

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**Thais Gabriele Borella Sansonove**

**O IMPACTO DO MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL NA  
CRIAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES -  
EBSERH**

**Porto Alegre**

**2019**

Thais Gabriele Borella Sansonove

**O IMPACTO DO MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL NA  
CRIAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES -  
EBSERH**

Trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior

Porto Alegre  
2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann  
Vice-reitora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Jane Fraga Tutikian

**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato  
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

**COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin  
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Câmara

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

Sansonove, Thais Gabriele Borella

O impacto do modelo de administração pública gerencial na criação da Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares – EBSEH / Thais Gabriele Borella Sansonove. – 2019.

80 f.:il.

Orientador: Aragon Érico Dasso Junior.

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

1. EBSEH. 2. Hospitais Universitários Federais. 3. SUS. 4. Gerencialismo. 5. Princípios dos SUS. 6. Gestão em Saúde. I. Dasso Junior, Aragon Érico, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

**Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico  
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS  
Telefone: 3308-3801  
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Thais Gabriele Borella Sansonove

**O IMPACTO DO MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL NA  
CRIAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES -  
EBSERH**

Trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 17 de junho de 2019.

**Banca Examinadora**

---

Examinador: Prof. Rafael Kruter Flores

---

Examinadora: Prof.<sup>a</sup> Patrícia Silva e Silva

---

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior

## RESUMO

A saúde foi incorporada no rol de direitos fundamentais de caráter social e de dever de prestação pelo Estado na Constituição Federal de 1988, e, em seguida, regulamentada pela Lei nº 8.080/1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Uma das figuras institucionais que integra o SUS é o Hospital Universitário Federal (HUF), vinculado a uma Universidade Federal, pois presta serviços públicos de saúde de média e alta complexidade, além de ensino e pesquisa. Em função disso, ao longo dos anos, os HUFs sofreram com o déficit orçamentário, necessitando de repasses para a reestruturação dos mesmos. Para resolver essa situação, o governo, resguardado pela lógica gerencial da Administração Pública, instituiu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com ordenamento jurídico de direito privado para gerir os HUFs. Assim, busca-se responder de que forma o gerencialismo impacta na criação da EBSERH contrapondo a lógica do SUS. Para tanto, o objetivo geral consiste em analisar o impacto da criação da EBSERH frente aos princípios do SUS, e os objetivos específicos consistem em caracterizar o modelo gerencial no Brasil; descrever os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde; descrever a criação da EBSERH. Para realizar este estudo, optou-se pelo método hipotético-dedutivo, com as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, construindo teoricamente uma linha de raciocínio importante para se chegar às conclusões. Logo, foi possível concluir que a empresa pública em questão possui embasamentos claramente mercadológicos, fundamentados na Administração Pública Gerencial. Contudo, realizar a gestão de um serviço público que garante um direito fundamental de caráter social é incompatível com uma empresa de direito privado que, em sua essência, busca a lucratividade, tornando-a contraditória aos princípios adotados pelo SUS.

**Palavras-chave:** EBSERH; Hospitais Universitários Federais; SUS; Gerencialismo; Princípios do SUS; Gestão em Saúde.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 - Extrato do Organograma da EBSEH.....	51
Figura 2 - Mapa Estratégico EBSEH.....	52
Figura 3 - IFES com Hospitais Universitários Federais .....	53

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Marcos Históricos dos Hospitais.....	43
Quadro 2 - Adesão dos HUFs à EBSEH.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
- BIRD – Banco Mundial
- CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CF – Constituição Federal
- CIB – Comissão de Intergestores Bipartite
- CIT – Comissão de Intergestores Tripartite
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CLAD – Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- FASUBRA – Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
- FHC – Fernando Henrique Cardoso
- FMI – Fundo Monetário Internacional
- GATT – Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio
- HUs – Hospitais Universitários
- HUFs – Hospitais Universitários Federais
- IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões
- IFES – Instituições Federais de Ensino Superior
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- MARE – Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
- MEC – Ministério da Educação
- MP – Medida Provisória
- MP – Ministério Público
- MS – Ministério da Saúde
- NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOB – Norma Operacional Básica
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde



PL – Projeto de Lei

PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RJU – Regime Jurídico Único

STF – Supremo Tribunal Federal

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. GLOBALIZAÇÃO, NEOLIBERALISMO E GERENCIALISMO</b> .....	15
2.1. A GLOBALIZAÇÃO .....	15
2.2. O MODELO DE ESTADO NEOLIBERAL .....	17
2.3. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL .....	19
2.4. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 2 .....	27
<b>3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS</b> .....	28
3.1. SAÚDE: DIREITO FUNDAMENTAL OU SERVIÇO PÚBLICO? .....	28
3.2. SAÚDE PÚBLICA: HISTÓRICO .....	30
3.3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	33
3.4. REFORMA GERENCIAL NA SAÚDE .....	39
3.5. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 3 .....	42
<b>4. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH</b> .....	43
4.1. HISTÓRICO .....	43
4.2. NATUREZA JURÍDICA .....	47
4.3. FINALIDADES/COMPETÊNCIAS .....	48
4.4. RECURSOS HUMANOS .....	49
4.5. RECURSOS FINANCEIROS .....	50
4.6. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL .....	50
4.7. BALANÇO QUANTITATIVO .....	52
4.8. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 4 .....	55
<b>5. ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	57
<b>6. UMA EMPRESA PÚBLICA COMO GESTORA DA SAÚDE</b> .....	58
6.1. ANÁLISE DO IMPACTO DO GERENCIALISMO SOBRE A EBSEH .....	58
<b>6.1.1. Profissionalização da alta burocracia</b> .....	59
<b>6.1.2. Administração Pública transparente</b> .....	60
<b>6.1.3. Descentralização de serviços públicos</b> .....	60
<b>6.1.4. Desconcentração organizacional</b> .....	61
<b>6.1.5. Controle de resultados</b> .....	61
<b>6.1.6. Novas formas de controle</b> .....	62
<b>6.1.7. Duas formas de unidades administrativas autônomas</b> .....	63

	10
<b>6.1.8. Cidadão-usuário .....</b>	<b>63</b>
<b>6.1.9. Grau de responsabilização do servidor público.....</b>	<b>63</b>
<b>6.2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA ADESÃO E NÃO ADESÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>6.3. IMPACTO DA CRIAÇÃO DA EBSERH FRENTE AOS PRINCÍPIOS DO SUS..</b>	<b>68</b>
<b>6.3.1. Universalidade .....</b>	<b>69</b>
<b>6.3.2. Integralidade .....</b>	<b>69</b>
<b>6.3.3. Equidade.....</b>	<b>70</b>
<b>6.3.4. Regionalização e Hierarquização .....</b>	<b>71</b>
<b>6.3.5. Descentralização .....</b>	<b>71</b>
<b>6.3.6. Participação social .....</b>	<b>71</b>
<b>6.4. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>72</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>76</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde é um dos elementos que estão dispostos na Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH, 1948) sob responsabilidade da Organização das Nações Unidas, mas o cuidado com a saúde surgiu milhares de anos antes, exercido pelas próprias famílias e comunidades, bem como pelos hospitais. Entre estes hospitais, encontram-se os Hospitais Universitários (HUs) ou hospitais de ensino (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA; 2010).

Ao longo do tempo, o campo da saúde ganhou mais visibilidade, e na Constituição Federal de 1988 foi incorporada no rol de direitos fundamentais sociais elencados como dever do Estado. Diante da efetivação da saúde como direito e fruto de uma demanda coletiva, a saúde foi regularizada através da Lei nº 8.080, de setembro de 1990, constituindo-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Este foi criado visando ao Estado garantir e prover a saúde para os cidadãos formulando e executando políticas econômicas e sociais, e garantindo o acesso universal e igualitário.

Logo após a criação do SUS, há a inserção de outro modelo de Administração Pública no país. Essa ligação se faz importante na medida em que um direito social só se efetiva com a prestação de um serviço público, e a Administração Pública é decisiva nesse processo. Essa nova Administração Pública ficou conhecida através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), aprovado no então Governo de Fernando Henrique Cardoso e impulsionado pelo ex-ministro Bresser Pereira. Através da denominada Reforma Gerencial, houve diversas privatizações de empresas públicas, terceirizações de serviços públicos que passaram a ser prestados pelo setor privado, além de concessões, permissões e autorizações que também possuem a mesma essência das demais.

Apesar dessa mudança, as prestações de serviços gratuitos de saúde permaneceram em função de estar garantido como um direito fundamental pela Carta Magna do país. O SUS, segundo a Lei nº 8.080/1990, então, configura-se em um conjunto de ações e serviços que são oferecidos por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais atendendo a demanda advinda da Constituição Federal. Dentro desses prestadores de serviços de saúde estão os Hospitais Universitários Federais (HUFs), nos quais cabem formar recursos humanos e desenvolver tecnologia voltada para a saúde da população, buscando sempre a melhoria de padrões de eficiência dentro do SUS. Estes HUFs são vinculados às faculdades de medicina e, por sua finalidade se tratar, em especial, de tratamentos com alta tecnologia, além de voltados

para o ensino e a pesquisa, se depararam com uma equação de gastos insuficientes levando em consideração seus altos custos, culminando, assim, em uma crise entre os HUFs.

