que foi o único país estudado a permanecer por tempo integral vivendo democraticamente, à exceção de 1977 e também diversos outros países. A análise destes diferentes casos leva a conclusão que os atores que implantaram as experiências de democracia participativa colocaram em questão uma identidade que

lhes fora atribuída por um Estado colonial ou autoritário. Destaca-se como luta pela inclusão e participação social o movimento indígena que há muito vinha pleiteando pelo seu reconhecimento.

De acordo com WOOD (2007), a democracia – em seu sentido literal, sinônimo de poder popular ou governo do povo – pode ameaçar converter-se em algo mais que um regime meramente formal, em uma realidade atual que o capitalismo é soberano. A autora afirma que democracia e capitalismo são incompatíveis, e cita algumas razões, quando diz que:

Não existe um capitalismo governado pelo poder popular no qual o desejo das pessoas seja privilegiado aos dos imperativos do ganho e da acumulação (...). O capitalismo é estruturalmente antiético em relação à democracia, em princípio, pela razão histórica mais óbvia: nunca existiu uma sociedade capitalista na qual não tenha sido atribuído à riqueza um acesso privilegiado ao poder (WOOD, 2007, p. 418).

Usualmente, a palavra “democracia” é utilizada em um sentido diferente do qual WOOD se refere, e o capitalismo/liberalismo é o que tem feito esta redefinição, aproveitando-se do seu poder de influência. Quem melhor explica isso é Dagnino (2004) ao abordar a “confluência perversa” que determina o obscurecimento das distinções e divergências fundamentais, por meio de um vocabulário comum e de procedimentos e mecanismos institucionais que guardam uma similaridade significativa.

A autora aponta que o Brasil enfrenta uma confluência perversa entre dois processos distintos, ligados a dois projetos divergentes. De um lado, destacam-se nesse processo, em meados de 1980, os movimentos sociais. Neste período, pós-ditadura, ocorreu a volta da democracia formal, com eleições livres e a reorganização partidária, que possibilitou o empoderamento da sociedade. Na década seguinte, a participação popular se expande e a população conquista mais espaços no interior do Estado, entre eles o Orçamento Participativo. Em contrapartida, o neoliberalismo é fortemente estimulado a partir da década de 1990, onde o Estado teria suas funções e responsabilidades reduzidas.

A perversidade estaria no fato de que, mesmo apontando para direções opostas, os dois projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva. A disputa política entre esses projetos políticos distintos assume significados diferentes para termos comuns – como participação, sociedade civil, democracia – sendo denominada crise discursiva.

Retomando o pensamento de WOOD (2007), ela define democracia a partir da sua ideia original grega, definida por Aristóteles: “democracia é uma constituição na qual os nascidos livres e pobres controlam o governo – sendo ao mesmo tempo uma maioria”. O modelo contra-hegemônico, assim como o filósofo grego, distingue a democracia da oligarquia (governo da minoria).

A autora menciona o caso norte-americano quando a classe proprietária, ciente da extensão dos direitos políticos conferida ao proletariado, adotou uma estratégia para limitar esta concessão de direitos. Os *founding fathers*³ dos EUA redefiniram a democracia no país. O *demos* (“povo”, no idioma grego) perdeu seu significado e já não expressava mais a ideia de uma categoria social, mas sim política. E o *kratos* (“poder”, no idioma grego) assimilou-se com a alienação do poder do povo, diferente do seu sentido original. Esta redefinição implicou na diluição do poder popular. Como os *founding fathers* da Constituição norte-americana rejeitavam a democracia em sua essência ateniense, estes criaram uma nova concepção dela e assim denominaram a sua república como uma “democracia representativa”. Nela, o povo era destituído do seu significado social, restando apenas o político. A representação procurou expandir a distância entre as pessoas e o poder, e restringiu o governo aos ricos, assim como os comerciantes eram considerados representantes naturais dos artesãos e trabalhadores.

Há quem defenda que democracia representativa e democracia participativa são complementares, porém estes dois tipos democráticos são opostos. Na democracia representativa tem-se um regime onde a população escolhe os seus representantes e confere a eles o poder da tomada de decisões. Portanto, a participação do indivíduo se restringe apenas a eleição de quem o representará. Na democracia participativa se tem uma ativa participação da população na tomada de decisão. Os representantes não conseguem identificar e atender a todas as especificidades e demandas da sociedade. A população tem se organizado melhor em torno de infinitas questões e cobrado de maneira mais efetiva de seus representantes. Ninguém melhor para reconhecer as suas necessidades que a própria população. Na democracia representativa estão presentes, apenas, alguns limitados mecanismos de participação, enquanto na democracia participativa se tem

³ Líderes políticos responsáveis pela assinatura da Declaração de Independência dos Estados Unidos da América.

uma participação efusiva da sociedade. A representação nunca poderá ser de fato a democracia em si, mas sim um instrumento seu. Onde há uma grande população, a representação poderá ser um auxílio, mas a participação ainda terá que ser dominante.

A democracia participativa está relacionada a um tipo de Estado oposto ao capitalista, onde o que mais se aproxima é o Estado socialista. A democracia participativa é um regime em que os meios de produção se dão através de propriedades públicas, onde prevalecem os direitos sociais e onde há intervenção na economia. Inversamente, no capitalismo, os meios de produção estão nas propriedades privadas, e ainda ocorre a prevalência dos direitos individuais civis e a livre iniciativa. Portanto, para a execução de um é necessária à exclusão do outro. Os contra-hegemônicos não apenas buscam a sua forma preferida de democracia, mas também procuram a substituição do sistema capitalista (liberalismo) para o socialista.

2.2. PARTICIPAÇÃO

Atualmente, se percebe um alto nível de descontentamento dos diversos setores da sociedade com as instituições e com toda forma de política. A representação já não é mais compatível com os novos atores sociais na vida política. Essa constante frustração das expectativas populares, associada à participação restrita apenas às eleições governamentais, ocasiona a queda de apoio ao regime e provoca a denominada crise da democracia representativa. Diante desta situação, a sociedade civil busca obter um poder maior na tomada de decisões acerca dos mais variados temas que são do seu interesse.

2.2.1. Conceito

Até aqui foram utilizados dois termos para se referir à participação: da comunidade e social. O primeiro se justifica porque é este que consta na CF/88 e em leis, bem como a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, para fazer menção à

participação coletiva, onde a opinião popular deverá ser levada em consideração nas tomadas de decisão. Embora este seja o termo legal, ele não é o mais utilizado, o que dificulta seu entendimento para quem não possua uma melhor compreensão acerca do assunto. Para que este trabalho seja reproduzido e sirva de auxílio para outros estudos, adiante será utilizado o termo participação social, que possibilita uma leitura mais acessível.

Conforme Dias (2007):

Participação popular é um processo político concreto que se produz na dinâmica da sociedade, mediante a intervenção quotidiana e consciente de cidadãos individualmente considerados ou organizados em grupos ou em associações, com vistas à elaboração, à implementação ou à fiscalização das atividades do poder público.

Pateman (1992) tem como base da sua teoria a participação individual de cada cidadão no processo político de tomada de decisões, onde prevalecem os interesses privados. A participação tem como consequência uma relação mútua entre o funcionamento das instituições e as qualidades e atitudes dos indivíduos que interagem dentro delas.

A autora justifica que a teoria da democracia participativa é idealizada na integração entre os indivíduos e as instituições, ou seja, não devem ser considerados isolados uns dos outros, assim considerando o sistema político como um todo. Afirma que a representatividade a nível nacional não é eficaz e não condiz com o sistema democrático, assim como defende a máxima participação de todos em todas as esferas políticas. A principal função da participação é, portanto, educativa e possibilita efeitos positivos tanto para o aspecto psicológico quanto para o aperfeiçoamento na prática de habilidades e procedimentos democráticos (DIAS, 2007). Alguns teóricos, equivocadamente, afirmam que o processo participativo impõe obstáculos à estabilidade do sistema político. Entretanto, quanto maior for o envolvimento do indivíduo no processo, maior será o aprendizado e, conseqüentemente, mais capacitado ele se tornará. Ainda, a participação faz com que as decisões coletivas sejam melhores aceitas e também desenvolve a integração das pessoas.

GOHN (2001) divide a participação em dois paradigmas: liberal e democrático. No paradigma liberal, o processo participativo busca a afirmação da sociedade civil e objetiva impedir a regulação do Estado na liberdade dos indivíduos.

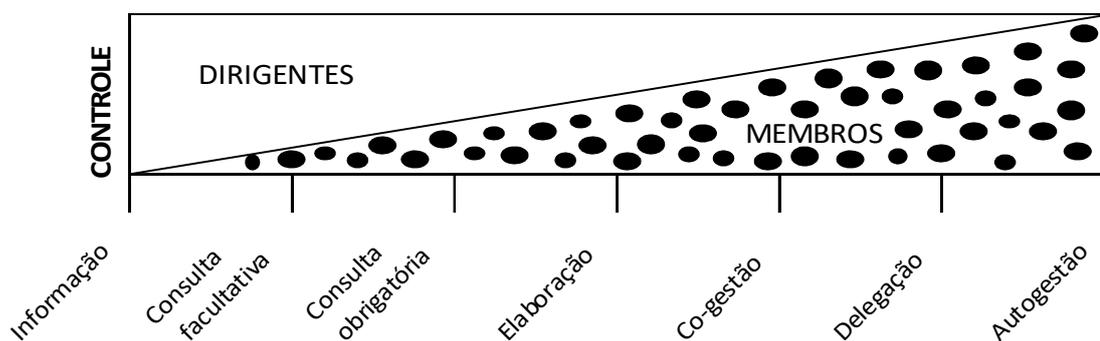
Já no paradigma democrático a regulação é conduzida pela soberania popular, onde a participação se desenvolve tanto na sociedade civil quanto nas instituições formais políticas. Este paradigma identifica-se com o pluralismo e conta com diversos agentes de organização da participação social. Também desenvolve a cidadania e a construção coletiva de processos políticos.

Além dos paradigmas de GOHN, PATEMAN (1992) divide a participação em três níveis: a pseudoparticipação (quando os indivíduos são apenas consultados sobre algum tema, mas de fato a decisão final fica nas mãos dos seus representantes); a participação parcial (em que muitos tomam parte no processo decisório, mas o poder final de decidir pertence a apenas uma das partes); e a participação plena (onde todos os indivíduos, isoladamente, terão poder de decisão, ou seja, poder vinculante).

2.2.2. Escalas de participação

Para ser possível a mensuração dos níveis de participação social em processos decisórios, alguns autores elaboraram diferentes classificações. Bordenave (1983) foi o responsável por idealizar uma escala que qualifica a participação em sete níveis, como mostra a figura 1.

Figura 1 - Escala de participação de Bordenave



Fonte: Bordenave (1983, p. 31)

Nesta escala, o menor grau é o de informação e ocorre quando os membros da organização são informados das decisões já tomadas pelos dirigentes. A autogestão é considerada pelo autor o maior grau da sua escala, onde os próprios administrados determinam seus objetivos, escolhem seus meios, estabelecem o

controle e não possuem qualquer tipo de supervisão. Neste nível desaparece a diferença entre administradores e administrados.

Já, Arnstein (2002) organizou a sua escala, que ela denominou escada, em oito degraus (quadro 1).

Quadro 1 – Escada da Participação de Arnstein

8	Controle cidadão	Níveis de poder cidadão
7	Delegação de poder	
6	Parceria	
5	Pacificação	Níveis de concessão mínima de poder
4	Consulta	
3	Informação	
2	Terapia	Não-participação
1	Manipulação	

Fonte: Arnstein (2002, p. 5)

Na escada, a autora determina que o objetivo nos degraus 1 e 2 não é impedir a participação da população, mas permitir que os tomadores de decisões “eduquem” ou “curem” os participantes, influenciando diretamente nas suas opiniões. Nos três próximos degraus os participantes têm a concessão limitada de poder que os permitem ouvir e serem ouvidos, porém não é assegurado que suas opiniões serão aceitas pelos administradores. Nos degraus restantes o cidadão possui grande ou até mesmo completo poder na tomada de decisão.

A participação popular definiu-se pela organização do povo (excluídos dos círculos de poder dominante) para aumentar o controle social sobre os recursos e sobre o aparelho do Estado, bem como sua democratização (GOHN, 2001).

2.3. MECANISMOS DE INTERFACE COM A CIDADANIA: CONTROLE SOCIAL E TRANSPARÊNCIA

Complementar à participação, o controle social diz respeito à luta da sociedade civil pela sua inclusão nas políticas públicas como instrumento transformador da realidade. Assim, a sociedade civil participaria de todo o ciclo da

política pública, desde a sua formulação até a sua avaliação e ainda inclui o seu monitoramento. O controle social constitui o direito público subjetivo do cidadão de fiscalizar a função administrativa do Estado. É realizado por um particular, ente externo ao Estado, individualmente, em grupo ou por meio de entidades jurídicas.

O controle social tem por finalidade verificar se as decisões tomadas no âmbito estatal estão sendo executadas na conformidade com o que foi decidido e se as atividades estatais estão sendo realizadas de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Constituição e pelas normas infraconstitucionais.

O poder do povo, referenciado na Constituição Federal de 1988, é dividido em dois: o poder político (que se refere à participação nas decisões dos atos normativos do Estado) e o direito público de fazer o controle dessas decisões, tanto aquelas feitas pelo povo quanto aquelas feitas por representantes. O poder político é a participação popular. O direito de controle das atividades do Estado é o controle social. A participação popular e o controle social são formas de exercício da soberania popular.

Indispensável ressaltar a importância da transparência, que é função de Estado, como um relevante instrumento para o exercício do controle social. “Considera-se transparência a democratização do acesso às informações, em contraposição ao sigilo das mesmas” (Tristão, 2002). De acordo com Culau e Fortis (2006), a transparência é entendida como a produção e divulgação sistemática de informações. Cumpre a função de aproximar o Estado e a sociedade, ampliando o nível de acesso do cidadão às informações sobre a gestão pública. O Governo brasileiro afirma, através do Portal da Transparência da Controladoria-Geral da União, que a transparência é o melhor antídoto contra a corrupção, dado que ela é mais um mecanismo indutor de que os gestores públicos ajam com responsabilidade e permite que a sociedade, com informações, colabore com o controle das ações de seus governantes, no intuito de checar se os recursos públicos estão sendo usados como deveriam.

Existem duas classificações de transparência: ativa (espontânea) e passiva (provocada). A primeira acontece quando o órgão público tem a iniciativa de divulgar informações de interesse geral ou coletivo, ainda que não tenham sido expressamente solicitadas. Em 2011 foi criada a Lei nº 12.527 (Lei de Acesso à Informação - LAI) que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações

públicas. Essa norma entrou em vigor em 16 de maio de 2012 e criou mecanismos que possibilitam, a qualquer pessoa, física ou jurídica, sem necessidade de apresentar motivo, o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades. A Lei vale para os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, inclusive aos Tribunais de Conta e Ministério Público. Entidades privadas sem fins lucrativos também são obrigadas a dar publicidade a informações referentes ao recebimento e à destinação dos recursos públicos por elas recebidos. O art. 3º, inciso II da Lei, trata de uma de suas diretrizes que afirma que deve ser assegurada a divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações.

O artigo 8º da LAI, além de estabelecer que a Transparência Ativa é dever dos órgãos e entidades públicas, delimita ainda um rol de informações mínimas que deverão ser objeto de iniciativas de transparência pública, quais sejam (§ 1º do art. 8º):

- I – registro das competências e estrutura organizacional, endereços e telefones das respectivas unidades e horários de atendimento ao público;
- II – registros de quaisquer repasses ou transferências de recursos financeiros;
- III – registros das despesas;
- IV – informações concernentes a procedimentos licitatórios, inclusive os respectivos editais e resultados, bem como a todos os contratos celebrados;
- V – dados gerais para o acompanhamento de programas, ações, projetos e obras de órgãos e entidades e;
- VI – respostas a perguntas mais frequentes da sociedade.

Por outro lado, a transparência passiva se dá quando algum órgão ou ente é demandado pela sociedade a prestar informações que sejam de interesse geral ou coletivo, desde que não sejam resguardadas por sigilo. A obrigatoriedade de prestar as informações solicitadas está prevista especificamente no art. 10 da Lei de Acesso à Informação:

Art. 10: Qualquer interessado poderá apresentar pedido de acesso a informações aos órgãos e entidades referidos no art. 1º desta Lei, por qualquer meio legítimo, devendo o pedido conter a identificação do requerente e a especificação da informação requerida.

2.4. PRÁTICAS DE GESTÃO PARTICIPATIVA

A participação social poderá ser realizada de diversas formas. Dentre elas, aqui serão listados alguns instrumentos de gestão participativa presentes em nossa realidade. A citação dos instrumentos neste capítulo não afirma que de fato eles são utilizados ou que possuem poder vinculante junto às tomadas de decisão do governo. São eles:

a) referendo: o Congresso Nacional discute e aprova inicialmente uma lei e então os cidadãos são convocados a manifestarem se são contra ou favoráveis à nova legislação (PORTAL BRASIL, 2014);

b) plebiscito: a população é convocada para opinar sobre o assunto em debate antes que qualquer medida tenha sido adotada, fazendo com que a opinião popular seja base para elaboração de lei posterior (PORTAL BRASIL, 2014);

c) iniciativa popular: os eleitores têm o direito de apresentar projetos ao Congresso Nacional desde que se cumpram alguns pré-requisitos. “A iniciativa popular pode ser exercida pela apresentação à Câmara dos Deputados de projeto de lei subscrito por, no mínimo, um por cento do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco Estados, com não menos de três décimos por cento dos eleitores de cada um deles” (BRASIL, CF/88, art. 61, § 2º).

Estes três primeiros instrumentos estão elencados no art. 14 da CF/88, sendo considerados como direitos políticos. O conceito de cada seguinte instrumento foi apresentado pelo Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior, em 2015, na disciplina de Gestão de Práticas Participativas, ministrada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

d) Conselhos: constituem-se em órgãos públicos que devem ter em sua composição representantes do Poder Público e da sociedade civil. São criados por lei, regulamentados por estatuto aprovado em seu plenário e assumem atribuições consultivas, deliberativas e/ou de controle;

e) conferências: “são espaços institucionais de participação e deliberação acerca das diretrizes gerais de uma determinada política pública, podendo assumir

caráter consultivo ou deliberativo” (República Federativa do Brasil, SGPR, 2010)⁴. As conferências também se apresentam como eventuais fóruns e são regularmente realizadas num período aproximado de quatro anos de intervalo entre elas;

f) consultas públicas: é um mecanismo que se realiza em prazo determinado, de caráter consultivo, que possibilita a participação a qualquer interessado e que almeja receber contribuições por escrito da sociedade civil a respeito de um assunto específico;

g) orçamento participativo: é um processo de gestão compartilhada, onde a sociedade civil é convidada a participar de reuniões públicas, nas quais são definidas prioridades para investimentos e políticas públicas. O orçamento participativo possibilita maior eficiência na execução do gasto público, quando permite a escolha direta das prioridades por aqueles que participam do processo de deliberação e conhecem as necessidades locais; e

h) ouvidorias: é uma instância de defesa do cidadão, que tem como objetivo, estabelecer uma comunicação entre Administração Pública e sociedade civil que vise atender à sua necessidade. As ouvidorias buscam a solução do problema reclamado, não atuando contra a organização que representa, mas sim como uma postura de melhoria e correção dos processos da instituição. “A proposta de uma ouvidoria pública é justamente a de transformar a cultura da reclamação em uma cultura de cooperação e participação.

Para este trabalho, a principal prática de gestão participativa analisada será a audiência pública e, por este motivo, está separada dos demais instrumentos em um subcapítulo especial.

2.4.1. Audiência Pública

A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, denominada Constituição Cidadã, passaram a existir alguns instrumentos que têm por finalidade a definição de políticas públicas nas quais, para a população, é garantido o direito à participação. Entre eles, está a audiência pública (AP) e a sua realização é um dever dos

⁴ Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/>>. Acesso em 10 de out, 2016.

governos, assim como um direito de todos os cidadãos. É um mecanismo relevante da sociedade civil que lhe dá acesso às decisões do Estado, influenciando-o e controlando-o. Por meio desse instrumento, o Estado disponibiliza informações, esclarece dúvidas, abre debates e presta contas à sociedade sobre ações e projetos públicos de relevante impacto ou interesse social. No processo de adesão dos HUs à EBSEH é o instrumento de participação popular utilizado quando se quer saber a opinião popular quanto ao assunto.

A audiência pública é um instrumento de participação popular regulado por leis federais, constituições estaduais e leis orgânicas municipais. É uma abertura para o envolvimento da sociedade, onde o Estado deverá expor um tema a ser debatido com a população acerca da formulação de políticas públicas, projetos de lei ou a execução de ações que podem suscitar impactos à sociedade. Podem também ser abordados os resultados de projetos e ações já implementados ou em andamento. A AP se caracteriza como uma reunião coordenada por algum órgão competente, onde será apresentado um tema a ser analisado pelos cidadãos para que se manifestem a respeito. Para o desembargador do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região João Batista Martins César (2011, p. 359), “a audiência pública é um instrumento colocado à disposição dos órgãos públicos para, dentro de sua área de atuação, promover um diálogo com os atores sociais, com o escopo de buscar alternativas para a solução de problemas que contenham interesse público relevante”⁵.

Qualquer cidadão que quiser pode participar das audiências, porém, é imprescindível que o órgão responsável pela convocação dê prioridade àqueles afetados diretamente pela política pública a ser discutida. A divulgação prévia, a localização adequada e a garantia do direito à informação de forma clara e ao direito de opinião são pressupostos para a garantia do direito de participação. Ao convocar a audiência, o órgão público deve realizá-la de modo que todos os grupos possam ter acesso ao local e às informações necessárias. O mesmo tem a responsabilidade de definir, através de edital, a data, o horário, a forma como serão disponibilizadas as informações e o local para a execução da audiência. Tais informações devem ser divulgadas com devida antecedência no Diário Oficial e outros meios de

⁵ CÉSAR, João Batista Martins. A audiência pública como instrumento de efetivação dos direitos sociais. RVMD, Brasília, V. 5, nº 2, p. 356-384, Jul-Dez, 2011.

comunicação, como jornais e televisão. Também, com antecedência, devem ser expostas referências do tema que será discutido. Ainda, o órgão terá a função de definir como se dará o funcionamento do certame, em qual ordem os temas serão discutidos, quanto tempo terão os participantes para exporem suas opiniões e garantir que estes tenham o direito de se manifestar sobre o assunto, expondo seus pontos de vista de forma justa e adequada. Importante ressaltar que, em uma audiência pública, os cidadãos não vão apenas para ouvir os governantes falarem, mas para questionar, dar opiniões, buscar informações acerca do tema e pressionar o Estado para que esse seja mais democrático na tomada de decisões, realizando assim o controle social. Todos os debates serão obrigatoriamente registrados em ata, assim como será elaborada uma lista de presença.

As APs são orientadas por onze princípios⁶:

- a) o princípio democrático discorre a respeito da relação entre a vontade popular manifesta e as ações do Estado enquanto age no interesse público;
- b) como os assuntos tratados nas audiências públicas são de interesse geral, elas são também orientadas pelo princípio da cidadania, o qual diz que cabe ao povo decidir sobre a coisa pública, assim como se entende do art. 1º, II, da CF/88;
- c) o princípio da participação política instrumentaliza a manifestação do poder político social para as decisões de conteúdo político e administrativo;
- d) conforme o princípio da reserva legal é garantido os direitos e deveres tanto da Administração Pública quanto dos participantes do certame;
- e) o princípio associativo protege a liberdade de manifestação individual quando realizada em entidades reconhecidas para a defesa de interesses individuais, coletivos ou sociais;
- f) como se trata de um procedimento administrativo que também estão inseridos o contraditório e a ampla defesa, as APs são regidas pelo princípio do devido processo;
- g) o princípio da realidade diz que os objetivos a serem alcançados por este instrumento de participação devem estar em harmonia com as vontades populares;

⁶ Citados pelo Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior (2015), na disciplina de Gestão de Práticas Participativas, ministrada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

h) o princípio da lealdade informa que a Administração Pública deve reconhecer a boa-fé dos administrados e, assim, não priorizar os seus interesses próprios;

i) deve haver clara exposição de quais objetivos pretendidos e que nortearão a execução da AP;

j) de acordo com o princípio da proporcionalidade, se deve buscar um ajuste equilibrado entre as pretensões da população e a viabilidade e possibilidade da Administração Pública realizá-las, observando outros interesses coletivos;

k) finalmente, o princípio da prevenção de litígios diz que a Administração Pública deve buscar solucionar os descontentamentos da população por via administrativa e, assim, evitar processos judiciais.

O IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), através de Fonseca e outros autores (2013, p. 12-14), elaborou um estudo e definiu oito características definidoras de uma audiência pública (quadro 2). São elas:

a) as audiências públicas têm caráter consultivo, e não deliberativo (Soares, 2002; Vasconcelos, 2002). Ou seja, o Estado tem um poder maior de discricionariedade de ação em relação a outros mecanismos de participação. A população tem a oportunidade de ouvir e ser ouvida, porém a decisão final será dos representantes;

b) uma segunda característica atribuída às APs está relacionada ao seu caráter pontual. As audiências públicas não tratam apenas de uma matéria específica, como no caso dos conselhos gestores de políticas. Isto é, a cada AP pode ser tratado um diferente tema, porém não mais que um na mesma edição. Elas tanto podem estar relacionadas à elaboração de um plano, à elaboração de normas regulatórias ou à avaliação de uma ação governamental;

c) as APs também são de caráter presencial, não podendo estas serem realizadas pela internet ou por intercâmbio documental (Soares, 2002; Mattos, 2004; Grau, 2011 apud Fonseca, et al., 2013, p. 13);

d) a audiência pública permite aos participantes a possibilidade da manifestação oral, que proporcionará o debate entre os presentes;

e) o debate, por si só, é definido como uma característica das APs;

f) ao provocar o debate, enquanto discussão entre um grupo de pessoas, este instrumento de participação possui caráter coletivo;

g) as APs, por tratarem de assuntos de interesse geral, não podem excluir a participação de qualquer ator e, portanto, são abertas a todos os interessados;

h) segundo Soares (2002) e Mattos (2002), há ainda uma oitava e última característica definidora que diz que as APs possuem regras específicas para o seu funcionamento. Tais regras podem sofrer variações, estando presentes em algumas e não em outras. Entretanto, existem as regras que são gerais e aplicáveis a qualquer audiência pública, impreterivelmente, assim como data e hora definidas, pauta clara, atas de reunião, entre outras.