Diante dessa situação, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, foi implementado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) através do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Esse programa foi constituído com o intuito de financiar, de forma compartilhada entre as áreas da educação e da saúde, a reestruturação e a revitalização dos Hospitais Universitários Federais que integram o SUS (BRASIL, Decreto nº 7.082/2010, art. 1º), a fim de oferecer condições materiais e institucionais no que tange ao ensino, à pesquisa, à extensão e à prestação da assistência à saúde (BRASIL, Decreto nº 7.082/2010, art. 2º).

Logo após, seguindo a mesma lógica do REHUF e como mais uma vertente do modelo de Estado que estava se construindo, deu-se início à constituição da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), onde teve conturbados fatores que ocorrem antes da sua lei de criação. Sucederam-se alguns fatos que corroboraram para discussões dentro das universidades, dos sindicatos, dos conselhos de saúde, entre outros, tendo em vista os apontamentos que foram feitos primeiramente na Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010, e, posteriormente no Projeto de Lei nº 1.749/2011. Entre as principais pautas dessas discussões encontram-se a perda de autonomia administrativa das universidades diante de seus hospitais; a possibilidade de haver privatizações dos HUFs, já que estes passariam a ser geridos por uma figura empresarial; e a coerção realizada pelo Governo Federal para que os HUFs confirmassem adesão à EBSERH, posto que esta seja facultativa aos mesmos.

Apesar de conturbados os acontecimentos, a criação da EBSERH se deu através da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, possuindo personalidade jurídica de direito privado e vinculada ao Ministério da Educação. Esta possui a finalidade de prestar serviços de forma gratuita de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à sociedade, além da prestação de serviços às instituições públicas federais de ensino quanto ao próprio ensino, à pesquisa e à extensão, considerando a autonomia universitária (BRASIL, Lei nº 12.550/2011, art. 3º).

A partir do capitalismo contemporâneo conhecido pela população brasileira ao longo dos anos que precederam a instituição da EBSERH, por meio da Administração Pública Gerencial que foi se consolidando ao longo dos anos que sucederam a criação do SUS, é que está embasada a referida discussão da adesão dos Hospitais Universitários Federais a essa empresa, uma vez que esta passaria a administrar os HUFs.

Assim, entende-se que a Administração Pública exercida no país possui importante significado quando se deu a criação da EBSEH. Diante do exposto, busca-se responder o seguinte questionamento: de que forma o gerencialismo impacta na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares contrapondo a lógica do Sistema Único de Saúde?

Diante do exposto, tem-se como objetivo geral analisar o impacto na criação da EBSEH frente aos princípios do SUS. Já os objetivos específicos consistem em: caracterizar o modelo gerencial no Brasil; descrever os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde; descrever a criação da EBSEH.

Esse tema se justifica pela importância, principalmente, em função dos hospitais universitários possuírem grande participação no cenário aplicado ao Sistema Único de Saúde e estar em pauta a gestão dos mesmos quando da adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares dentro de um mundo cada vez mais privatista. As discussões levantadas pela população demonstram a preocupação de uma possível privatização mascarada por parte da Administração Pública Gerencial brasileira diante de um serviço público essencial, trazendo riscos para o direito à saúde.

Além disso, justifica-se a temática visto que os serviços relacionados à saúde, prestados pelos hospitais universitários sob a gestão da EBSEH, devem ser de forma gratuita, conforme legislação de criação desta empresa, bem como o previsto pelo SUS. Entretanto, há um contraponto referente à exploração de atividade econômica da mesma, uma vez que seu objeto econômico é justamente a saúde. Nesse sentido, Andreazzi (2013, p. 276) expõe que essa transformação de hospital público para empresa ocasiona uma mudança na organização de sua operação, haja vista esta tendenciar à busca de um retorno financeiro crescente, “seja por meio de busca mais agressiva ao mercado como fonte de financiamento, seja com controles mais rigorosos de custos operacionais”, e isso é comprovado mediante o art. 8º, da Lei nº 12.550/2011, no qual se constitui como uma fonte de recursos justamente a “prestação de serviços compreendidos em seu objeto”.

Ainda, a justificativa permeia em função das diferenças que há entre um hospital universitário e a forma jurídica proposta para a EBSEH, uma vez que o primeiro é uma pessoa jurídica de direito público e a segunda uma pessoa jurídica de direito privado. Essa situação torna-se peculiar quando levados em consideração o vínculo dos trabalhadores quando um HUF passa para a gestão da EBSEH, questão indagada na Ação Direta de Inconstitucionalidade que tramitou no Supremo Tribunal Federal em 2013.

Também, existe a questão das mobilizações realizadas pela comunidade universitária, na qual não apoia a transferência da gestão destes hospitais para uma empresa de direito

privado, pois justificam que as universidades perdem, então, autonomia, e, assim, a gestão administrativa e financeira dos mesmos. Além do mais, essa busca de recursos através da prestação de serviços é tida pelos sindicatos da área como uma privatização dos serviços públicos de saúde e educação.

Para os fins deste trabalho, a presente pesquisa utilizará o método hipotético-dedutivo. As técnicas de pesquisa a serem utilizadas são a bibliográfica e a documental relacionadas à EBSEH, aos Hospitais Universitários Federais e à Administração Pública Gerencial no Brasil.

A fim de se buscar responder ao questionamento central desta pesquisa, serão abordadas, a partir de análise, características presentes nas legislações da EBSEH que se configuram como eixos centrais do modelo neoliberal, demonstrados através da revisão bibliográfica deste, e, assim, revelando pontos centrais do desenho da EBSEH influenciado pelas características marcantes da Administração Pública Gerencial, dentro dos quais se entende serem prejudiciais para o desenvolvimento da Administração Pública em si, tendo em vista a persuasão que o setor privado possui perante estes. O ideal mercadológico dentro da Empresa Pública em questão é perceptível, tanto no decorrer de sua legislação quanto em pesquisas bibliográficas como artigos publicados por pesquisadores da área, sendo possível uma análise crítica tendo em vista uma das finalidades dos Hospitais Universitários Federais: a saúde pública. Neste sentido, existe a questão da saúde como direito fundamental e vista como serviço público nos quais possuem princípios norteadores que, por vezes, contrapõem-se à lógica apresentada pela EBSEH justamente em função do contexto em que se inserem.

Essas características coletadas auxiliarão na compreensão dos detalhes propostos pela EBSEH quando da gestão dos HUFs, levando em consideração a exploração da atividade econômica através da sua prestação de serviços na área em que estão situados, além de demonstrar as modificações administrativas advindas de tal.

Quanto à estrutura do trabalho, a divisão se deu em três capítulos de referencial teórico, na qual o primeiro (Gerencialismo no Brasil) refere-se ao modelo gerencial e como este surgiu e se difundiu carregando consigo outra visão de modelo de Estado; o segundo (Sistema Único de Saúde), faz referência ao tratamento da saúde como direito fundamental de caráter social diante da garantia que este possui e se confirmando através da lei que a regulariza, bem como a reforma gerencial frente à saúde; e, no terceiro capítulo teórico, há uma descrição histórica e organizativa da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Além desses capítulos, há o de análise que busca responder o problema de pesquisa apresentado aqui.

## 2. GLOBALIZAÇÃO, NEOLIBERALISMO E GERENCIALISMO

Este capítulo faz referência à base teórica para a situação atual que os Hospitais Universitários vivenciam, tendo em vista ser um cenário forjado política e economicamente para buscar ideais neoliberais dentro de diversas áreas na gestão de um Estado. Assim, o fenômeno da globalização, através dos meios de comunicação e, em especial, através da difusão de informações com mais velocidade, colaborou para a propagação de um padrão de ideologia e de um modelo de Estado neoliberal. Há uma relação importante entre os aspectos determinados da globalização e do neoliberalismo, e, em função disso, se faz necessária a explicação dos mesmos. Há de se entender que todo modelo de Estado necessita de uma concepção de Administração Pública, portanto, essa concepção é sempre derivada da concepção de Estado, assim, através desta lógica, adotou-se a ordem dos tópicos a seguir.

### 2.1. A GLOBALIZAÇÃO

A globalização envolve diversos fenômenos que giram em torno de áreas relacionadas com a política, o social, a economia e a cultura. Esses fenômenos configuram-se em mudanças complexas que vêm acontecendo ao longo das últimas décadas a nível mundial com consequências frente ao dia a dia nas sociedades. Rodrigues, Oliveira e Freitas (2001, p. 98) trazem questionamentos que contribuem como reflexão:

Trata-se de revolução ou evolução do contínuo processo de desenvolvimento das civilizações? É algo que tem como culminância a integração das nações, com a consequente quebra de barreiras e diferenças, ou é algo que veio para romper com o sonho de planeta-nação e aumentar as diferenças entre os povos?

O processo de globalização é considerado complexo no que tange o nível das inter-relações existentes entre países, por exemplo. Contudo, Rodrigues, Oliveira e Freitas (2001) ressaltam que não há uniformidade entre as sociedades globalizadas, haja vista que estas possuem graus de desenvolvimento diferentes entre si. E essa realidade acaba revelando a globalização como um processo heterogêneo, descontínuo, seletivo e excludente, na qual tende a aumentar as diferenças entre os povos.



Corroborando com este pensamento, Santos (2000) descreve a globalização como perversa, na medida em que estão centrados na evolução da humanidade, em seu lado negativo, os comportamentos competitivos característicos das ações hegemônicas, relacionadas direta ou indiretamente aos processos da mesma. Além do aumento das diferenças já citadas, o autor exemplifica essas perversidades como o aumento do desemprego e, conseqüentemente, da pobreza e da baixa qualidade de vida; o surgimento de novas doenças e o retorno de outras; a inacessibilidade à educação de qualidade; ainda há a expansão de males morais, como a corrupção.