Quadro 2 – Síntese das características definidoras de uma audiência pública

	Característica	Descrição
Audiência Pública	Caráter consultivo	População opina, Governo decide.
	Caráter pontual	Cada AP pode tratar de um tema diferente, porém a mesma trata de um específico.
	Caráter presencial	Não podem ser realizadas por meio eletrônico ou qualquer outro que não seja o presencial.
	Manifestação oral	População interage com o governo através do diálogo com o Governo.
	Debate	Defesa de opiniões.
	Caráter coletivo	Discussão em grupo.
	Aberta a todos	Todos podem participar por tratar de temas de interesse geral.
	Regras específicas	Regras podem sofrer variações, porém algumas são gerais, como a obrigatoriedade de ata de reunião.

Fonte: adaptado de Fonseca, et al. (2013, p. 14)

De acordo com algumas leis federais, deverá haver audiência pública:

a) no início do processo de licitação, sempre que o valor estimado for superior a 100 vezes o limite previsto pela mesma lei (Lei Federal nº 8.666/93);

b) nos casos de processos de licenciamento ambiental que provoquem significativo impacto ambiental, como, por exemplo, para a construção de hidrelétricas, presídios, lixões, etc., sempre que o órgão ambiental julgar necessário, ou quando for solicitado por entidade civil, pelo Ministério Público ou por 50 ou mais

cidadãos (Resolução nº 009/1987 do CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente);

c) para debater os temas necessários para o poder público em qualquer momento de um processo administrativo (Lei Federal nº 9.784/99);

d) na demonstração e avaliação do cumprimento das metas fiscais de responsabilidade do poder Executivo (prestação de contas) para cada quadrimestre. Essas deverão acontecer no final dos meses de maio, setembro e fevereiro de cada ano (Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar nº 101/00);

e) no processo de elaboração do Plano Diretor e discussão de projetos de grande impacto (Estatuto da Cidade – Lei Federal nº 10.257/01 e Resolução nº 25 do Conselho Nacional das Cidades); e

f) para a garantia dos direitos difusos e coletivos junto aos órgãos públicos dos poderes Executivo e Legislativo, realizadas pelo Ministério Público (Lei Federal nº 8.625/93). Sempre que julgar necessário, a população pode solicitar aos seus representantes do poder Executivo ou Legislativo ou do Ministério Público a realização de audiências públicas para debater questões polêmicas e resolver conflitos que vivencia.

2.5. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO DOIS

O modelo hegemônico, ao pregar a representatividade como a melhor forma de democracia, deixa de lado a diversidade social e cultura que uma determinada sociedade possui. Embora a representação seja considerada positiva em função de facilitar o exercício da democracia, ela dificulta a transparência e o controle social.

Por outro lado, a democracia contra-hegemônica, construída através da participação, se afirma quando o povo tem papel fundamental no poder político, que se traduz em mecanismos muito além da eleição, como referendo, consulta popular, assembleia de cidadãos e, neste trabalho, principalmente, a audiência pública. Com a inclusão da democracia participativa se afasta a ideia do modelo hegemônico e monopólio do poder.

Diante de tais características, correspondentes aos modelos hegemônico e contra-hegemônico de democracia, é possível coletar informações suficientes para perceber que qualquer que seja o instrumento de participação social, eles serão compatíveis com o segundo modelo.

3. GERENCIALISMO E SUS: CAMINHOS ENTRECruzADOS

O termo neoliberalismo, considerado também como ultraliberalismo⁷, é uma doutrina que se apresenta como base da administração pública gerencial. Este modelo de governo ganhou força no Brasil através de uma reforma gerencial, dirigida pelo ex-presidente da República Fernando Henrique Cardoso. As medidas adotadas neste contexto tiveram um significativo reflexo sobre a saúde no país.

3.1. NEOLIBERALISMO/ULTRALIBERALISMO

O neoliberalismo consiste em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política (Rizzotto, 2009).

O neoliberalismo, que se pode considerar como uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, teve início após a Segunda Guerra Mundial. Um de seus idealistas foi Friedrich Hayek que escreveu *O Caminho da Servidão*, em 1944. O objetivo do autor ao lançar o livro foi fazer uma provocação contra as limitações dos mecanismos de mercado impostas pelo Estado, contrárias aos preceitos neoliberais (ANDERSON, 1995).

Determinado, Hayek reuniu-se com outros tantos pensadores, bem como Milton Friedman e Ludwig Von Mises, que partilhavam de sua ideologia, quando foi fundada a Sociedade de Mont Pèlerin, na Suíça. Seu propósito era combater o Estado do bem-estar social. Tais pensadores argumentavam que o keynesianismo destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. Dois fatos contribuíram para o fortalecimento do neoliberalismo, que foi a grande crise do modelo econômico pós-guerra, em 1973, quando o capitalismo entrou em uma profunda recessão, aliada às baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação. Assim, reduziu-se o lucro das empresas e desencadearam-se processos inflacionários que ocasionaria uma crise generalizada

⁷ Alguns autores dão preferência à utilização do prefixo “ultra” pelo motivo que, para eles, o liberalismo nunca deixou de existir, apenas se aperfeiçoou e tornou-se mais poderoso e agressivo em busca da redução do Estado.

das economias de mercado. Hayek e seus aliados culpavam os movimentos sindicais e operários por pressionarem o Estado a aumentar os gastos sociais. A solução encontrada por estes era a manutenção de um Estado forte em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, porém limitado em relação aos gastos sociais e intervenções econômicas (ANDERSON, 1995).

Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos. Em outras palavras, isso significava reduções de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas. Desta forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas (Anderson, 1995).

O neoliberalismo teve a sua grande oportunidade com a chegada de Margaret Thatcher ao poder, em 1979, quando ocupou o cargo de primeira-ministra do Reino Unido. O governo de Thatcher foi considerado o primeiro a empenhar-se em pôr em prática o projeto neoliberal. No ano seguinte, Ronald Reagan tomou posse como presidente dos Estados Unidos e dois anos mais tarde o regime liberal saiu vitorioso na Alemanha. Neste momento histórico, quase todos os países norte-europeus ocidentais, à exceção de Suécia e Áustria, passaram a ser dirigidos por governos de direita.

O governo inglês, considerado como exemplo pelos seguintes adeptos ao neoliberalismo, foi o modelo pioneiro e o mais puro. Entre suas medidas estão a elevação das taxas de juros, a abolição de controles sobre fluxos financeiros, a criação de níveis de desemprego massivo, a imposição de leis antissindicais e o corte com gastos sociais (ANDERSON, 1995). Entre as principais características do modelo neoliberal estão a redução da participação estatal, principalmente na esfera econômica, a privatização de organizações públicas, medidas contra o protecionismo econômico, a abertura ao mercado internacional, o individualismo, a propriedade privada, a tecnocracia e a meritocracia.

O neoliberalismo foi um movimento que teve maior sucesso ideológico que econômico. Apesar de seu sucesso com a geração de desemprego e desigualdade social e na redução dos índices inflacionários – alguns de seus objetivos –, o neoliberalismo não obteve sucesso na reanimação do capitalismo avançado mundial. Obteve, sim, sucesso ideológico, pois mesmo aqueles países que se

demonstravam relutantes por muito tempo acabaram adotando vários de seus pressupostos (ANDERSON, 1995 apud BRANDÃO, 2013).

3.2. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Para Omar GUERRERO (1981, p. 244, apud Dasso Júnior, 2014a) a Administração Pública “é a ação do Estado na sociedade, ação caracterizada pela dupla natureza da própria administração do Estado: direção administrativa e domínio político”.

Maria Sylvia Zanella DI PIETRO (2010 apud Dasso Júnior, 2014a) define a Administração Pública em sentido objetivo como a atividade concreta e imediata que o Estado desenvolve, sob regime jurídico de direito público, para a consecução dos interesses coletivos e em sentido subjetivo como o conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais a lei atribui o exercício da função administrativa do Estado.

No campo da gestão pública, define-se Administração Pública como um termo genérico que indica todo o conjunto de atividades envolvidas no estabelecimento e na implementação de políticas públicas. Suas atividades são as que asseguram a operacionalização das políticas públicas (Dasso Júnior, 2014a).

Nos últimos anos, a sociedade brasileira empenhou-se na redemocratização do país, almejando a reforma do Estado e a construção de um modelo de gestão pública capaz de torná-lo mais aberto às necessidades do povo brasileiro, mais voltado para o interesse público e mais eficiente na coordenação da economia e dos serviços públicos.

De acordo com Ana Paula Paes de PAULA (2005, p.37), frente a esse contexto histórico, é possível identificar dois projetos políticos em disputa. O primeiro está ancorado no modelo societal, manifestado através das experiências alternativas de gestão pública, como os Conselhos Gestores e o Orçamento Participativo. No Brasil, este ganhou força após a chegada de Luís Inácio Lula da Silva à presidência do país, em 2003. O modelo societal enfatiza os movimentos sociais, os partidos políticos de esquerda e as organizações não-governamentais. Entretanto, para este trabalho importa, bem como será o enfoque do capítulo a seguir, o segundo projeto

político identificado por PAULA, que tem como principal referencial a vertente gerencial.

3.3. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL

A origem da vertente da qual deriva a administração pública gerencial brasileira está ligada ao intenso debate sobre a crise de governabilidade e credibilidade do Estado na América Latina durante as décadas de 1980 e 1990. Esse debate se situa no contexto do movimento internacional de reforma do aparelho do Estado, que teve início na Europa e nos Estados Unidos. Para uma melhor compreensão desse movimento, é preciso levar em consideração que ele está relacionado com o gerencialismo, ideário que floresceu durante os governos de Margareth Thatcher e de Ronald Reagan (PAULA, 2005, p. 37).

O gerencialismo no setor público é sustentado pela cultura do empreendedorismo, que é um reflexo do capitalismo flexível e se consolidou nas últimas décadas por meio da criação de um código de valores e condutas que orienta a organização das atividades de forma a garantir o controle, eficiência e competitividade máximos (Harvey, 1992 apud Paula, 2005, p. 37-38).

(...) a noção de *New Public Management* (NPM) foi utilizada para designar um movimento abrangente de reforma na gestão da atividade governativa, iniciada nos anos 1980, que procura imprimir maior eficiência e agilidade a uma administração pública estruturada consoante os pressupostos da burocracia weberiana (CARNEIRO & MENICUCCI, 2013, p. 151).

A característica principal da NPM é a ênfase que atribui a valores e normas econômicas, sinalizando para a incorporação de princípios e mecanismos de mercado na organização e funcionamento do Estado, em sintonia com a visão do neoliberalismo (Drechsler, 2005 apud CARNEIRO & MENICUCCI, 2013, p. 152). A NPM tem como base o modelo gerencial e, portanto, se utiliza de métodos e ferramentas de gestão de organizações privadas, preocupada em obter melhores resultados quanto à prestação de serviços públicos à população.

É possível citar algumas experiências ao redor do mundo em que foram realizadas reformas nacionais pautadas pelo modelo gerencial. A primeira abrange os países anglo-saxões, bem como Grã-Bretanha, Austrália e Nova Zelândia, destacados pelo seu pioneirismo quanto à amplitude dos seus objetivos e impacto das ações efetivadas, que ocasionaram em mudanças significativas na forma, organização e funcionamento da administração pública destes países. Dentre os principais objetivos estão a melhoria da performance e o incremento da

*accountability*⁸, valendo-se de instrumentos que buscam a avaliação do desempenho organizacional, e a implantação de um novo conjunto de regras e incentivos para o emprego público. Decorrentes de tais mudanças, aspectos como o aumento da competitividade, a contratualização e a remuneração baseada no desempenho (meritocracia) foram incorporados pelos países (CARNEIRO & MENICUCCI, 2013, p. 153).

A segunda experiência reúne países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e também países da Europa Continental. Diferente da primeira experiência, esta não acarretou mudanças significativas no papel do Estado e suas relações com o mercado e a sociedade civil, mas sim em medidas que almejam aperfeiçoar a gestão pública. A atenção se dirige para mudanças focalizadas em áreas consideradas estratégicas, com destaque para o gerenciamento de recursos humanos, a provisão alternativa de serviços públicos e a gestão do gasto público e a transparência financeira (KELLY & WANNA, 2001; MANNING et al., 2009 apud CARNEIRO & MENICUCCI, 2013, p. 153). Dentre as medidas mais usuais aparecem a descentralização e a desconcentração, a mensuração de resultados e a avaliação de performance, ao lado de reformulações orçamentária e no uso de mecanismos de mercado ou quase-mercado na provisão de serviços públicos (Nogueira, 2003 apud CARNEIRO & MENICUCCI, 2013, p. 153).

A terceira e última experiência que aqui será citada diz respeito aos países latino-americanos, que possuem características bastante diferentes dos países desenvolvidos das experiências anteriores. O propósito voltou-se mais para a redução de custos do que para a melhoria de performance, com destaque para o ajuste fiscal. Pouco se avançou além das chamadas reformas de primeira geração, que contemplam privatizações, reforço nos mecanismos de controle financeiro e cortes nas despesas com pessoal (CARNEIRO & MENICUCCI, 2013, p. 153-154).

Importante ressaltar que com transparência e responsabilização que defende a Administração Pública gerencial, busca-se somente a redução da corrupção, sem

⁸ Neste caso, o termo se refere ao dever que todo governante tem de prestar contas aos órgãos competentes e aos cidadãos de modo geral, mantendo a transparência em relação aos negócios públicos.

desejar o compartilhamento da tomada de decisões. Ou seja, a participação cidadã na gestão pública não é um dos enfoques do modelo gerencial.

DASSO JÚNIOR (2014a) elencou cinco conceitos indispensáveis para a caracterização da NPM, descritas abaixo.

a) Privatização do “público”

No gerencialismo a Administração Pública deve copiar modelos e práticas de organizações privadas, fazendo com que se constitua numa visão privada do “público”. No caso brasileiro, detalhado no capítulo seguinte, o próprio Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), lançado em 1995 por Bresser-Pereira, afirma que a Administração Pública gerencial se estrutura nos moldes da administração de empresas.

A utilização do termo “público” como componente do nome de um modelo teórico que valoriza “o privado” como referência representa uma tentativa de não evidenciar a contradição insolúvel entre duas lógicas absolutamente antagônicas: a “lógica do público” deve ser determinada pela solidariedade, enquanto a “lógica do privado” é determinada pela “lógica mercantil do consumo privado” (Carlos SOJO, 2004, p.10 e 11 apud Dasso Júnior, 2014a).

b) O mercado como formulador de políticas públicas

Luiz Carlos BRESSER PEREIRA (2001, p.16-17 apud Dasso Júnior, 2014a) justifica a crença no mercado de duas maneiras distintas: primeiro ao rejeitar a ideia do Estado como produtor de bens e serviços, apoiando as privatizações; e segundo, ao afirmar que atividades não exclusivas do Estado, como serviços sociais e científicos, não devem ser realizadas diretamente por ele. Jacint JORDANA (1995, p.84 apud Dasso Júnior, 2014a) recorda que as instituições públicas são identificadas por suas *policy networks* (redes de políticas públicas), nas quais se reproduzem diversos conflitos sociais. Ou seja, é possível identificar como os interesses de classes se convertem em políticas públicas. Quando é o mercado que formula as políticas públicas esse espaço legítimo de disputa desaparece, fazendo prevalecer exclusivamente o poder econômico.

A delegação da gestão de serviços públicos para empresas da esfera privada faz com que o mercado detenha o controle da agenda pública, ocasionando a captura do regulador, situação conhecida como fenômeno da captura, que consiste na situação pela qual o regulador passa a servir de instrumento para viabilizar e legitimar a consecução de interesses privados dos segmentos regulados.

c) Concorrência empresarial

A Administração Pública deve ser remodelada de acordo com os cânones das empresas privadas, para assim buscar uma estrutura que incentive a redução de custos e o aumento das tarifas públicas, almejando o crescimento do lucro e desconsiderando o público.

d) Orientação ao cliente

O cidadão é considerado como cliente. A Administração Pública gerencial busca fragmentar e fragilizar o único conceito legítimo na relação do indivíduo com o Estado: o de cidadão. A denominação “cliente” atribuí à prestação do serviço público um caráter comercial. É como se o serviço prestado deixasse de ser público, tornando-se uma atividade econômica própria da iniciativa privada.

O equívoco de considerar o cidadão um cliente é uma “visão derivada das concepções privatistas e economicistas da administração, dado que na relação cliente-empresa o que se busca privilegiar é o benefício da empresa, quando na relação pública o que legitima tanto o acionar como a existência mesma do Estado é o bem-estar dos cidadãos” (Juan Antonio GONZÁLEZ, 1999, p.99 apud Dasso Júnior, 2014a).

e) A Administração Pública deve ser apartada da política

Os neoliberais, influenciados por princípios econômicos e gerenciais, afirmam que o caráter político do Estado traz prejuízo à tomada de decisões “eficientes” e que estas não são tomadas da melhor forma técnica. DASSO JÚNIOR critica este conceito ao entender que a Administração Pública é o ente que vincula o Estado com a sociedade. Cada funcionário público representa o “rosto” do Estado frente a cada cidadão. O modelo gerencial, ao contrário de incentivar o aperfeiçoamento dessa relação, buscando integrar o cidadão à gestão pública, prefere afastá-lo, criando uma falsa dicotomia entre a Administração Pública e a política.

3.4. REFORMA GERENCIAL NO BRASIL

Ao longo de sua história, a Administração Pública brasileira passou por algumas reformas administrativas. Para DASSO JÚNIOR (2014b), reforma administrativa se trata de uma “mudança estruturada teoricamente para modificar práticas e/ou alterar organizações, visando adaptar a Administração Pública a uma

determinada concepção de Estado”. Para o autor, três foram elas: a primeira ocorre no governo de Getúlio Vargas, na implantação do “Estado Novo”, a partir de 1937, marcada pela centralização do poder; a segunda acontece em consonância da promulgação do Decreto-lei nº 200⁹ (1967), após o golpe militar em 1964; a última e mais recente se refere àquela que se realizou durante a presidência de Fernando Henrique Cardoso, no decorrer da década de 1990, que será enfoque deste capítulo.

A marca desta reforma está na ruptura do modelo burocrático e na tentativa de implantação para o modelo gerencial, orientada pelo pensamento ultraliberal. O objetivo do Decreto-lei nº 200 era flexibilizar a Administração Pública, com mecanismos de gestão mais próximos aos do setor privado, especialmente no que concernia à contratação de pessoal para a Administração indireta. Isso levou autores a afirmarem que a “reforma administrativa de 1967” foi precursora de muitos princípios adotados pela reforma gerencial (DASSO JÚNIOR, 2014b). Nesse contexto, a Administração Pública gerencial surge como o modelo ideal para o gerenciamento do Estado.

A reforma operada em 1967 pelo Decreto-Lei 200, entretanto, constitui um marco na tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil. Mediante o referido decreto-lei, realizou-se a transferência de atividades para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, a fim de obter-se maior dinamismo operacional por meio da descentralização funcional. Instituíram-se como princípios de racionalidade administrativa o planejamento e o orçamento, o descongestionamento das chefias executivas superiores (desconcentração/descentralização), a tentativa de reunir competência e informação no processo decisório, a sistematização, a coordenação e o controle. O paradigma gerencial da época, compatível com o monopólio estatal na área produtiva de bens e serviços, orientou a expansão da administração indireta, numa tentativa de ‘flexibilizar a administração’ com o objetivo de atribuir maior operacionalidade às atividades econômicas do Estado (MARE, 1995, p.19-20).

Luiz Carlos Bresser-Pereira foi indicado para comandar o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e durante o seu mandato viajou a diversos países na intenção de formular uma proposta para adaptar o país ao gerencialismo. Assim, em 1995, apresentou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. De acordo com PAULA (2005), a reestruturação da Administração Pública, seguindo as recomendações do PDRAE, dividiu as atividades do Estado em exclusivas e não exclusivas. As primeiras são atividades que pertencem ao domínio

⁹ Tal decreto estabeleceu como princípios da administração pública federal o planejamento, a coordenação, a descentralização, a delegação de competência e o controle. Determinou também a divisão entre administração pública direta e indireta.

do núcleo estratégico estatal, composto pela Presidência da República e seus ministérios. Atividades como a legislação, a regulação, a fiscalização e a formulação de políticas públicas seriam realizadas pelas secretarias formuladoras de políticas públicas e pelas agências executivas e reguladoras. Por outro lado, entre as atividades não exclusivas do Estado estão os serviços de caráter competitivo e as atividades auxiliares. Aquelas de caráter competitivo, como os serviços sociais (ex: educação e saúde) e científicos seriam prestadas tanto pela iniciativa privada como por organizações sociais que integrariam o setor público não estatal. Já as atividades auxiliares, como limpeza, vigilância e transporte, seriam sujeitadas à licitação pública e contratadas como terceiros.

Para BRESSER-PEREIRA (1998, apud PAULA, 2005, p. 38), além de se reformar o aparelho do Estado e consolidar seu núcleo estratégico, a reforma ainda teria de transformar o modelo de Administração Pública atual à época. As duas outras dimensões (cultural e gestão) se orientavam para essa questão e contribuiriam na efetivação da Administração Pública gerencial. Em relação à dimensão cultural, o autor abordou a carência de transformar a cultura burocrática do Estado em uma cultura gerencial. Já a dimensão gestão deveria ser explorada pelos administradores públicos, que colocariam em prática ideias e ferramentas de gestão utilizadas no setor privado, adaptadas ao setor público, tais como programas de qualidade e a reengenharia organizacional.

Entre as principais medidas da reforma gerencial está a privatização das empresas estatais, bem como dos setores de telecomunicações, mineração, entre outras. Através de Emendas Constitucionais também foi possibilitada a exploração de atividades, antes consideradas estatais, pela iniciativa privada. Assim, o Estado seria reduzido e as atividades que outrora lhe cabia, agora seriam terceirizadas. A saúde também foi afetada por essa onda gerencial e será analisada no decorrer do trabalho.

3.5. SAÚDE COMO DIREITO

A saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu artigo XXV, que define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida. A partir de então, diversos países passaram a reconhecer e incluir a saúde como um direito humano fundamental em suas constituições.

O Brasil introduziu este processo através da Constituição Federal de 1988, quando estabeleceu o acesso universal à saúde como um de seus direitos sociais.

Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência dos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL. CF/88, grifo nosso).

O governo é responsável por possibilitar que a população obtenha a saúde através do respeito, da proteção e da promoção de direitos, ou seja, reprimindo o descumprimento destes e elaborando políticas e meios que os fomentem e os consolidem.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL. Lei nº 8.080/90).

O enfoque da saúde com base nos direitos humanos ocorre quando se utilizam os direitos humanos como marco para o desenvolvimento sanitário, quando se avaliam as consequências de qualquer política, programa ou legislação sanitária e quando são levados em conta os direitos humanos na concepção, aplicação, supervisão e avaliação de todos os tipos de programas e políticas que guardem relação com a saúde. (OMS, 2002 apud PEREIRA JÚNIOR, 2013).

Não menos importante ressaltar que o direito à saúde não está apenas ligado ao atendimento em unidades de saúde. A saúde, como direito fundamental, está relacionada a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico e segurança, que garantem uma adequada qualidade de vida à população.

3.6. SAÚDE COMO SERVIÇO PÚBLICO

O governo também possui o dever de oferecer serviços de saúde e serviços sociais e promover saúde respeitando os direitos humanos. A ausência de acesso aos serviços de saúde pela população pode ser vista como violação dos direitos humanos.

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 (BRASIL, CF/88).

A partir do texto do art. 196 da CF/88 se percebe que o direito à saúde é dividido entre dois enfoques: o primeiro, a da preservação da saúde; o segundo, a da proteção e recuperação da saúde. O direito à preservação da saúde tem como contrapartida as políticas que visam à redução do risco de doença. Está aqui uma prevenção genérica da doença, que não se pode individualizar e que diz respeito a ações voltadas para o coletivo. O direito à proteção e recuperação da saúde é o direito individual à prevenção da doença e seu tratamento traduz-se no acesso aos serviços e ações destinados à recuperação do doente (RAMOS, 2010 apud PEREIRA JÚNIOR, 2013).

Em seu art. 197, a Constituição Federal afirma ser de relevância pública as ações e serviços de saúde, sendo de responsabilidade do poder público sua regulamentação, fiscalização e controle, e assim a sua execução deverá ser realizada diretamente ou por meio de terceiros, seja por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O art. 198 trata da organização e como estão estruturados as ações e os serviços de saúde:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

O art. 199 e seus parágrafos discorrem a respeito da possibilidade proporcionada à iniciativa privada para, complementarmente, participar do sistema

único de saúde, por meio de contrato de direito público ou convênio, seguindo as diretrizes do SUS, “proibindo a ela auxílios e subvenções”, como também vedando a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo expressa disposição legal. Por fim, o art. 200, caput, determina competências e atribuições do SUS, relatadas no capítulo seguinte, remetendo a sua disciplina à lei, nos termos dos artigos 23, II e 24, XII, todos da Constituição Federal (PEREIRA JÚNIOR, 2013).

3.7. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, Lei nº 8.080/90).

O SUS, instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada também como Lei Orgânica da Saúde, se apresenta como a materialização do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, e determina, em seu art. 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A mesma Lei também dispõe sobre as diretrizes que regem o SUS. Essas diretrizes são o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, produzidas pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação, de abrangência nacional, e que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município (REIS, ARAÚJO & CECÍLIO, 2009, p. 3).

Três são os objetivos do SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, Lei nº 8.080).

Após quase três décadas desde a sua criação, o SUS se apresenta como uma política que deve oportunizar o acesso universal à saúde. Entretanto, muitas são as dificuldades encontradas nesse processo, que estão relacionadas à ausência de recursos financeiros e físicos, entre outras.

De acordo com OLIVEIRA e outros autores (2008, p. 198, grifo nosso), a organização do SUS é orientada por cinco princípios:

a) a **regionalização** e a **hierarquização** estabelecem que a rede de serviços do SUS será estruturada na intenção de que todas as regiões possuam serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, assim possibilitando um maior conhecimento a respeito dos problemas sanitários em uma específica região,

favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade;

b) a **resolutividade** se refere à eficácia de enfrentamento e resolução de um problema de impacto coletivo sobre a saúde ou atendimento individual. O serviço correspondente deverá estar capacitado para solucionar qualquer que seja o nível exigido de complexidade da adversidade decorrente;

c) a **descentralização** alude à delegação de responsabilidades de ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de governo;

d) a **participação dos cidadãos** ou o **controle social** estão relacionados com a determinação da Constituição Federal que sentencia que a participação social, através da representatividade, deverá estar presente no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis governamentais; e

e) por fim, a **complementariedade** da iniciativa privada será permitida quando da necessidade de contratação de serviços privados para a complementação dos serviços públicos.