Ainda, segundo Santos (2000, p.12), a globalização é tida como “o ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista”, na qual deveria possuir dois elementos: o estado das técnicas e o da política. Quanto às técnicas, uma delas diz respeito à informação, na qual possui um papel importante entre os países, visto que esta é utilizada, principalmente, por atores que a usam em função de objetivos particulares, pois “o que é transmitido à maioria da humanidade é, de fato, uma informação manipulada que, em lugar de esclarecer, confunde” (SANTOS, 2000, p.20). Quanto aos fatores ligados ao estado da política, estes envolvem ações igualmente significativas, haja vista o sistema utilizado representado pela mais-valia que passou a ser global. O autor salienta que é através deste sistema capitalista que a globalização perversa avança ainda mais, pois o dinheiro em si se tornou o centro do mundo.

Quando o sistema político formado pelos governos e pelas empresas utiliza os sistemas técnicos contemporâneos e seu imaginário para produzir a atual globalização, aponta-nos para formas de relações econômicas implacáveis, que não aceitam discussão e exigem obediência imediata, sem a qual os atores são expulsos da cena ou permanecem escravos de uma lógica indispensável ao funcionamento do sistema como um todo. É uma forma de totalitarismo muito forte e insidiosa, porque se baseia em noções que parecem centrais à própria ideia da democracia – liberdade de opinião, de imprensa, tolerância –, utilizadas exatamente para suprimir a possibilidade de conhecimento do que é o mundo e do que são os países e os lugares. (SANTOS, 2000, p. 23)

Nesta mesma linha, Dasso Júnior (2006) argumenta que de fato a globalização é caracterizada por uma vontade política, e não como um fenômeno natural e irreversível como diversos discursos disseminam. O autor define que a globalização é ligada às movimentações da economia global, mas, principalmente, às “movimentações financeiras, na tentativa de expansão dos mercados, valendo-se, para isso, de avanços tecnológicos [...], objetivando garantir a sobrevivência do capitalismo” (DASSO JÚNIOR, 2006, p. 42).

Dasso Júnior. (2006) explica algumas das conseqüências da globalização que giram em torno, por exemplo, da circulação de capitais, chamada erroneamente de “mundialização

da economia”; da desconcentração do aparelho do estado, com motivos diversos entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; da “desterritorialização e reorganização do espaço da produção”; da “fragmentação das atividades produtivas”; e da expansão de direitos de origem mercatória (DASSO JÚNIOR, 2006, p. 44).

Bresser-Pereira (2007) entende que a globalização é um estágio do desenvolvimento capitalista, enquanto os Estados-nação funcionam como a unidade política territorial diante desse sistema econômico. O autor defende que o processo de globalização se deu mais como uma internacionalização propriamente dita, haja vista o aumento de competição entre os Estados-nação.

Dessa forma, percebe-se que a globalização está centralizada no capitalismo, o qual provocou uma série de consequências diante do sistema econômico dos países, transformando o acúmulo de capital em um dos objetivos dos Estados-nação. Contrariando a ideia implantada de que o processo de globalização é natural, demonstra-se que esse é resultado de vontades políticas de atores que encontram benefícios, diversas vezes, privados.

Em conjunto com a lógica deste desenvolvimento capitalista pelo mundo, os Estados Unidos e a Inglaterra, a partir da década de 1970, adotaram a ótica liberal em seus governos através de representantes como Ronald Reagan (1981-1988) e Margaret Thatcher (1979-1990). As estratégias políticas dos mesmos tomaram como base os cortes de gastos públicos, a flexibilização de normas trabalhistas, privatizações de empresas estatais, exemplos que norteiam o chamado modelo neoliberal, o qual se tornou um dos propulsores da terceira fase da globalização (DASSO JÚNIOR, 2006).

Esse modelo neoliberal foi adotado por diferentes Estados, disseminado através do processo de globalização, intensificando transformações de cunho social, econômico e político e revelando uma hegemonia “liberal-capitalista” (DASSO JÚNIOR, 2006), além de ressaltar as disparidades entre nações que estão em diferentes fases de desenvolvimento e dar ênfase à má distribuição de renda e riquezas de cada um.

## 2.2. O MODELO DE ESTADO NEOLIBERAL

O neoliberalismo surgiu contra o Estado intervencionista e de bem-estar social logo após a II Guerra Mundial na Europa e na América do Norte. Isto aconteceu porque o papel do Estado não era mais consenso, procurando cada vez mais uma reforma para superar o modelo

burocrático weberiano (ABRUCIO, 1997). Abrucio (1997, p. 9) elenca quatro fatores que contribuíram para a reforma do Estado: (1) a crise econômica mundial, iniciada em 1973; (2) a crise fiscal, deixando diversos governos sem ter como financiar seus déficits; (3) a “ingovernabilidade”, na qual os governos não conseguiam resolver seus problemas; e (4) a globalização, na qual modificou a lógica do setor produtivo, enfraquecendo os governos no intuito de controlar os fluxos financeiros e comerciais.

Ademais, cabe conceituar o neoliberalismo, visto que se constitui em um “um conjunto de políticas adotadas por governos conservadores a partir da metade da década de 1970 e disseminadas pelo mundo através de organizações como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BIRD)” (DASSO JÚNIOR, 2006, p. 49).

Nesta linha, o modelo neoliberal, que tem sua base no liberalismo conservador dos séculos XVIII e XIX, avançou com o capitalismo moderno através de pensamentos que defendiam a não intervenção estatal na economia, dando ênfase ao mercado dentro do planejamento do Estado (DASSO JÚNIOR, 2006), além de basearem-se em privatizações, cortes de gastos sociais, aumento da eficiência e mais flexibilidade frente ao aparato burocrático, “introduzindo a lógica da produtividade existente no setor privado” (ABRUCIO, 1997, p. 10). Ao longo do tempo, o modelo neoliberal foi se transformando, primando pela modernização do setor público em busca de qualidade, descentralização e avaliações dos serviços prestados (ABRUCIO, 1997).

Como uma opção para sair da crise do modelo econômico, os governos foram, aos poucos, trocando seus representantes e assumindo o regime neoliberal. Os primeiros foram os já citados governos de Thatcher, na Inglaterra, em 1979, e de Reagan, nos Estados Unidos, em 1980. Após, diversos países assumiram o neoliberalismo como solução econômica, mas também como fundo político (ANDERSON, 1995), pois, o fato de introduzir ideais da iniciativa privada dentro do setor público necessitou de “um catalisador político para se impor” (ABRUCIO, 1997, p. 11).

Ditado pela globalização, o modelo neoliberal se estabeleceu frente aos Estados com elementos políticos como a “estabilização (de preços e de contas nacionais); a privatização (de meios de produção e das empresas estatais); a liberalização (do comércio e dos fluxos de capitais); a desregulamentação (da atividade privada); e a austeridade fiscal (restrição dos gastos públicos)” (DASSO JÚNIOR, 2006, p. 56). Esses elementos demonstram características que estão presentes no neoliberalismo, conforme Dasso Júnior (1996, p. 56-58) elenca: (a) lógica do privado em detrimento da lógica do público; (b) discurso dominante com a ideia de inevitabilidade e consenso; (c) exclusão de termos polêmicos e indesejáveis; (d)

“roupagem científica” na linguagem utilizada; (e) retorno ao individualismo; (f) democracia substituída pela tecnocracia; (g) ruptura entre a economia e o direito.

Entretanto, uma das manobras utilizadas por este modelo para que fosse aceito em diferentes países foi a adoção de qualidades e traços de concorrentes deformando e transformando o liberalismo puro, pois, para os mesmos, “mais vale um liberalismo deformado, porém vitorioso, do que um liberalismo autêntico, porém demarcado e, por conseguinte, sujeito a ser confrontado e, eventualmente, derrotado” (MARTINS, 2003, p. 629). Desta forma, o neoliberalismo absorveu contribuições da dita social-democracia e se revelou como hegemonia também através de governos que se diziam de esquerda (ANDERSON, 1995).

Dagnino (2004) faz uma importante conceituação de características adotadas pelo neoliberalismo numa “confluência perversa”. Dentre elas, uma diz respeito à cidadania, na qual reduz a ideia de coletividade para a individual, além de realizar uma conexão entre cidadania e mercado, ou seja, entre consumidor e produtor, no qual o Estado cada vez mais se isenta “de seu papel de garantidor de direitos, o mercado é oferecido como uma instância substituta para a cidadania” (DAGNINO, 2004, p. 156).

Diante do exposto, tem-se que o modelo neoliberal avançou para superar os déficits causados pelo modelo burocrático antes utilizado. Mais precisamente, em termos práticos, o neoliberalismo procurou fazer com que o Estado de bem-estar social se retraísse e assumisse um papel reduzido perante a sociedade, o de mero regulador. Ainda, evidenciou os direitos individuais em detrimento dos direitos sociais e conduziu os objetivos do Estado para o lado mercadológico procurando preservar o capitalismo global.

### 2.3. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL

A Administração Pública Brasileira passou por três reformas do aparelho do Estado, com três modelos básicos: a patrimonialista, a burocrática e a gerencial. Todas redefiniram o papel do Estado evoluindo ao longo do tempo, sucedendo-se nesta ordem.