É indiscutível a importância do SUS quando se fala em saúde no Brasil, não unicamente como uma estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento aos usuários, mas especialmente pela evolução nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer assistência à saúde no país. Entretanto, apesar do desenvolvimento proporcionado pelo SUS, ainda são presentes características contraditórias, entre inovadoras e conservadoras. A inovação tem relação com os princípios e ao próprio perfil da proposta do sistema, bem como à qualidade dos debates e da produção intelectual do campo específico. Por outro lado, o conservadorismo se faz presente através da baixa institucionalidade obtida, entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde. “Percebe-se não haver permeabilidade entre a modernidade conceitual e legal e o conservadorismo das práticas de saúde, centradas num modelo assistencial circunscrito a respostas a demandas imediatas, medicalização da saúde e alta tecnologia de caráter hospitalocêntrico” (OLIVEIRA, et al., 2008, p. 197-198). A hospitalocentria se refere aos cuidados da saúde em hospitais, ao ato de remediar

com a doença já presente, diferentemente de utilizar a forma de prevenção primária¹⁰.

A formulação do SUS envolveu uma abrangente participação social, conseqüentemente, fazendo parte deste processo os movimentos sociais, com a organização da sociedade civil em seus diversos setores de atuação (usuários, prestadores de serviço, agentes institucionais públicos, dentre outros), que se expressaram em acontecimentos concretos como a realização das Conferências Nacionais de Saúde. De suma importância destacar que a CF/88 expressa uma clara intenção de deslocar o poder do centro para a periferia, tendo como o eixo central a descentralização, reforçando a autonomia municipal e a participação social (OLIVEIRA, et al., 2008, p. 197-198), regulada pela Lei nº 8.142/90.

3.8. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO TRÊS

A partir das informações contidas neste capítulo, é possível fazer uma relação com um dos conceitos de Dagnino. Ela aponta que o Brasil enfrenta uma “confluência perversa” entre dois processos distintos, ligados a dois projetos divergentes, como citado anteriormente.

Tem-se um processo de afirmação da democracia, desde a Constituição Federal de 1988, que tornou constitucional a garantia de direitos sociais e civis, e também a participação social nos processos decisórios em questões de interesse social. As principais forças desse processo compartilham um projeto democratizante e participativo, iniciado na década de 1980. Aqui, é possível citar os subcapítulos que discorrem a respeito da saúde como direito e serviço público, sendo ela reconhecida pelo governo, na atual Constituição Federal, como um direito humano fundamental.

Contraditoriamente, o projeto neoliberal ganha força com a eleição de Fernando Collor, onde o Estado estaria isento de garantir direitos, através da redução das suas responsabilidades sociais e sua transferência para a sociedade. Entre os projetos neoliberais estão as privatizações, inclusive da saúde, que

¹⁰ Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/hospitaloc%C3%AAntrico/>>. Acesso em 10 de out, 2016.

contraria o modelo democrático proposto pela CF/88. Neste caso, o Estado não seria mais responsável pela garantia deste direito social, assim sendo eminente a extinção do SUS.

4. OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E A EBSERH NO CONTEXTO DA REFORMA GERENCIAL

Neste capítulo serão abordados os hospitais universitários federais e a EBSERH que, juntamente com a sociedade, representam os três principais objetos estudados neste trabalho.

4.1. HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

No decorrer dos anos, os hospitais sofreram inúmeras mudanças conceituais, que foram acompanhadas por transformações organizacionais. Dentre elas, pode-se destacar a exigência de criação de hospitais próprios vinculados às escolas médicas, que surge como uma das recomendações do estudo *Medical Education in the United States and Canada – a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, popularmente conhecido como Relatório Flexner, elaborado em 1910 por Abraham Flexner. O documento é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Desde então, originou-se um novo conceito de hospital, o hospital de ensino (médico), que quando vinculado a uma universidade é também denominado hospital universitário (ARAÚJO & LETA, 2014, p. 1262).

O Hospital São Vicente de Paulo, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, é considerado como o primeiro hospital-escola próprio do Brasil. Foi construído através de um convênio entre a Escola de Medicina de Belo Horizonte e o Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte, sendo inaugurado em 1928 e oficialmente doado à Escola de Medicina em 1931. A união desse hospital com o Hospital São Geraldo e o Instituto Radium, vinculados à Faculdade de Medicina, deu origem, em 1955, ao Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina (COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2008, apud ARAÚJO & LETA, 2014, p. 1266)

O quadro 3 sintetiza a evolução que o papel central dos hospitais sofreu ao longo do tempo.

Quadro 3 - Evolução do papel central dos hospitais

Papel central	Momento	Características
Cuidar da saúde	Séc. IV ao VII	Pequenas construções para o abrigo de doentes
Cuidar do espírito	Séc. X ao XVII	Hospitais vinculados a ordens religiosas
Isolar doentes	Séc. XI	Refúgio de doentes que ameaçavam a coletividade
Cuidar dos mais carentes	Séc. XVII	Instituições filantrópicas e do Estado
Curar e ensinar doença	Séc. XVIII ao XIX	Medicalização do hospital; assistência-ensino
Curar, ensinar e buscar a cura	Sec. XX	Natureza biológica da doença; assistência-ensino-pesquisa
Curar, ensinar e buscar a cura e melhoria do sistema de saúde	Séc. XX e XXI	Ensino-pesquisa-assistência Abordagem biológica e social da saúde Humanização e interdisciplinaridade da assistência

Fonte: HEALY & MCKEE (2002, apud ARAÚJO & LETA, 2014, p. 1263)

De acordo com o Ministério da Educação (MEC):

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento¹¹.

O site da EBSEH divulga que, atualmente, a rede de hospitais universitários federais é integrada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais. Para ter conhecimento a respeito da situação atual de cada hospital e de como ocorreu o processo de adesão daqueles que já assinaram contrato com a Estatal, foi necessário consultar em diversas fontes, como os sites dos próprios hospitais, periódicos e também o trabalho de conclusão de curso de Brandão (2013). Para uma posterior explicação e uma definição em relação ao posicionamento dos atores, foi realizada uma busca, compreendendo depoimentos contrários e favoráveis dos principais envolvidos no processo, por meio dos seus representantes. Logo, foi possível elaborar o quadro a seguir, com a situação em novembro de 2016.

¹¹ Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em 11 de junho, 2016.

Quadro 3 – Situação dos hospitais universitários frente à EBSEH

Hospital	Universidade	Aderiu à EBSEH?
Hospital Univ. Getúlio Vargas	Univ. Fed. do Amazonas	Sim
Hospital Univ. Bettina Ferro de Souza Hospital Univ. João de Barros Barreto	Univ. Fed. do Pará	Sim
Hospital das Clínicas	Univ. Fed. de Goiás	Sim
Hospital Univ. M ^a Aparecida Pedrossian	Univ. Fed. do Mato Grosso do Sul	Sim
Hospital Univ. Júlio Müller	Univ. Fed. do Mato Grosso	Sim
Hospital Univ.	Universidade de Brasília	Sim
Hospital Univ.	Univ. Fed. de Grande Dourados	Sim
Hospital Univ.	Univ. Fed. do Piauí	Sim
Hospital Univ. Prof. Alberto Antunes	Univ. Fed. de Alagoas	Sim
Hospital Univ. Prof. Edgard Santos Maternidade Climério de Oliveira	Univ. Fed. Da Bahia	Sim
Hospital Univ. Walter Cantídio Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Univ. Fed. do Ceará	Sim
Hospital Univ. Alcides Carneiro Hospital Univ. Júlio Bandeira	Univ. Fed. de Campina Grande	Sim
Hospital Univ.	Univ. Fed. do Maranhão	Sim
Hospital Univ. Lauro Wanderley	Univ. Fed. da Paraíba	Sim
Hospital das Clínicas	Univ. Fed. de Pernambuco	Sim
Hospital de Ensino Dr. Washington A. de Barros	Univ. Fed. do Vale de São Francisco	Sim
Hospital Univ. Ana Bezerra Hospital Univ. Onofre Lopes Maternidade Escola Januário Cicco	Univ. Fed. do Rio Grande do Norte	Sim
Hospital Univ.	Univ. Fed. de Sergipe	Sim
Hospital Regional de Lagarto		Sim
Hospital Univ. Cassiano Antonio de Moraes	Univ. Fed. do Espírito Santo	Sim
Hospital Univ. Antonio Pedro	Univ. Fed. Fluminense	Sim
Hospital Univ. Clementino Fraga Filho Hospital Escola São Francisco de Assis Inst. de Doenças do Tórax Inst. Puer. Ped. Martagão Gesteira Instituto de Ginecologia Instituto de Neurologia Deolindo Couto Instituto de Psiquiatria Maternidade Escola	Univ. Fed. do Rio de Janeiro	Não
Hospital Univ. Gaffrée e Guinle	Univ. Fed. do Estado do Rio de Janeiro	Sim
Hospital Univ.	Univ. Fed. de Juiz de Fora	Sim
Hospital das Clínicas	Univ. Fed. de Minas Gerais	Sim
Hospital das Clínicas	Univ. Fed. do Triângulo Mineiro	Sim
Hospital das Clínicas	Univ. Fed. de Uberlândia	Não
Hospital São Paulo	Univ. Fed. de São Paulo	Não
Hospital Univ. Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior	Fundação Univ. Fed. de Rio Grande	Sim
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Univ. Fed. do Rio Grande do Sul	Não
Hospital de Clínicas Maternidade Victor Ferreira do Amaral	Univ. Fed. do Paraná	Sim
Hospital Escola	Univ. Fed. de Pelotas	Sim
Hospital Univ. Polydoro Ernani de São Thiago	Univ. Fed. de Santa Catarina	Sim
Hospital Univ.	Univ. Fed. de Santa Maria	Sim
Hospital de Doenças Tropicais	Univ. Fed. do Tocantins	Sim
Hospital Univ.	Univ. Fed. de São Carlos	Sim

Fonte: adaptado de Brandão (2013, p. 57-59)

Apesar da importância dos HUs, atualmente, a situação destes é bastante preocupante. Inicialmente, o foco de atendimento eram aquelas pessoas não assistidas pelo INAMPS. A situação começou a declinar na década de 80, quando foi difícil para todos os hospitais universitários do país, que enfrentaram graves

crises financeiras e significativo número de greves de servidores e docentes. O INAMPS era o maior cliente dos hospitais escola e a crise dessas instituições acompanhou o declínio financeiro da Previdência Social que teve seu início em 1980. Relativamente à implantação do SUS no final da década de 80, o Governo Federal foi gradativamente reduzindo o repasse de verbas do MEC, que resultaria em uma grave crise geral dos HUs. Frente a este panorama, em 2010, no governo Lula, foi criado o REHUF, por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que define diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com esse decreto:

Art. 2º O REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.

Art. 3º O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais:

I - instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012;

II - melhoria dos processos de gestão;

III - adequação da estrutura física;

IV - recuperação e modernização do parque tecnológico;

V - reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e

VI - aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Conforme dados do Portal Brasil¹², de 2010 a 2015, o Ministério da Saúde destinou mais de R\$ 4,1 bilhões aos hospitais universitários de todo o País. Já em 2016, também através do REHUF, os HUs receberam um reforço orçamentário de R\$ 230 milhões do Ministério da Saúde para a ampliação e qualificação dos seus atendimentos prestados pelo SUS. Desse montante, R\$ 200 milhões foram destinados para o custeio de serviços e R\$ 30 milhões para a realização de investimentos nas unidades.

Os valores são fixados de acordo com as necessidades apresentadas por cada hospital. Autorizados por lei orçamentária, os recursos são liberados pelo

¹² Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/hospitais-universitarios-recebem-r-230-milhoes-em-2015>>. Acesso em 21 de março, 2016.

Ministério da Saúde imediatamente, em parcela única, para as instituições universitárias que comprovam o cumprimento das metas de qualidade relacionadas a porte e perfil de atendimento, capacidade de gestão, desenvolvimento de pesquisa e ensino e integração à rede do SUS. Além do repasse de recursos, o REHUF compõe um conjunto de ações como a revisão do financiamento da rede dos HUs – com uma evolução constante do orçamento designado às instituições – o avanço dos processos de gestão e a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais. Na área do ensino, o programa tomou providências para o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde.

4.2. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)

Em 2011, já no governo Dilma, foi criada a EBSERH, através da Lei nº 12.550, com a finalidade de administrar os HUs e, então, proceder a reestruturação destes. A EBSERH é uma empresa pública federal, vinculada ao MEC. Sua sede está localizada em Brasília, Distrito Federal, e sua atuação abrange todo o território nacional. Seu prazo de duração não possui período determinado e o seu capital social, que inicialmente era de cinco milhões de reais, será integralmente da União. A EBSERH foi instituída com a intenção de administrar os HUs e prestar, através destes, os serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Também caberá à EBSERH prestar, às instituições federais públicas de ensino ou instituições congêneres, serviços de apoio ao ensino, pesquisa e extensão, ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no âmbito da saúde pública (Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, Estatuto Social da EBSERH).

Segundo GANDON (2013):

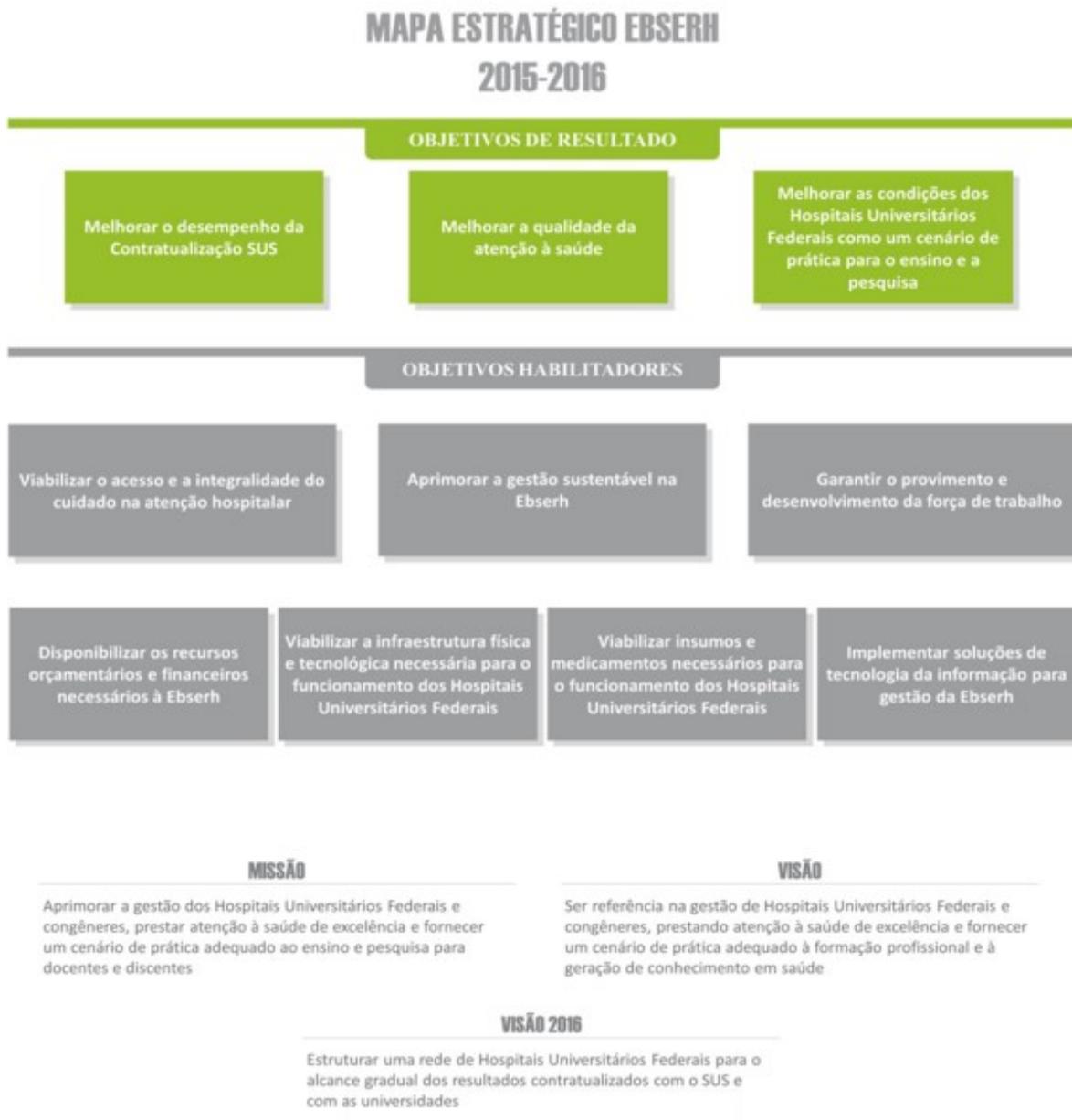
Uma das maiores justificativas do Governo para a criação desta empresa é regularizar a atual forma de contratação, precarizada e ilegal, de muitos destes hospitais universitários. O documento utilizado como base para esta justificativa é o Acórdão nº 276/2002 do Tribunal de Contas da União (TCU), que expõe a “contratação de funcionários por fundações de apoio para prestarem serviços, através de convênios, no Hospital Universitário” da

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tais funcionários estavam ocupando cargos públicos sem passar por concurso público, caracterizando-se uma terceirização irregular (...).

Também foram apontadas outras irregularidades pelo TCU em diversas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). O Ministério Público recomendou, como alternativa para estas instituições, que elas substituíssem gradativamente tais funcionários, contratados ilegalmente. Em 2010, não atendida a recomendação do Ministério Público, o Governo Federal encaminhou à Câmara de Deputados a MP nº 520, que tratava da criação da EBSEH. Após inúmeras manifestações da comunidade universitária em desfavor da MP, nas quais afirmavam que os HUs seriam privatizados, a mesma não foi aprovada por decurso de prazo. Então o governo federal apresentou o Projeto de Lei (PL) nº 1.749/2011, aprovado na forma da Lei nº 12.550/2011. A Lei foi promulgada dez dias após o término da XIV Conferência Nacional de Saúde, quando foi decidido por votação o desacordo com todas as formas de terceirização da gestão de serviços de saúde do Estado para empresas, fundações privadas e organizações sociais, inclusive a própria EBSEH.

A criação da EBSEH faz parte de um conjunto de ações planejadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos HUs. Por meio do REHUF, foram executadas medidas visando à garantia da recuperação física e tecnológica, assim como a reestruturação do quadro de pessoas das unidades. Na figura 2 está ilustrado o mapa estratégico do biênio 2015-2016.

Figura 2 – Mapa estratégico EBSEH 2015-2016



Fonte: EBSEH (2015)

São competências da EBSEH:

a) administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, integralmente disponibilizados ao Sistema Único de Saúde;

b) prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições públicas congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em consonância com as diretrizes do Poder Executivo;

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

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

e) prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas;

f) coordenar o processo de certificação dos hospitais de ensino de forma articulada com os Ministérios da Educação e da Saúde.

Art. 3º Para cumprimento das suas competências legais, a EBSEH apresenta a seguinte estrutura de governança:

§ 1º Órgãos de administração:

I – Conselho de Administração;

II – Diretoria Executiva;

III – Conselho Consultivo.

§ 2º Órgãos de fiscalização:

I – Conselho Fiscal;

II – Auditoria Interna.

§ 3º Comissões:

I – Comissão de Ética;

II – Comissão de Controle Interno;

III – Outras Comissões constituídas pela Presidência ou pela Diretoria Executiva.

A adesão dos hospitais universitários à EBSEH não é obrigatória, ficando essa decisão a cargo dos Conselhos Universitários dos quais cada HU faz parte. Ainda, antes da decisão ser tomada pelo Conselho, a universidade deve, através de audiência pública, buscar saber qual a opinião da comunidade local.

4.3. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO QUATRO

Percebe-se que, ao longo da história, o conceito e o papel central dos hospitais sofreram transformações. Desde pequenas construções para o abrigo de doentes, vinculados à religião, até os tempos atuais, quando se reúne ensino, pesquisa e assistência em uma única instituição. Hoje, denominados hospitais universitários, são referências nos serviços prestados e servem de apoio para os cursos da área da saúde pertencentes às universidades brasileiras. Porém, devido às dificuldades do governo federal, quem passou a necessitar de socorro foram os próprios HUs, que mergulharam numa profunda crise que os assolam desde a década de 1980.

Quase 30 anos mais tarde, foi lançado o REHUF, para então possibilitar a reestruturação dos HUs. Por conseguinte, surge a EBSEH com o propósito de, através da assinatura de um contrato com as universidades, passar a gerenciar estes hospitais com um modelo de gestão privada. A assinatura do contrato com a empresa deve ser votada pelo conselho universitário, para que ela atue na administração dos hospitais e também possa realizar os projetos previstos pelo governo. Após a aprovação, a empresa começa sua instalação nas unidades.

Entretanto, o que foi visto com bons olhos pelo governo, não foi tão bem visto por grande parte de responsáveis dos HUs e pela população em geral. Questões como a perda de estabilidade dos funcionários públicos das universidades, que passariam a empregados públicos da EBSEH, e a possível ausência de autonomia que os HUs teriam, se administrados pela Estatal, surgem como entraves para algumas universidades e impedem que estas assinem o contrato de adesão.

5. ANÁLISE DOS DADOS

No presente capítulo será possível identificar e analisar o posicionamento dos atores sociais envolvidos no processo, e assim saber se estes são favoráveis ou contrários à adesão dos HUs à EBSEH. Também será revelada a opinião da sociedade e apontada como se dá a sua participação.

5.1. ABORDAGEM METODOLOGICA

Para a análise deste estudo foi necessário consultar o histórico e a situação atual de cada HU em relação à filiação à EBSEH. Também se consultaram depoimentos dos representantes destas instituições e de outros atores sociais enredados neste processo.

Foi realizada uma coleta de dados através de pesquisas em periódicos, depoimentos, vídeos, artigos e trabalhos acadêmicos, e também em documentos oficiais. Com os dados qualitativos foi possível elaborar um quadro apontando a situação que cada HU se encontra e à qual universidade eles são vinculados. Em seguida, se procurou saber o posicionamento de cada ator envolvido no processo, através de depoimentos, e se estes são contrários ou favoráveis à adesão. Por meio de periódicos, vídeos e documentos oficiais, foi analisada como se dá a participação social nessa relação entre HUs e EBSEH, com a finalidade de conhecer experiências práticas, e assim compreender de forma mais clara o que ocorre na realidade do processo da tomada de decisão.

Na finalidade de atingir o objetivo central deste trabalho, foi comparada a opinião popular, expressa através dos instrumentos de participação aqui identificados, com a situação atual de cada hospital universitário, buscando saber se cada um se filiou à Estatal e de que forma se deu o processo. Para tornar mais fácil a compreensão deste objetivo, analisou-se a atuação da EBSEH, a partir dos dados obtidos no referencial teórico, bem como o posicionamento dos atores sociais envolvidos no processo da tomada de decisão.

5.2. O POSICIONAMENTO DOS ATORES SOCIAIS

Ao contrário do que o Governo defende como a solução dos problemas enfrentados pelos HUs, a adesão à EBSEERH divide opiniões, e para alguns significa o retrocesso destes. Um dos pontos de resistência à aceitação é a forma de contratação por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por se tratar de uma empresa pública, como previsto na legislação brasileira. A proposta da EBSEERH é implantar um novo modelo de gestão sem, entretanto, trazer mudanças radicais na vida dos trabalhadores. Segundo dados de 2014, aproximadamente 26 mil trabalhadores terceirizados integram o corpo de funcionários¹³ e, de acordo com a assessoria de imprensa da EBSEERH, serão realizados concursos públicos para a contratação de profissionais necessários para a reativação dos leitos nos HUs atualmente desativados devido à falta de recursos humanos e para a ampliação dos serviços prestados à população no âmbito do SUS.

Quem realizou concurso para desempenhar atividades em universidades é servidor da universidade e continuará exercendo suas funções de acordo com o que for estabelecido pela instituição. Quem fez concurso para cargo específico dos hospitais públicos, desempenhará suas atividades sob a gestão da EBSEERH, mas seu vínculo funcional continua na origem. Os trabalhadores que atualmente desempenham funções nos hospitais universitários federais por meio de vínculos empregatícios considerados irregulares pelos órgãos de controle poderão participar dos concursos públicos para ingresso na EBSEERH, relatou, em 2014, o ex-presidente da Empresa, José Rubens Rebelatto.¹⁴

Outra questão que apresenta oposição em relação à adesão é a possibilidade da perda de autonomia dos hospitais universitários em favor da EBSEERH. A EBSEERH é uma empresa vinculada ao Ministério da Educação e como a sua sede fica em Brasília, as decisões são tomadas à distância. Além disso, é apontado que a perda de autonomia representaria o acesso da política nas decisões dos HUs.

A partir do quadro 3, que foi apresentado no capítulo anterior, optou-se por elaborar um segundo quadro que apresenta a justificativa pelas quais as instituições aderiram ou não à Estatal. Neste quadro serão citadas apenas aquelas instituições

¹³ Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/27416>>. Acesso 20 de maio, 2016.

¹⁴ Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/hospitais-universitarios-pedem-socorro>>. Acesso 20 de maio, 2016.

que apresentaram alguma peculiaridade no processo de aceitação ou negação à adesão.

Quadro 4 – Justificativa dos hospitais universitários pela opção de sim ou não à adesão

Hospital	Universidade	Aderiu à EBSEH?	Como?
HUPAA	UFAL	Sim	Sem passar pelo conselho univ.
HU	UFMA	Sim	Sem passar pelo conselho univ.
HULW	UFPB	Sim	Sem passar pelo conselho univ.
HU	Univasf	Sim	Sem passar pelo conselho univ.
HU	UFSE	Sim	Sem passar pelo conselho univ.
HUCAM	UFES	Sim	Sem passar pelo conselho univ.
HUCFF HESFA IDT IPPMG IG INDC IPUB ME	UFRJ	Não	Pauta em discussão
HC	UFTM	Sim	Sem passar pelo conselho univ.
HC	UFU	Não	Pauta em discussão
HSP	UNIFESP	Não	Pauta em discussão
HCPA	UFRGS	Não	Pauta em discussão
HU	UFSM	Sim	Sem passar pelo conselho univ.