Basicamente, na Administração Pública Patrimonialista o Estado é uma extensão do poder soberano, com seus auxiliares e servidores possuindo título de nobreza. Ainda, não há diferença entre a coisa pública (*res publica*) e a particular (*res principis*), havendo, então, corrupção e nepotismo. Já a Administração Pública Burocrática, que surgiu para superar a

patrimonialista, trouxe os controles administrativos com o intuito de evitar a corrupção e o nepotismo. Esses mesmos controles foram vistos como causadores da perda da noção de sua missão de ser (BRASIL, PDRAE, 1995).

Quanto à Administração Pública Gerencial, esta surge, como já descrito, no final da década de 1970 em função dos quatro fatores socioeconômicos que Abrucio (1997) destaca: crise econômica mundial; crise fiscal; inaptidão dos governos para resolver problemas; e globalização. Segundo o Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD, 1998), a Reforma Gerencial do Estado surgiu, então, para suprir a estrutura burocrática que já não acompanhava mais as mudanças desde o início da Terceira Revolução Industrial, procurando por eficiência, democratização do serviço público e flexibilização organizacional. O CLAD (1998) destaca que a reforma é uma modificação estrutural, e não somente uma mudança de formas de gestão.

Esse modelo de gestão pública sofreu grande influência de instituições internacionais que foram decisivas para o processo da reforma gerencial do aparelho do Estado. Entre essas instituições, estão aquelas contribuintes para o capitalismo contemporâneo: Banco Mundial (BIRD), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT). Dentro destes, o primeiro tinha como objetivo “financiar projetos de recuperação econômica dos países atingidos pela Segunda Guerra Mundial, fornecendo empréstimos, de longo prazo” (DASSO JÚNIOR, 2006, p. 77); e o segundo tinha como proposta regular o sistema monetário internacional a fim de realizar empréstimos aos países membros. Ademais, há que se destacar o acordo de *Bretton Woods* firmado em 1944 em *New Hampshire*, nos Estados Unidos, no qual se desenhava uma nova ordem econômica mundial que tinha como foco o livre comércio e a eliminação do protecionismo (DASSO JÚNIOR, 2006).

Mais tarde, em 1989, foi convocada uma conferência pelo Instituto de Economia Internacional em Washington, EUA. O resultado foi o manifesto chamado de Consenso de Washington, no qual se referia à crise latino-americana e abordava, dentre outros assuntos, o déficit fiscal, a reforma tributária, a abertura para o comércio internacional, a extinção de barreiras impeditivas ao investimento externo e as privatizações de estatais. Segundo Bresser Pereira (1991, p. 6), as causas dessa crise latino-americana eram basicamente duas:

- a) o excessivo crescimento do Estado, traduzido em protecionismo (o modelo de substituição de importações), excesso de regulação e empresas estatais ineficientes e em número excessivo; e b) o populismo econômico, definido pela incapacidade de controlar o déficit público e de manter sob controle as demandas salariais tanto do setor privado quanto do setor público.

Através de um documento elaborado pelo Conselho Científico do CLAD (1998), há a caracterização da Reforma Gerencial na América Latina, como descrito a seguir, e estão divididas em nove:

1. *Profissionalização da alta burocracia*: previsão de um núcleo estatal estratégico para a formulação, supervisão e regulação das políticas, sendo este núcleo formado por uma elite burocrática tecnicamente preparada. Além disso, é destacado que o “grau de profissionalização da Administração Pública não será o mesmo para todo o funcionalismo”, pois, através de uma tendência mundial, “a América Latina não pode adotar um padrão único de regime jurídico ou de contratação” (CLAD, 1998, p. 9). Isto é, a reforma gerencial dá a possibilidade de haver dois regimes de contratação, culminando em atividades públicas sendo exercidas por profissionais que não são servidores públicos (CLAD, 1998);
2. *Administração Pública transparente*: explica-se que essa característica é necessária para diminuir a politização da máquina governamental, buscando decisões mais transparentes. Tornar os administradores mais autônomos e responsabilizados perante a sociedade induz a Administração Pública a se constituir como um instrumento de defesa do patrimônio público (CLAD, 1998);
3. *Descentralização de serviços públicos*: aqui se busca a eficiência, a efetividade e o aumento de fiscalização e controle social da população, justificando ser um caminho essencial para a modernização gerencial. O CLAD ressalta que o Governo Central continua possuindo papel estratégico, mas enfatiza que as funções que podem ser realizadas por outros órgãos devem ser descentralizadas (CLAD, 1998);
4. *Desconcentração organizacional*: essa característica versa pela separação funcional das estruturas responsáveis pela formulação de políticas e as estruturas responsáveis pela execução dos serviços públicos, buscando o controle dos resultados obtidos por essas. Isso acontece nas atividades exclusivas do Estado, nas quais os órgãos centrais delegam a execução de funções para agências descentralizadas (CLAD, 1998);
5. *Controle de resultados*: baseia-se pelo controle de resultados e não no todo do processo. Faz-se, então, um controle *a posteriori* dos resultados, obrigando a Administração Pública a definir objetivos e metas. O CLAD relata que essa

forma de gestão faz com que as organizações aprendam com seus erros, modificando estratégias futuras. Essa correção de erros é conhecida como aprendizado organizacional, na qual é complementado com outros três mecanismos. O primeiro é um modelo contratual entre órgão central e agências descentralizadas, onde o contrato de gestão serve como um instrumento que permite o controle da eficiência, eficácia e efetividade. O segundo é a definição dos objetivos organizacionais, onde os funcionários passam a ter metas em função da missão organizacional. O terceiro mecanismo é transformar a Administração Pública para se basear em resultados, investindo em treinamento de pessoal para adotar uma avaliação de desempenho (CLAD, 1998);

6. *Novas formas de controle*: preocupam-se com a eficiência e a efetividade das políticas através de quatro tipos, os de resultados (através de indicadores de desempenho), os contábil de custos (preocupação com os gastos e com formas mais econômicas e eficientes), os por competição administrada (ou quase-mercado, onde se busca o melhor serviço público) e o controle social (através dos cidadãos). Além desses, há o controle judicial através de sua fiscalização (CLAD, 1998);
7. *Duas formas de unidades administrativas autônomas*: a primeira diz respeito àquelas que desenvolvem atividades exclusivas do Estado, tendo como foco a descentralização para alcançar a flexibilidade administrativa. A segunda forma é a que atua nos serviços sociais e científicos, mas passa a ter um papel regulador, definindo diretrizes, porém sendo executados por um setor público não estatal (CLAD, 1998);
8. *Cidadão-usuário*: aqui, os cidadãos devem participar da avaliação e da gestão de políticas públicas. Esse instrumento é tido como revolucionário, pois supera a burocracia estatal e consolida a democracia representativa introduzindo nova forma de participação (CLAD, 1998);
9. *Grau de responsabilização do servidor público*: a reforma gerencial induz que é necessário aumentar o grau de responsabilização por parte do servidor, para que se possa aumentar a transparência na prestação de contas, a eficiência, efetividade e a democratização, e, conseqüentemente, “aumentar a competitividade internacional dos países da América Latina”. Além disso, há a busca pela visão por parte dos servidores públicos de que os cidadãos devem

ser vistos como consumidores cujos direitos devem ser respeitados, sendo estes possíveis aliados na busca pela resolução de problemas (CLAD, 1998, p. 15).

Diante dessas características, deve-se levar em conta que a profissionalização somente da alta burocracia exclui a profissionalização do servidor comum, além de tornar o gerente mais capacitado, dando ênfase na nomenclatura que é dada para a reforma: gerencial.

Quanto à Administração Pública ser transparente, esse é o máximo de democracia aceita pelos planejadores da reforma, contudo, a participação é um elemento da democracia que não é vista dentre os ideais neoliberais, mas é descrita entre os elementos do Sistema Único de Saúde.

Quanto à descentralização, o que há de fato é a transferência de poder aos entes que irão assumir a prestação de serviços. Já a desconcentração acaba separando quem planeja e quem executa, apesar de ser imprescindível a relação direta entre planejamento e execução, pois quem está envolvido com um, deve estar envolvido com o outro.

Quanto ao controle de resultados, percebe-se a preocupação somente com a eficácia, sem controlar o processo como um todo, no qual daria um controle real do processo havendo chances de se ter eficiência e efetividade.

As novas formas de controle possuem dois pontos positivos: controle contábil e o controle social. Porém, cabe salientar que controle social difere em seu conceito de participação social, pois, apesar de importante para a democracia, o primeiro confere uma intervenção na dinâmica de ações públicas, somente; e o segundo é um conceito restrito, ultrapassando o simples debate, contemplando decisões e adotando um caráter vinculante (DASSO JÚNIOR, 2006). Ainda, participação social, segundo Bordenave (1983, p. 24), “compreende a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade”, ou seja, essas considerações e decisões são levadas em consideração e vinculadas à decisão final das políticas públicas. Isso diz respeito ao que os autores denominam de democracia representativa e democracia participativa, na qual possuem características diferentes, onde, basicamente, a representativa possui instrumentos indiretos, na qual a população toma conhecimento de decisões e possui certa oportunidade de expressar opiniões; e a participativa possui instrumentos que possibilitam o exercício do poder por parte da população, deliberando decisões (SARTORI, 1994).

Além disso, o controle de resultados, como já dito, não deveria ser só para verificar resultados. A competição administrada surge como algo descabido, uma vez que a prestação de serviços públicos deveria seguir um padrão de excelência, e não haver uma competição



entre os órgãos públicos, podendo ocorrer uma demanda acima da capacidade para aqueles que se sobressaíssem.

As duas formas de unidades administrativas autônomas referem-se à separação dos serviços exclusivos e dos não exclusivos, conseqüentemente, à possibilidade de separar os servidores públicos em estatais e celetistas, respectivamente.

Estranhamente, outra característica apresentada é a de chamar o cidadão de usuário, porém os únicos titulares de direitos são os próprios cidadãos, não sendo necessário o complemento “usuário”. Além destes, também há a responsabilização do servidor público, mas não há previsão de responsabilização para o tomador de decisão, o agente político e o gerente.

Ademais, percebe-se que há um alinhamento entre as características elencadas no documento do CLAD com o documento intitulado Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), criado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), aprovado em 1995 pela Câmara da Reforma do Estado e pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, utilizado como base para a reforma gerencial brasileira. Inclusive, o maior propulsor da reforma gerencial no Brasil foi o ex-ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, que ocupava o cargo de Presidente do Conselho Científico do CLAD. O CLAD, como disseminador dessa modelagem de Estado dentro da América Latina, sofreu influência com as mudanças que ocorriam dentro do Brasil, principalmente pela posição ocupada por Bresser Pereira.

Consta no PDRAE, resumidamente, os motivos das transições entre um modelo de Administração Pública e outro:

No plano administrativo, a Administração Pública burocrática surgiu no século passado conjuntamente com o Estado liberal, exatamente como uma forma de defender a coisa pública contra o patrimonialismo. Na medida, porém, que o Estado assumia a responsabilidade pela defesa dos direitos sociais e crescia em dimensão, foi-se percebendo que os custos dessa defesa podiam ser mais altos que os benefícios do controle. Por isso, neste século, as práticas burocráticas vêm sendo substituídas por um novo tipo de administração: a administração gerencial. (BRASIL, PDRAE, 1995, p. 14)

Diante de algumas mudanças, a descentralização tem grande importância, na qual Abrucio (1997) aponta dimensões relevantes como, por exemplo, a delegação de serviços através do novo modelo contratual que tem seu vínculo firmado diante dos contratos estabelecidos entre o setor público e o privado (além do voluntário/não lucrativo). Essa situação é justificada por possuir três pressupostos:

O primeiro é de que, numa situação de falta de recursos, como a atual, a melhor forma de aumentar a qualidade é introduzir relações contratuais de competição e de controle. O segundo, quase como consequência do primeiro, é de que a forma contratual evita a situação de monopólio. Por fim, o último pressuposto refere-se à maior possibilidade que os consumidores têm de controlar e avaliar o andamento dos serviços públicos a partir de um marco contratual. (ABRUCIO, 1997 p. 23)

Esses fatores foram transformando a Administração Pública e introduzindo uma lógica gerencial na gestão da coisa pública, “inspirando-se na administração de empresas” (BRASIL, PDRAE, 1995, p. 16), provocando a então reforma do aparelho do Estado e tornando conhecida a “Nova Gestão Pública” (*New Public Management*) ou a “Administração Gerencial”. Esta Nova Gestão Pública segue a ótica neoliberal justificada através de cinco conceitos fundamentais que, descreve Dasso Júnior, corroboram as críticas às características elencadas pelo CLAD apresentadas anteriormente (2006, p. 179):

a) a “lógica do privado” deve ser a referência a ser seguida; b) o mercado é quem deve formular políticas públicas; c) os serviços públicos devem abandonar as fórmulas burocráticas para assumir a modalidade da concorrência empresarial; d) o cidadão deve converter-se em cliente; e) a gestão deve ser apartada da política.

É diante desse contexto que reside o centro da reforma gerencial brasileira, haja vista Bresser Pereira (1991), como Ministro do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), defender que as reformas devem seguir a lógica de mercado tendo como base economias capitalistas, além de proporcionar uma melhora na organização e no sistema institucional-legal do Estado (BRASIL, PDRAE, 1995).

Contudo, a implementação da reforma de Estado enfrentou obstáculos, sendo necessário definir um modelo conceitual distinguindo segmentos da ação estatal em quatro setores: (1) *núcleo estratégico*: correspondente ao governo, sendo o setor no qual se toma as decisões estratégicas, incorporando as organizações de cúpula; (2) *atividades exclusivas*: setor que são prestados serviços de competência somente do Estado – poder de regulamentar, de fiscalizar, de fomentar. Aqui estão as autarquias, por exemplo; (3) *serviços não exclusivos*: refere-se ao setor no qual atuam organizações públicas não estatais em conjunto com o Estado, mas não possuem o poder de Estado propriamente dito, sendo elas as Organizações Sociais, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as Fundações Privadas, por exemplo; (4) *produção de bens e serviços para o mercado*: setor que as atividades são voltadas para o lucro, mas que ainda permanecem no aparelho do Estado, seja por falta de

capital, seja porque são atividades monopolistas. Nesse setor enquadram-se as Sociedades de Economia Mista, as Empresas Públicas, por exemplo (BRASIL, PDRAE, 1995).

Consta, ainda, no documento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), que atividades referentes à saúde enquadram-se no setor dos serviços não exclusivos, tendo em vista envolverem direitos humanos fundamentais. Além disso, os serviços não exclusivos têm como fundamental o critério de eficiência (qualidade e baixo custo dos serviços prestados aos cidadãos), entendido como característica necessariamente da Administração Pública Gerencial (BRASIL, PDRAE, 1995).

Igualmente, é importante falar em formas de propriedade, dentre as quais constam no PDRAE (1995) três formas: propriedade estatal, privada e pública não estatal. Esta última é constituída por instituições sem fins lucrativos, não sendo propriedade de ninguém e orientadas para atendimento do interesse público. O PDRAE (1995, p .43-44) orienta que, para o setor não exclusivo, a propriedade ideal seria esta pública não estatal, pois:

Torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo que favorece a parceria entre sociedade e Estado. As organizações nesse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado. Em compensação, seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior, em conjunto com a sociedade, na gestão da instituição.

Igualmente importantes são os objetivos e estratégias da reforma do aparelho do Estado que, apesar de Bresser Pereira propor no PDRAE (1995, p. 44) que este plano supere a “crise do Estado e o irrealismo da proposta neoliberal do Estado mínimo”, a reconstrução do Estado permanece na mesma linha de raciocínio do neoliberalismo, podendo esta ser confirmada através do primeiro objetivo pertencente aos serviços não exclusivos:

Transferir para o setor público não estatal esses serviços através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e, assim, ter direito a dotação orçamentária. (PDRAE, 1995, p. 46-47)

Pode-se observar que há uma previsão dos serviços prestados pelo setor não exclusivo – um deles sendo os serviços referentes à saúde – serem transferidos para entidades de direito privado, dentro dos quais deveriam ser garantidos diretamente pelo Estado. Contudo, a Nova Gestão Pública busca a eficiência diante dos serviços públicos mediante um Estado menos

intervencionista, ocasionando, assim, transferências de serviços estatais para outros tipos de gestões.

## 2.4. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 2

Entende-se aqui que a globalização disseminou mudanças sociais, culturais, mas, principalmente, políticas e econômicas. Porém, não foram modificações naturais, e sim através de discursos políticos facilmente espalhados através dos novos meios de comunicação.

Essa disseminação de informações levou adiante um novo modelo para o Estado, o do neoliberalismo/gerencial, o qual surgiu como contraponto ao governo intervencionista, buscando o aumento da eficiência e da flexibilidade diante dos serviços públicos prestados pelo Estado, proporcionando uma redução do papel desempenhado por este.

Logo, enquadrando-se neste molde, com o apoio de organizações internacionais, a Administração Pública Gerencial surge para suprir essas ditas necessidades, além das causas da crise latino-americana que foi desde o protecionismo e excesso de regulação até a falta de controle do déficit público.

Contudo, essa nova linha de gestão trouxe como realidade uma lógica mais voltada para a do setor privado, baseando-se no mercado, na eficiência, até mesmo na competitividade existente nesse meio, buscando lucro através de certos serviços públicos.

Residem nas características do gerencialismo algumas críticas existentes no campo, uma vez que estas priorizam gerentes a servidores; descentralização a união de órgãos de planejamento e execução; nomeia o cidadão de cidadão-usuário, sendo que todos são detentores de direitos sociais; prevê uma competição entre as instituições públicas, em vez de priorizar que todas tenham um padrão de excelência; além disso, o controle *a posteriori* prejudica o processo como um todo, pois não dá a oportunidade de correção ao longo do trajeto, deixando de existir de fato a eficiência e a efetividade, somente buscando a eficácia.

Por fim, a lógica do modelo de Estado apontada como solucionadora de diversos problemas enfrentados em vários países culmina em uma forte aproximação do setor público com o setor privado, descaracterizando muitos dos serviços públicos oferecidos para a sociedade.

### 3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Este capítulo demonstra como o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como uma inovação no país, procurando suprir o déficit na saúde pública, que era ofertada anteriormente somente para uma parcela da população, além de cumprir com uma previsão da Constituição Federal de 1988, na qual introduziu a saúde como um direito fundamental. Assim, o SUS é um modelo destinado à cobertura universal, sem distinção. Contudo, seu caminho é duramente deteriorado na medida em que a Reforma Gerencial proposta interfere no seu percurso. Um dos resultados é a criação da EBSEH, amplamente criticada pela comunidade universitária, área mais afetada com tal.

#### 3.1. SAÚDE: DIREITO FUNDAMENTAL OU SERVIÇO PÚBLICO?

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada no dia 10 de dezembro de 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), trouxe para os países-membros a saúde como um direito fundamental, elencada em seu artigo XXV, o qual relata que todo ser humano possui o direito a um padrão de vida que seja suficiente para garantir a sua saúde e o seu bem-estar, bem como o de sua família.