Fonte: elaborado pelo autor

A partir destes dados, depreende-se que a adesão de oito HUs, do total de 39 que aderiram à EBSEH, foi executada sem a aprovação do conselho universitário e, conseqüentemente, sem o consentimento da população. Também se entende, a partir do quadro 4, que a adesão de quatro HUs ainda segue em discussão, para finalmente decidirem se as suas gestões serão delegadas à Estatal.

A superintendente substituta da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), Sônia Barreto, afirmou que sob o comando da EBSEH “a MEJC deu um salto de qualidade em oferta de serviço e formação profissional, modernizando-se em

tecnologia da informação e implantou novas ferramentas de gestão”¹⁵. O Hospital Universitário de Brasília (HUB), filiado há pouco menos de quatro anos à Estatal, enxerga, através do seu superintendente, Hervaldo Sampaio Carvalho, que as principais melhorias estão na estrutura física e no aumento de pessoal.

Comparamos muitos equipamentos novos, abrimos uma nova unidade de UTI, uma nova UTI neonatal e inauguramos uma nova ala de emergência. Fizemos um concurso público para 1.170 vagas, e com isso estamos conseguindo substituir os contratos de trabalho precarizados, disse Sônia Barreto.¹⁶

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, aprovou em 1º dezembro de 2015, através do seu conselho universitário, o início das tratativas com a EBSEERH. De acordo com informações veiculadas na mídia¹⁷, no dia 24 do mês anterior já havia ocorrido uma reunião para o debate do assunto, porém a sessão foi interrompida por um grupo de manifestantes que entrou na sala dos conselheiros. A votação estava começando quando foi suspensa. O protesto exigia que o resultado da audiência pública feita em abril com a comunidade universitária fosse levada em conta na votação. Na AP, os estudantes votaram contra a adesão à empresa pública. As tratativas foram encerradas em março de 2016, e tiveram como desfecho a assinatura de um contrato entre as instituições que previa um plano de reestruturação para o HU/UFSC.

Os Hospitais Universitários Alcides Carneiro (HUAC) e Júlio Bandeira (HUJB), vinculados à Universidade Federal de Campina Grande, até 2015, haviam optado pela não aceitação. Berenice Ferreira, diretora do HUAC, foi enfática ao dizer que enquanto possuir a qualidade de representante da Instituição defenderá o Hospital da adesão. “Sempre temos a resposta de que a culpa é a precarização, mas quem precarizou foi o próprio governo. Eu vejo a EBSEERH como um atravessador nesse meio de campo. Por que precisamos dela se os recursos são os mesmos?”¹⁸, disse ela, em visita do presidente da EBSEERH, Newton Lima Neto, ao HUAC, em outubro de 2015.

¹⁵ Disponível em: <<http://www.sistemas.ufrn.br/portal/PT/noticia/17044497#.VmTeydKrTIU>>. Acesso em 21 de maio, 2016.

¹⁶ Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/hospitais-que-aderiram-tem-boa-avaliacao-da-EBSEERH-20fxucrjz6t3r6avywu2m8dam>>. Acesso em 21 de maio, 2016.

¹⁷ Disponível em: <<http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2015/12/conselho-da-ufsc-aprova-inicio-das-tratativas-para-adesao-do-hu-EBSEERH.html>>. Acesso em 21 de maio, 2016.

¹⁸ Disponível em: <<http://centrac.org.br/2015/10/30/organizacoes-se-manifestam-contra-a-EBSEERH-durante-visita-do-presidente-da-entidade-ao-hospital-universitario-alcides-carneiro/>>. Acesso em 21 de maio, 2016.

Entretanto, no final do mesmo ano, o Conselho Universitário – por 27 votos favoráveis, três contrários e três abstenções – aprovou a assinatura do contrato para gestão compartilhada de ambos os Hospitais. O reitor da Universidade, Edison Amorim, disse que a recomposição e ampliação das vagas de servidores no Hospital Alcides Carneiro e composição do quadro do Hospital Júlio Bandeira, justificam a importância da contratualização¹⁹.

Desde 2014, o Hospital Regional de Lagarto (HRL) passou pelo processo de federalização, discutida com a Universidade Federal de Sergipe, a qual é vinculado. Após a finalização deste projeto, o Hospital começou a ser administrado pela EBSERH. Em visita de Newton Lima Neto ao HRL, em outubro de 2015, o secretário estadual de saúde de Sergipe, José Sobral, apontou que

Todo o processo de implantação da federalização se concluirá até junho de 2016. Isso para Sergipe é um ganho significativo, tanto em partilhar os custos de manutenção da saúde pública no Estado, quanto na melhoria das condições e da oferta de serviços como um todo. A conclusão das etapas das obras do hospital universitário, a continuidade da contratação dos profissionais pela EBSERH e a federalização assegurada da Regional de Lagarto são grandes conquistas de Sergipe asseguradas nesta visita do presidente²⁰.

Com a federalização, aliada à adesão à EBSERH, as ações de saúde na região Centro-Sul serão ampliadas, já que a previsão inicial era de que o Hospital atendesse casos de alta complexidade, realizando diversos tipos de cirurgias e serviços.

No mês de setembro de 2014 ocorreu uma audiência pública para discutir os problemas do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Além de uma breve explanação sobre os desafios que tem enfrentado à frente da gestão do HU, o professor e atual diretor, Eduardo Côrtes, exibiu um vídeo elaborado com pacientes abordando os dramas enfrentados cotidianamente no Hospital, consequências de uma má administração antecessora, cujo diretor era favorável à adesão à EBSERH.

Às vezes recebemos verbas do REHUF, mas nunca sabemos quanto e nunca sabemos quando. Muitas vezes o dinheiro chega no final do ano e não conseguimos, pela legislação vigente, dar seguimento aos projetos.

¹⁹ Disponível em: < <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2015/12/conselho-da-ufcg-aprova-assinatura-de-contrato-com-ebserh.html>>. Acesso em 13 de out, 2016.

²⁰ Disponível em: <http://www.fhs.se.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1358:federalizacao-do-hospital-regional-de-lagarto-conquista-de-sergipe-assegurada-pelo-presidente-da-EBSERH&catid=77&Itemid=484>. Acesso em 21 de maio, 2016.

Cortês pediu mais investimentos e afirmou que o HU vivia (e ainda vive) tempos de caos. Em uma sequência de slides fotográficos, o diretor mostrou alas inteiras, em diversos andares do prédio do HU completamente abandonadas.

Na mesma AP estava presente o Procurador Federal de Contas, Júlio Marcelo de Oliveira, na condição de representante do Tribunal de Contas da União, que se posicionou contrariamente à atuação da Estatal. Ele aponta que a solução que é desenhada pelo governo federal para os HUs é, na verdade, uma intervenção. Oliveira rechaçou qualquer possibilidade da obrigação dos HUs se filiarem à Empresa Pública, afirmando ser essa uma facultatividade de cada hospital/universidade.

Fiquei muito indignado quando o presidente da EBSEPH nos fez uma visita e pediu um ultimato às universidades para que aderissem à Empresa. Ele queria instrumentalizar o TCU como órgão de coação imoral, ilegítima e antiética sobre as universidades, revelou o Procurador.²¹

O Procurador-Geral da República, Peterson Pereira, também participante desta AP, apresentou dois fatos a respeito de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) contra a EBSEPH. A primeira situação que tornaria a Empresa inconstitucional é a ausência de lei complementar para dizer em quais áreas a empresa deverá atuar. Pereira explica que a exploração de alguma atividade econômica é o fim da empresa pública e, para isso, é necessária a existência de lei complementar explicitando em quais áreas a instituição irá atuar. O procurador também cita que, legalmente, o Estado brasileiro somente poderá executar serviço público no regime de direito público e a EBSEPH, inversamente, foi criada sob o regime de direito privado. Segundo Peterson, na própria lei de criação da Estatal, está explícito que ela é integrante do SUS. Ele ainda afirma que pelo fato das empresas públicas terem finalidade lucrativa, estas prestam serviços remunerados e, portanto, a EBSEPH, como uma delas, caminha na direção oposta de fortalecimento do SUS. O evento reuniu, ainda, entidades representativas de classe e dos trabalhadores, parlamentares, representantes do Ministério Público e do Judiciário e da sociedade.

Percebe-se uma diversificada gama de atores que estão envolvidos, direta ou indiretamente, no processo de adesão dos HUs à EBSEPH. As opiniões divergem,

²¹ Disponível em: <<http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=7047>>. Acesso em 22 de maio, 2016

porém, dois fatos principais se apresentam como barreiras para uma melhor aceitação da Empresa Pública: a forma de contratação dos servidores, regidos pela CLT e a possível perda de autonomia dos hospitais universitários geridos pela Estatal, o que faria dos HUs berços políticos. A contratação da EBSERH é vista como uma privatização da saúde, pois esta foi constituída como empresa pública de direito privado, ou seja, tem o lucro como sua principal finalidade. Para isso, são necessários serviços remunerados, quando a única alternativa são os convênios hospitalares. Aqueles que são contrários à adesão temem que os HUs adotem o sistema de dupla porta, quando os hospitais passam a receber pacientes através dos planos de saúde, além do SUS. Alegam que os serviços de saúde públicos devem ser de acesso universal e igualitário, não podendo haver nenhum tipo de discriminação ao usuário. A Lei Complementar nº 141, em seu art. 3º, determina serem gratuitos os serviços públicos de saúde, de acesso universal, não podendo haver serviços preferenciais para determinados extratos sociais em detrimento de outros.

Contrariamente, aqueles que se manifestam em favor da EBSERH julgam ser necessária a administração dos HUs pela Empresa em razão das modernas práticas de gestão aplicadas, que resultariam na obtenção de mais recursos financeiros e que possibilitariam melhores estruturas físicas e a solução do constante déficit do quadro de pessoal.

5.3. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Em diversas universidades os processos de adesão à EBSERH foram denunciados por serem antidemocráticos, nos quais bastou a manifestação da vontade do reitor para que o contrato fosse assinado. Alguns destes casos aconteceram na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e na Universidade Federal de Alagoas (UFAL), apontou a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Na UFPE, o reitor colocou em votação no Conselho Universitário e mesmo sem contar os votos a favor e contrários, considerou aprovada a adesão à Empresa. A reação foi uma imediata ocupação da reitoria. Houve também ocupação na Universidade Federal do Pará (UFPA) e até o momento não houve adesão por parte desta universidade.

Apesar das manifestações, tanto a UFPE quanto a UFAL, assinaram contrato com a EBSEH. Na UFAL, o contrato foi assinado de portas fechadas, com forte aparato repressivo para impedir o cidadão comum de participar da reunião do Conselho Universitário. Em outras universidades, sequer passou pelo conselho universitário, como nas universidades federais do Maranhão (UFMA), do Triângulo Mineiro (UFTM), do Espírito Santo (UFES), de Sergipe (UFS), e do Vale do São Francisco (Univasf)²².

Na cidade de Uberaba, em Minas Gerais, o ex-reitor da UFTM, Virmondes Rodrigues Júnior, por vontade própria, assinou contrato com a EBSEH, em 2014, sem antes a realização de um debate no conselho universitário. Por conta disso, a Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA), entrou com um pedido de convocação de uma audiência pública²³ que contou com a participação de sindicalizados, discentes, funcionários do HU, vinculado à Universidade e autoridades. De acordo com Rolando Malvásio, coordenador da FASUBRA, a forma de contratação foi feita irregularmente, afirmando que o reitor na época se colocou acima de toda uma comunidade e ainda do conselho universitário. Malvásio indicou que mesmo com o contrato já assinado e sem a possibilidade de anulação, a FASUBRA, junto da população, fiscalizará rigorosamente a atuação da EBSEH na administração do Hospital.

Em 2011, o conselho universitário da Universidade Federal de Pelotas (UFPEl) aprovou, por 37 votos a 23 e uma abstenção, a filiação à Estatal para ficar sob sua gestão. Entretanto, o assunto ainda continuou tema de divergências e foi debatido diversas vezes. Entre as ocasiões, está a audiência pública realizada em fevereiro de 2012, que contou com a participação do ex-reitor da UFPEl, Mauro Del Pino, da diretora do Hospital Escola vinculado à Universidade, Julieta Carricone Fripp, da professora da Universidade Federal Fluminense, Cláudia March - que apresentou a posição defendida pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes-SN) - da assessora jurídica do Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência (Sindisprev) de Porto Alegre, Eliza Torelly, da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde,

²² Disponível em: <<http://brasildefato.com.br/node/27416>>. Acesso em 22 de maio, 2016.

²³ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ZYjmQemUXHQ>>. Acesso em 22 de maio, 2016.

representada por Claudio Augustin e da comunidade local. Nesta AP, Mauro Del Pino e Julieta Fripp durante meia hora tentaram argumentar os “benefícios” financeiros que a Empresa iria trazer à universidade. Apresentaram déficit de pessoal e de recursos para cobrir as despesas daquele momento.

Questionados, não responderam onde estaria localizado nos contratos de adesão que os recursos para a construção do Hospital Escola da UFPel só seriam disponibilizados somente após filiação à Empresa. A professora da Universidade Federal Fluminense, Cláudia March lembrou que enquanto a EBSEH afirma ser

Uma empresa pública, constituída por recursos 100% públicos, ela é um desrespeito aos preceitos institucionais, que começa ao atribuir a uma empresa de direito privado, cujo objetivo é de exploração direta de atividade econômica, incluindo a produção de lucro, a gestão de hospitais universitários cujas atividades – prestação de serviços públicos de saúde e educação – caracterizam-se como serviços públicos de relevância pública, que não podem ser transformados em atividades econômicas.