Este reconhecimento da saúde como direito fundamental pela ONU é de suma importância para o descrito no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, onde a Carta Magna traz como parte dos direitos sociais a saúde.

Contudo, faz-se necessário entender o que é um direito fundamental. Na Constituição Federal de 1988, o constituinte dividiu os “Direitos e Garantias Fundamentais” em cinco capítulos: direitos individuais e coletivos; direitos sociais; nacionalidade; direitos políticos e partidos políticos. A doutrina apresenta a classificação de direitos fundamentais como sendo de primeira, segunda e terceira geração, sendo que a primeira engloba os direitos civis e políticos; a segunda engloba os direitos econômicos, sociais e culturais; e a terceira geração engloba os direitos de solidariedade ou fraternidade (MORAES, 2017). E é na segunda geração que se encontra o direito à saúde que, resumidamente, faz alusão aos direitos de igualdade, segundo Ferreira Filho (1995 *apud* MORAES, 2017).

Diante do exposto, tem-se que os direitos fundamentais são de eficácia e aplicabilidade imediata, imprescritíveis, inalienável, irrenunciáveis, invioláveis, universais, efetivos, interdependentes, há complementariedade, além de serem relativos – há limitabilidade. Ainda não existe uma lista taxativa, podendo ser inseridos novos direitos, pois é um conjunto aberto, dinâmico e mutável no tempo (PAULO e ALEXANDRINO, 2017).

Ademais, após a inserção da saúde como direito fundamental na Constituição Federal de 1988, surge a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na qual discorre sobre a promoção, proteção e a recuperação da saúde. Em seu artigo 1º, esta lei prevê a regulação das ações e dos serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, ou seja, há a previsão da saúde como sendo um direito fundamental do ser humano e como dever do Estado, tendo este que garantir a mesma através de serviço público para a população.

Cabe aqui ressaltar que serviço público é, segundo Di Pietro (2017, p. 178), “toda atividade material que a lei atribui ao Estado para que a exerça diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer concretamente às necessidades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente público”. Carvalho Filho (2017, p. 235) possui a mesma linha de raciocínio, para ele serviço público é “toda atividade prestada pelo Estado ou por seus delegados, basicamente sob regime de direito público, com vistas à satisfação de necessidades essenciais e secundárias da coletividade”.

Contudo, os autores concordam que há uma dificuldade para definir serviço público e que há uma divisão entre um conceito amplo e um conceito restrito. Porém, existem elementos que são encontrados comumente nas diferentes definições: as atividades são de interesse coletivo (material), há presença do Estado (subjeto) e é um procedimento de direito público (formal). Além disso, os serviços podem ser delegáveis (a depender da natureza e do ordenamento jurídico) e indelegáveis (só podem ser prestados pelo Estado diretamente); administrativos e de utilidade pública; coletivos e singulares; sociais e econômicos (CARVALHO FILHO, 2017).

Pode-se citar também os princípios que regem o serviço público:

- *Generalidade*: esse princípio significa que o serviço público deve ser prestado visando à maior amplitude possível, além de ser prestado sem discriminação entre os cidadãos (CARVALHO FILHO, 2017);
- *Continuidade*: esse princípio faz alusão a não interrupção dos serviços, sendo disponibilizados de forma contínua para a sociedade (CARVALHO FILHO, 2017);

- *Eficiência*: aqui se preza pela execução do serviço da maneira mais proveitosa possível, para que haja o menor dispêndio. Além disso, deve considerar processos tecnológicos e de otimização das funções do serviço em questão para que possa alcançar a máxima eficiência (CARVALHO FILHO, 2017);
- *Modicidade*: significa que os serviços devem ser remunerados a preços baixos/módicos, ou, ainda, de forma gratuita. Segundo Ferreira (1985 *apud* CARVALHO FILHO, 2017):

[modicidade] traduz a noção de que o lucro, meta da atividade econômica capitalista, não é objetivo da função administrativa, devendo o eventual resultado econômico positivo decorrer da boa gestão dos serviços, sendo certo que alguns deles, por seu turno, têm de ser, por fatores diversos, essencialmente deficitários ou, até mesmo, gratuitos.

De grande importância também é a execução do serviço público no qual pode ser prestado direta ou indiretamente, ou seja, pode ser prestado pela Administração Pública direta através da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal; e pela Administração Pública Indireta por meios das autarquias, das fundações públicas, das sociedades de economia mista e das empresas públicas, sendo estas últimas entidades dotadas de personalidade jurídica própria (DI PIETRO, 2017).

Sendo a saúde disposta pela Constituição Federal de 1988 como sendo um direito fundamental de caráter social e de dever do Estado a garantia da mesma, entende-se que não existe direito social sem a prestação de serviço público, já que um serve para garantir o outro.

### 3.2. SAÚDE PÚBLICA: HISTÓRICO

O cuidado com a saúde existe há milhares de anos no mundo, contudo, os sistemas de saúde organizados em arranjos coletivos direcionados para toda a população, ou mesmo parte dela, existem há mais ou menos um século. Porém, os hospitais existiam já antes do século XIX, sendo geridos por organizações de caridade. Os sistemas de saúde compõem sistemas amplos de proteção social que acoplam a assistência social, a aposentadoria, a pensão e o seguro-desemprego, além, claro, das atividades para promover, restaurar e manter a saúde propriamente dita (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA; 2010).

Os primeiros sistemas reconhecidos permeiam entre a própria “família, a comunidade e as associações filantrópicas e religiosas” (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA; 2010, p. 18). Após, surgiram as intervenções advindas das associações de trabalhadores de mesma categoria profissional, bem como advindas do Estado por meio de leis (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA; 2010).

A primeira lei nacional ficou conhecida como a Lei dos Pobres, em meados do século XVI. Essa lei institucionalizou a solidariedade e criou um sistema que era pago por taxas administradas pelos municípios. Ainda, a lei oferecia as *workhouses* como forma de ajuda como moradias combinando com trabalho, cuidado e casa de correção. Contudo, essas *workhouses* obtinham intensas críticas consideradas com custo elevado e promovendo a pobreza, assim, surgiu a nova Lei dos Pobres em 1834, com o objetivo de sanar com a mendigação. Apesar de todas as críticas, essa lei durou muito tempo e se caracterizou como uma intervenção do Estado chamada de Assistência Social, na qual este protegia aqueles que não eram suficientemente capazes de se prover (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA; 2010).

A Lei dos Pobres teve seu fim somente nas primeiras décadas do século XX em decorrência das modificações causadas pela Revolução Industrial, haja vista que a industrialização e a urbanização levaram à deterioração das condições de vida, passando a saúde a ser tema importante diante da política. Assim, surgiu na Alemanha o primeiro sistema de proteção social, englobando aposentadoria, seguro-desemprego e assistência à saúde. Contudo, esse sistema era caracterizado por cobrir somente uma parte da população, a dos trabalhadores das fábricas, e, mais tarde, ampliado para outras categorias profissionais. Este era financiado pelos próprios empregados e empregadores mediante contribuições. Os países foram adotando ao longo do tempo, e, depois da Primeira Guerra Mundial, diversos países já tinham incorporado e criado sistemas como o seguro social. Esse tipo de intervenção estatal ficou conhecido, então, como Seguro Social, terminando com o caráter assistencialista da proteção social e passando a ser considerado meritocrático, na qual são merecedores aqueles que contribuem para o sistema (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA; 2010).

Esse tipo de sistema foi introduzido na América Latina na década de 1920, tendo em vista a necessidade de ajustes nas condições básicas de saúde dos trabalhadores. Em 1923, surgiu no Brasil as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) através da Lei Eloy Chaves, na qual visava garantir pensão em caso de acidente ou afastamento do trabalho, ou, ainda, uma futura aposentadoria. Em 1932, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em função das lutas e reivindicações dos trabalhadores tendo em vista os processos de industrialização e urbanização brasileiros (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009).



Ao longo das guerras, mostrou-se a necessidade dos serviços médicos em larga escala, dando visibilidade para sistemas de serviços integrados e coordenados. Após a Segunda Guerra Mundial, surgiu o Estado de Bem-Estar Social e a instituição da Seguridade Social, na qual tinha como foco a cidadania. Esta, ainda, possuía dois princípios básicos: a unidade (unificação de instâncias de gestão) e a cobertura a toda população. Assim, a saúde foi incorporada aos direitos de cidadania, voltando os serviços de saúde para sistemas públicos estatais ou regulados pelo Estado (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA; 2010).

No Brasil, em 1965, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) se unificaram e constituíram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no qual consolidou o “componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009, p. 32). Cerca de uma década depois, foram criados o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no qual atuava como prestador de assistência médica, provendo-se de compras de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009).

É em 1982 que surge o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), dando visibilidade à atenção primária e tornando a rede ambulatorial a “porta de entrada” para o sistema de saúde. O programa se constitui com os principais atributos reconhecidos no SUS hoje em dia:

Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009, p. 33)

Contudo, no Brasil, somente após o fim da ditadura militar, com a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, é que se consagrou o princípio da saúde como um direito universal e de dever do Estado. Em 1987, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), os quais davam indícios de outras diretrizes incorporadas

pela Constituição Federal no ano seguinte. Contudo, é aqui que o Governo Federal inicia os repasses de recursos para os estados e municípios, tendo em vista os movimentos de descentralização presentes no SUS hoje (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009).

Logo em seguida, em 1988, foi aprovada a chamada Constituição Cidadã, na qual trouxe a saúde como um direito social, dentro dos direitos fundamentais dos cidadãos, sendo dever do Estado garantir a mesma mediante políticas sociais e econômicas, oferecendo acesso universal e igualitário.

### 3.3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu artigo 25º, prevê que toda pessoa possui o “direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar [...]”, ou seja, tem-se que o direito à saúde não é dissociável do direito à vida (SOUZA, 2016), tornando-se um direito fundamental e garantido aos cidadãos. Acontecem anos após a declaração da ONU reivindicações de movimentos sociais, através da reforma sanitária, pela busca de um sistema único e universal. Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, inserida em um contexto de abertura democrática, surge o que é visto na Constituição Federal de 1988.

É nesse sentido que a Carta Magna introduziu a saúde como um direito social e de acesso universal, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada, formando, então, um sistema único. Posteriormente, o direito fundamental da saúde foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 1990. Essa lei regula as “condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, Lei nº 8.080/1990, preâmbulo). Tem-se que o Estado deve prover as condições que são consideradas indispensáveis para o pleno exercício da saúde, e que este baseia-se na:

Formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, Lei nº 8.080/1990, art. 2º, §1º)

Através dessa mesma legislação, é regulamentado no país o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se constitui como um conjunto de ações e serviços de saúde que podem ser

prestados por órgãos e instituições públicas, sejam elas ligadas à Administração direta ou indireta. O SUS possui objetivos que o norteia, são eles:

- 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 8.080/1990, art. 5º)

Constam na Constituição Federal de 1988 as principais atribuições do SUS:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, CF/1988, art. 200)

Ademais, os recursos financeiros do SUS são advindos da seguridade social de acordo com suas finalidades previstas em proposta elaborada pelo governo federal, além de outras fontes de recursos que envolvem alienações patrimoniais, rendas eventuais (comerciais e industriais), taxas, multas arrecadadas no âmbito do SUS, entre outros (BRASIL, Lei nº 8.080/1990). Cabe salientar, também, que a descentralização de responsabilidades da União para os Municípios é proposta na Constituição Federal de 1988 e regularizada pela Lei nº 8.080/1990, na qual reforça a autonomia dos municípios, cabendo à União e aos estados prover a cooperação técnica e financeira (OLIVEIRA et al., 2008). E, ainda, há o reconhecimento, na legislação do SUS, dos Conselhos de Saúde representando os governos estaduais e municipais, sendo eles o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), respectivamente.

Além disso, o Sistema Único de Saúde possui diretrizes e princípios norteadores doutrinários, dispostos na Lei nº 8.080/1990, art. 7º:

- 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;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

A partir desses princípios, existem os chamados norteadores (universalidade, integralidade e a equidade) e os organizativos (regionalização e hierarquização, descentralização e a participação social). Esses princípios são importantes para definir o rumo do SUS no Brasil e conceituá-los auxiliará nesse processo:

#### **a) Universalidade**

É o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e para todos os cidadãos com a garantia de prestação destes pelo Estado. Esse acesso pode se dar de forma imediata ou não, porém é a possibilidade de acesso a todos que dele necessitem (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

Este princípio infere que todo cidadão é detentor do direito à saúde, mas principalmente do acesso a ele, tendo em vista não haver discriminação de renda para tal,

sendo, então, responsabilidade do Estado garantir o meio para que se tenha o serviço público de saúde de forma satisfatória para a sociedade.

#### **b) Integralidade**

Esse princípio procura considerar as necessidades como um todo, tendo também articulação e continuidade da saúde com políticas públicas que interferem direta e indiretamente na área, sendo eles preventivos e curativos, individuais e coletivos, a depender de cada caso (BRASIL, Lei nº 8.080/1990, art. 7º, II).

Aqui, reside um dos fatores mais importantes do SUS, pois é através deste princípio que se busca a qualidade através do diálogo e das especificidades de cada paciente, buscando resoluções para diversas necessidades e complexidades. Ainda, tem-se que os serviços e ações realizadas para grupos específicos auxiliam na execução desse princípio, somando para que o serviço público busque a humanização que o SUS prega (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

#### **c) Equidade**

Aqui, visa-se diminuir desigualdades, tratando os desiguais na medida de suas desigualdades, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, Lei nº 8.080/1990, art. 7º, IV), ou seja, a desigualdade positiva auxilia nessa questão. Isso se dá em função das disparidades sociais, regionais e econômicas existentes no Brasil e, como meio de amenizar, as políticas públicas para a saúde devem adotar medidas estratégicas que combatam esses desníveis sociais (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

#### **d) Regionalização e Hierarquização**

Esses princípios dizem respeito à organização do SUS em diferentes níveis de atenção da rede, das ações e dos serviços de saúde, buscando garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

Segundo Oliveira (2014), a hierarquização tem relação com o nível de complexidade tecnológica, na qual se encontram o nível primário – que necessita de baixa complexidade – e demais níveis a depender da necessidade que o paciente possui, perpassando pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e especialistas. Já quanto à regionalização, esta determina a organização da hierarquização, pois, uma vez que há os níveis de alta, média e baixa complexidade, os serviços são divididos por regiões geográficas em função da demanda de cobertura para os níveis. Essas divisões e coberturas buscam oferecer o serviço público de

saúde para a população de acordo com as necessidades de determinadas regiões, por exemplo, o nível de baixa complexidade normalmente possui mais demanda, então, são distribuídas mais UBS ao longo do território. Assim acontece com os hospitais e serviços especializados dentro do SUS.

#### **e) Descentralização**

O princípio da descentralização na saúde considera as três esferas: federal, estadual e municipal. Essa divisão é importante, pois o repasse de recursos se dá para a esfera mais focal, ou seja, os recursos são repassados até a esfera municipal para que este aplique e decida a sua real necessidade, de acordo com a realidade daquela região, tornando esses recursos o mais efetivo possível (OLIVEIRA, 2014). Importante salientar que a descentralização é a distribuição não só de recursos, mas também de poder político e de responsabilidades.

Oliveira (2014) destaca uma diferenciação importante entre descentralização e desconcentração, uma vez que aquela diz respeito a uma efetiva distribuição de poder, residindo no município o poder decisório; já a desconcentração é ilusória, haja vista a tomada de decisão continuar sendo de responsabilidade da esfera federal.

#### **f) Participação Social**

Esse princípio revela um lado democrático do SUS, porém é complexo e está regulamentado através da Lei nº 8.142/1990, onde estão dispostas as instâncias colegiadas permanentes de Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Essa participação social também é vista como referência de controle social, ou seja, controle da sociedade em relação aos serviços e políticas públicas disponibilizadas pelo Estado.

Um dos exemplos mais atuantes no Sistema Único de Saúde é o Conselho Nacional de Saúde<sup>1</sup>, uma instância colegiada, deliberativa e permanente integrante do Ministério da Saúde, composta por 48 conselheiros representantes dos usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde. Além desses, há participação de movimentos sociais, instituições governamentais e não governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e entidades empresariais da área da saúde (CNS, 2019).

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/index.php/apresentacao-cns>>. Acesso em 29 de maio de 2019.

Os princípios apresentados são de suma importância para o desenvolvimento do SUS nos anos que sucedem sua criação. É previsto o acolhimento dos cidadãos diante do oferecimento da prestação de serviços de saúde integral, igualitária e universal, além de possibilitar aos cidadãos que participem da formulação de políticas públicas, bem como realizando um controle social frente à execução das mesmas. Também está prevista a descentralização para os municípios, bem como a hierarquização e a regionalização dos níveis de atenção à saúde.

Ademais, em 1991, para reforçar a gestão colegiada do SUS, foi criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde, bem como Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), nas quais acompanharam a implantação e operacionalização do sistema único (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009).

Os autores Reis, Araújo e Cecílio (2009) destacam que a Norma Operacional Básica – NOB-SUS, de 1993, teve sua importância no que tange ao princípio de municipalização, obtendo níveis de gestão local e consagrando a descentralização político-administrativa no campo da saúde. Mas é a edição da NOB de 1996 que acelerou a descentralização dos recursos federais buscando a autonomia de gestão, fortalecendo as instâncias colegiadas e realizando as transferências diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde. Contudo, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), de 2002, a municipalização foi substituída pela regionalização, haja vista ter sido considerada insuficiente no que tange à prestação dos serviços.

O SUS possui um caráter inovador quando consideradas suas propostas e princípios, corroborando para mudanças nas formas de direcionar, pensar e realizar a assistência à saúde dentro do país. Desde sua implantação, o sistema demonstra avanços diante da saúde da população brasileira, porém também vivencia dificuldades internas e externas ao sistema, presenciadas pela sociedade e pelos profissionais vinculados ao mesmo (OLIVEIRA et al., 2008).

Dentro desse cenário de mudanças, a reforma gerencial proposta pelo PDRAE (1995) influenciou fortemente o campo da saúde, principalmente quanto à redistribuição de serviços públicos e aos recursos federais repassados.

### 3.4. REFORMA GERENCIAL NA SAÚDE

O projeto neoliberal avançou em todos os campos públicos, inclusive no da saúde, e a reforma sanitária que se discutia passou a movimentar uma intervenção da área econômica na gestão do Ministério da Saúde. Essa situação levou à falta de recursos financeiros, e, agravada pelo descompromisso do governo com a área, o neoliberalismo se consolidou provocando uma crise no Sistema Único de Saúde do país (CHIORO; SCAFF, 1999).