Para Cláudia, a parceria dos HUs com a EBSEH é uma forma de privatização destes e também da saúde. Outros debates foram realizados, pertinentes ao assunto que envolve o Hospital Escola da UFPel, e a opinião de quem se mostrava contrário à adesão, assim como da população, foi maioria. Entretanto, em 2014, mesmo contra essa rejeição massiva, Mauro Del Pino assinou contrato e o Hospital passou a ser controlado pela Estatal.

Em muitas universidades federais, a participação social tem estado presente contra a proposta de adesão à EBSEH. Em 2013, a comunidade acadêmica da UFPA conseguiu barrar a privatização dos hospitais universitários João de Barros Barreto e Bettina Ferro de Souza. Docentes, técnicos administrativos e estudantes inviabilizaram a reunião do Conselho Superior Universitário (Consun), que votaria a cessão dos hospitais à EBSEH. A reunião do conselho universitário da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) para discutir a adesão da instituição à Empresa foi cancelada. Uma mobilização com mais de 400 pessoas impediu a efetivação da pauta da reunião extraordinária do conselho universitário, convocada pelo reitor. Embora a comunidade acadêmica tenha conseguido barrar a adesão dos dois hospitais vinculados à UFPA na época, em outubro de 2015, os dois HUs foram filiados à EBSEH.

Em 2013, uma votação nacional foi organizada por entidades federais ligadas à educação e à saúde - entre elas o ANDES-SN, a FASUBRA e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. O tema da votação foi o que a opinião pública pensava a respeito da EBSERH. O resultado revelou que a grande maioria dos participantes se mostrou contrária à Empresa – dos 63 mil votos, apenas três mil foram favoráveis à Estatal. Os votos foram coletados junto à comunidade acadêmica e entre os usuários dos hospitais universitários das instituições federais de ensino²⁴.

Como citado no capítulo anterior, a assinatura de contrato com a EBSERH de oito HUs, dos 39 que aderiram, se sucedeu sem o consentimento do conselho universitário das universidades, sem ao menos cogitar a apropriação da opinião pública. Na CF/88, em seu art. 198, inciso III, está expresso que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que devem ser organizadas de acordo com a participação da comunidade. Entende-se que a sociedade, como usuária dos serviços hospitalares, deveria ser consultada para uma tomada de decisão mais qualificada. Entretanto, a prática desmente a teoria.

²⁴ Disponível em: <<http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=6016>>. Acesso em 23 de maio, 2016.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tinha como objetivo geral analisar a participação social no processo de tomada de decisão em relação à adesão dos hospitais universitários federais à EBSEH, e assim concluir em que medida esta participação é influente. Pode-se dizer que este objetivo foi atingido quando comparada a opinião popular, expressa através dos instrumentos de participação aqui mencionados, à atual situação dos HUs, na expectativa de saber estes se filiaram ou não à Empresa Pública e como ocorreu tal processo. Através deste trabalho foi possível observar a opinião de diversos atores sociais, bem como dirigentes de hospitais universitários e da EBSEH, funcionários do setor público, integrantes de movimentos sindicais e também de cidadãos comuns, fossem eles contrários ou favoráveis à adesão dos HUs.

Apesar de serem apresentados outros mecanismos de participação popular presentes na realidade brasileira, a participação social no processo de adesão dos hospitais universitários à EBSEH foi analisada neste estudo principalmente através de audiências públicas, instrumento adotado para ocasiões como esta. A sociedade civil tem se mostrado cada vez mais presente e interessada na discussão de assuntos públicos em relação à saúde. Porém, evidenciou-se que a audiência pública, como um dos instrumentos de gestão participativa existentes no Brasil, se mostra apenas como uma consulta formal e sem valor, e que ainda impera o modelo de democracia hegemônica, onde a administração pública é conduzida pela tecnocracia e prega a representatividade como a melhor forma de democracia. Tal prática oculta a diversidade social e cultural, necessárias para a construção do pensamento coletivo, e segue as ideias de pensadores hegemônicos, que julgam ser imprescindível a distância entre representados e representantes.

Estamos diante da denominada “confluência perversa” que contrapõe dois projetos distintos de governo. Por um lado, temos a consolidação da democracia através da Constituição Federal de 1998, a qual assegura os direitos sociais e civis aos cidadãos brasileiros, entre eles a participação social nos processos decisórios que envolvam ações e serviços de saúde públicos, bem como a manifestação da opinião popular acerca dos hospitais universitários sob o comando da EBSEH. Assim, idealiza-se uma parceria entre Estado e sociedade civil na consolidação do

propósito democrático. Contraditoriamente, impulsionado pela eleição de Fernando Collor em 1989, emerge o projeto neoliberal, no qual o Estado se exime da garantia de direitos, reduzindo suas responsabilidades e as transferindo para a sociedade civil. Ainda, o neoliberalismo aposta em práticas realizadas nas empresas privadas, assim como a EBSEH acredita que tais práticas sejam a solução para tirar da crise os HUs que consentirem ser gerenciados por ela. Entretanto, para isto acontecer, a população local deverá ser consultada, através de audiência pública, a respeito deste processo. A análise deste trabalho nos proporcionou entender que, mesmo sendo realizadas algumas APs, onde diversos membros da sociedade puderam expressar suas posições, as mesmas não foram levadas em consideração pelo poder público.

Comparadas à escala de Bordenave (figura 1), as APs analisadas poderiam ser consideradas como de consulta obrigatória, quando o governo é obrigado por lei a consultar a sociedade quando tratar-se de ações e serviços públicos de saúde, ainda que a decisão final pertença a ele. Na escada de Arnstein (quadro 1), as APs pertencem ao degrau 4, de consulta. Nele, o governo informa os cidadãos e também solicita suas opiniões, porém não é oferecida nenhuma garantia de que as ideias populares serão levadas em consideração. Assim como Arnstein (2002) classifica este degrau, as audiências públicas analisadas serviram apenas como um “ritual de fachada”, quando logo após a opinião pública foi contrariada.

Conclui-se que no processo de adesão dos hospitais universitários federais à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares a participação social não é vinculante, ou seja, ela não possui poder de influência sobre as tomadas de decisões do governo. Foi possível chegar a esta conclusão quando analisadas as diversas em que a sociedade civil optou pela não adesão do HU de sua comunidade local à Estatal e mesmo assim, autoritariamente, foi assinado o contrato. As audiências públicas são apenas de caráter consultivo, onde o cidadão opina, mas é o governo quem decide. E não foi diferente nos casos aqui abordados. Verifica-se que a participação social, no máximo, teve o poder de postergar a vinculação dos HUs à EBSEH, mas não de impedir que a adesão fosse feita posteriormente.

Este trabalho não esgota o tema a respeito de participação e também em relação à atuação da EBSEH, porém traz ao leitor uma nova perspectiva sobre o assunto. Caso exista o interesse de pesquisadores que queiram dar continuidade ao

estudo, seja através de outros trabalhos de conclusão de curso, de mestrado, ou em qualquer que seja o nível acadêmico, sugere-se que sejam analisadas, mais detalhadamente, quais as consequências para um hospital universitário quando administrado pela EBSEH. Apesar disto ser observado neste trabalho, o foco aqui foi a participação e, portanto, foi realizado um estudo mais geral sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Perry. **Balanço do neoliberalismo**. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 09-23.
- ANDREAZZI, M.F.S. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à luz da reforma do estado**. Revista Brasileira de Educação Médica. 2013, p. 275-284.
- ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. **Os hospitais universitários federais e suas missões no passado e no presente**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out-dez. 2014, p.1261-1281
- ARNSTEIN, Sherry R. **Uma escada da participação cidadã**. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/8464/mod_resource/content/1/escada_d_d_participacao.pdf> Acesso em 15 de maio, 2016.
- AVRITZER, Leonardo; SANTOS, Boaventura de Souza. **Para ampliar o cânone democrático**. In: SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- BOBBIO, Norberto (2006). **Liberalismo e democracia**. São Paulo: Brasiliense.
- BORDENAVE, Juan. **O que é participação**. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- BRANDÃO, Murilo Gandon. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: uma análise do modelo e dos seus possíveis impactos no Sistema Único de Saúde e hospitais universitários**. 2013. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. [Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior].
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 19 mar. 2016.
- _____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 mar. 2016.
- _____. **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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 mar. 2016.

_____. **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. Diário Oficial, Brasília, DF, 27 jan, 2010. P. 1 (edição extra)

_____. **Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011.** Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSERH, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 29 dez, 2011. P. 1

CARNEIRO, R., MENICUCCI, TMG. **Gestão pública no século XXI:** as reformas pendentes. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1, p. 135-194

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **LAI:** A Lei de Acesso à Informação. Disponível em: <<http://www.acessoainformacao.gov.br/assuntos/conheca-seu-direito/a-lei-de-acesso-a-informacao>>. Acesso em 15 maio, 2016.

CULAU, Ariosto Antunes; FORTIS, Martin Francisco de Almeida. **Transparência e controle social na administração pública brasileira:** avaliação das principais inovações introduzidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. In: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y de la Administración Pública, 11., 2006. Ciudad de Guatemala: CLAD, 2006. 16 f.

DA COSTA, I. N., et al. **Manual da Lei de Acesso à Informação para Estados e Municípios.** Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual_lai_estadosmunicipios.pdf>. Acesso em 17 de maio, 2016.

DAGNINO, Evelina. **Construção democrática, neoliberalismo e participação:** os dilemas da confluência perversa. Política & Sociedade - Revista de Sociologia Política, Florianópolis, v. 1, n. 5, 2004, p. 137-161.

DASSO JÚNIOR, Aragon E. **“Nova gestão pública” (NGP):** A Teoria de administração pública do Estado ultraliberal. (2014a). Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d05c25e6e6c5d489>>. Acesso em 3 de out, 2016.

DASSO JÚNIOR, Aragon E. **O déficit democrático da reforma gerencial da Administração Pública brasileira.** (2014b). Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=25e95f3f099c48ac>>. Acesso em 8 de out, 2016.

DIAS, Roberta Atherton Magalhães. **Marcos teóricos, paradigmas e sentidos da participação:** faces diversas de um mesmo espelho. VI Conferencia Regional de ISTR para América Latina y el Caribe, Salvador, de 08 a 11 novembro de 2007.

DIAS, Solange Gonçalves. **Reflexões acerca da participação popular**. Integração, São Paulo, v. 48, 2007, p. 45-53.

EBSERH. **Hospitais universitários**. Disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/>> Acesso em 19 de mar, 2016.

FONSECA, I. et al. **Potencial de efetividade das audiências públicas do governo federal**. Relatório de pesquisa. Ipea, Brasília, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, M. da G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2003.

HAMEL, M. R. **Movimentos sociais e democracia participativa**. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/095/95hamel.htm>>. Acesso em 15 de maio, 2016.

MARE. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

MARTINS, Carlos Estevam. **Liberalismo: o direito e o avesso**. Dados, Revista de Ciências Sociais, Vol. 46, n.º 4. Rio de Janeiro, 2003, p. 619-660.

OLIVEIRA, Denize Cristina de, et al. **A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais**. Cad. Saúde Pública, vol. 24, nº 1. Rio de Janeiro, Jan. 2008, p. 197-206.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948.

PATEMAN, C. **Participação e Teoria Democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, vol. 45, n. 1, págs. 36/49, jan-mar 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a05.pdf>>. Acesso em 4 de out, 2016.

PEREIRA JÚNIOR, Jefferson Tavares. **A saúde como direito humano fundamental**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte. [Orientador: Profª. Me. Yana Paula Coelho Correia Sampaio].

PÓLIS. **Audiências públicas**. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/1042/1042.pdf>> Acesso em 16 de mai, 2016.

PORTAL BRASIL. **Entenda a diferença entre plebiscito, referendo e leis de iniciativa popular**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/11/entenda-a-diferenca-entre-plebiscito-referendo-e-leis-de-iniciativa-popular>>. Acesso em 10 de out, 2016.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardozo de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Módulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2009.

RIZZOTTO, Maria Lúcia F. **Neoliberalismo e Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionário/verbetes/neosau.html#topo>> Acesso em 3 de out, 2016

SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. **Para ampliar o cânone democrático**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SOARES, E. **A audiência pública no processo administrativo**. Jus navigandi, 2002. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/3145>>. Acesso em: 16 de maio, 2016.

TENÓRIO, Fernando G. **(Re)visitando o conceito de gestão social**. Desenvolvimento em Questão. Editora Unijuí. Ano 3, n. 5, jan./jun., 2005, p. 101-124.

TRISTÃO, G. **Transparência na administração pública**. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002

VASCONCELOS, P. **A audiência pública como instrumento de participação popular na avaliação do estudo de impacto ambiental**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

VITULLO, Gabriel; SCAVO, Davide. **O liberalismo e a definição bobiana de democracia**: elementos para uma análise crítica. Revista Brasileira de Ciência Política, nº 13. Brasília, 2014.

WOOD, Ellen M. **Capitalismo e democracia**. In: A teoria marxista hoje. Problemas e perspectivas. Buenos Aires. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Campus Virtual. 2007, p. 417-430.