Chioro e Scaff (1999) salientam que o Brasil é um dos países que possuem um dos menores gastos *per capita* com saúde, contribuindo fortemente para o agravamento da crise que se instaurou. Além do governo federal, os governos estaduais possuem uma parcela de culpa, tendo em vista sua baixíssima contribuição para a área da saúde, sendo, então, transferidas as contas para responsabilidade dos municípios.

Esta situação provoca uma discussão – muitas vezes proposital – sobre a possível transferência da gestão em saúde para terceiros, seja ela por privatizações, concessões ou parcerias, sobretudo, a transferência de serviços públicos de responsabilidade do Estado para terceiros que tenham como objetivo fins lucrativos através de seu objeto de trabalho.

Para Chioro e Scaff (1999), do ponto de vista ideológico, a Administração Gerencial argumenta que a crise é ocasionada pelo corporativismo e pela ineficiência do Estado, dando razão para a progressiva ascensão do capitalismo através de um Estado cada vez “mais mínimo” e regulado pelas regras de mercado.

Como já mencionado, as NOB-93 e 96 deram ênfase à descentralização dos serviços públicos de saúde para os municípios, na qual tinham o intuito de controlar a oferta através da demanda. O objetivo propunha que os municípios, em conjunto com os Conselhos Municipais de Saúde, definissem um sistema como “porta de entrada” para que os pacientes não fossem internados diretamente em hospitais, exceto aqueles oriundos da própria emergência (BRASIL, MARE, 1998).

O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, através do então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, redigiu cadernos referentes às reformas de Estado advindas do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). O caderno referente à Reforma Administrativa do Sistema de Saúde (1998) traz a descentralização (já iniciada através da NOB-93 e 96 na época) como uma das propostas de reforma, porém afirma que as mudanças deveriam continuar no sentido de conferir “maior grau de resolubilidade, de integralidade das ações e de qualidade. Ao mesmo tempo, as reformas devem proporcionar



solução para os graves problemas de financiamento, promover o uso mais racional dos recursos disponíveis e evitar fraudes” (BRASIL, MARE, 1998, p. 10). Além disso, a reforma gerencial no sistema de saúde propunha um melhor atendimento aos cidadãos buscando maior controle, na medida em que garantisse os menores custos diante dos serviços pagos pelo Estado (BRASIL, MARE, 1998).

Existem três estratégias dispostas para que a reforma administrativa do sistema de saúde possa alcançar maior controle: (1) a descentralização; (2) a construção de um Sistema de Atendimento de Saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar; (3) a formulação de um sistema de informações, na qual possa controlar despesas, gerar indicadores, avaliar a qualidade e mensurar os resultados (BRASIL, MARE, 1998). Ou seja, basicamente o intuito da reforma gerencial no campo da saúde é o de descentralizar ao máximo para haver mais possibilidades de controle dos serviços de saúde.

Diante desse cenário, Bresser Pereira dispõe no documento em questão que, por intermédio do Ministério da Saúde e com apoio do MARE, a proposta baseia-se na área de compra ou demanda de serviços hospitalares e ambulatoriais, áreas tidas como as mais caras do SUS.

Assim, detalhadamente, as três ideias básicas da reforma estão voltadas, primeiramente, para a descentralização do processo decisivo em conjunto com a cultura diante dos cidadãos para que possam atribuir responsabilidades aos Governadores, Prefeitos e Conselhos Municipais de Saúde (BRASIL, MARE, 1998, p. 15).

Em segundo lugar, há previsão de os Sistemas de Atendimento de Saúde (integrado, hierarquizado e regionalizado) contarem com os dois subsistemas citados separados com muita clareza, tendo em vista o controle entre eles e do “surgimento de um mecanismo de competição administrada entre os supridores de serviços de saúde” (BRASIL, MARE, 1998, p. 15).

Em terceiro lugar, o Sistema de Informações Gerenciais em Saúde visava disponibilizar relatórios referentes ao uso de verbas, a dados epidemiológicos e de desempenho dos serviços de saúde, produzindo indicadores de custos, de demanda atendida e de resultados (BRASIL, MARE, 1998).

Diante da conclusão dessas ideias, Bresser Pereira enfatiza os traços do modelo neoliberal impulsionado por ele através da Reforma do Aparelho do Estado, conhecida como Administração Gerencial. Isso fica claro quando o mesmo justifica que as três estratégias de

gestão e de controle se alinham “com as mais modernas tendências de gestão do Estado” (BRASIL, MARE, 1998, p. 21).

Cabe salientar que, nesse processo de mudança para a Administração Pública Gerencial, os quatro setores descritos no Plano Diretor para a Reforma do Aparelho do Estado são de suma importância quando suas classificações englobam o setor da saúde, pois a mesma deixou de ser executada pelo setor de atividades exclusivas e passou a ser prestada pelos setores de serviços não exclusivos e de produção de bens e serviços para o mercado. Isso se dá através da modelagem de instituição escolhida para a execução dos serviços de saúde, como explicado no capítulo a seguir.

Quanto à Reforma da Saúde propriamente dita, esta diz respeito à municipalização da saúde pública, tendo em vista o fortalecimento do sistema de atendimento básico municipal, passando a ser a “porta de entrada” obrigatória da rede hospitalar, além da transferência para os municípios da gestão dos serviços hospitalares e de ambulatórios especializados. Contudo, para que isso seja realizado, são expostos dois pressupostos: (1) a oferta de leitos hospitalares é maior que a demanda; (2) o controle municipal de fornecedores dos serviços de saúde é mais efetivo do que o federal (BRASIL, MARE, 1998).

Bresser Pereira (BRASIL, MARE, 1998, p. 13) explica que o novo pressuposto, em decorrência da, então, nova forma de gestão, é “concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses serviços ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado”. Ainda, refere-se à oferta dos serviços por parte dos hospitais universitários e daqueles de maior complexidade que continuará com o apoio do Estado. Entretanto, “os hospitais e ambulatórios deverão, em princípio, serem organizações públicas não estatais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS” (BRASIL, MARE, 1998).

Em suma, a ideia de gestão para a saúde implantada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, com a noção baseada no neoliberalismo e difundida pela globalização, busca o controle dos gastos, a descentralização e a transformação de hospitais estatais em organizações públicas não estatais para que sejam capazes de se tornar competitivas, buscando cada vez mais as ideias utilizadas no setor privado.

### 3.5. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 3

Diante do exposto, tem-se que a saúde tanto é um direito fundamental previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos e disposto na Constituição Federal de 1988 quanto é um serviço público que deve ser prestado pelo Estado. Entende-se que, para garantir a execução da saúde como direito fundamental de caráter social, é necessário que haja disponibilidade da saúde como serviço público para que aquele possa se cumprir.

Como previsto na Constituição Federal de 1988 e depois consolidado através da Lei nº 8.080/1990, a saúde pública deve ser executada de forma gratuita através do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo seus princípios pautados na universalidade, na equidade e na integralidade.

Contudo, tem-se que o modelo de Estado adotado não contribuiu com o setor da saúde de forma satisfatória, corroborando para que o SUS enfrentasse crises em sua estrutura, passando uma imagem de ineficiente. Contudo, é neste cenário que a Reforma Gerencial se fortalece, demonstrando que a busca por maior controle e por menores custos na oferta dos serviços de saúde através da descentralização oferece uma solução plausível para a mesma. Ademais, tomando o Estado um papel somente de regulador e de fiscalizador com este tipo de gestão, indo contra o perfil de Estado executor do serviço público como prevê a Carta Magna, torna-se explicável a transferência da saúde antes como atividade exclusiva do Estado para atividades não exclusivas – no caso das OSs, OSCIPs – e como produção de bens e serviços para o mercado – no caso das empresas públicas e sociedades de economia mista.

## 4. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH

Este capítulo tem como premissa descrever a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) traçando seu histórico desde a constituição dos Hospitais Universitários até sua criação diante do contexto da Administração Pública Gerencial, com o intuito de gerir os Hospitais Universitários Federais (HUFs), tendo em vista as medidas adotadas para a reestruturação dos mesmos, garantindo uma recuperação física, tecnológica e de recursos humanos, na medida dos ideais do atual modelo de Estado.

### 4.1. HISTÓRICO

Os hospitais surgiram em meados do século IV, quando foram reconhecidos como instituição cuidadora dos enfermos. Contudo, os hospitais passaram por mudanças organizacionais e conceituais. Uma delas foi a obrigatoriedade de haver um vínculo destes às escolas médicas através do relatório Flexner, de 1910, elaborado por Abraham Flexner. Aqui, surgem os chamados hospitais de ensino ou Hospitais Universitários (HUs) – quando vinculados a uma universidade (ARAÚJO; LETA, 2014).

Quanto às mudanças, estas se basearam também referentes ao conhecimento médico em si. Araújo e Leta (2014) sintetizam alguns marcos históricos dos hospitais:

**Quadro 1 - Marcos Históricos 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: ARAÚJO; LETA, 2014, p. 1263.

A partir do quadro 1, pode-se perceber que houve uma mudança de papel dos hospitais. Somente em meados do século XVIII que os hospitais passaram a ser reconhecidos como uma instituição com potencial terapêutico. É apenas quando essa nova visão surgiu que houve uma mudança de paradigmas quanto às intervenções médicas, além de modificar as regras para o espaço hospitalar. Surge aqui, também, o papel do médico dentro dos hospitais, inexistente até o século XVIII, encontrado somente em consultas privadas. Através desse novo cenário, surge o papel de ensino para os hospitais. Os hospitais passaram a ser vistos com uma grande sala de aula prática, tornando os médicos os profissionais capazes de ensinar. A ideia de hospital médico se espalhou, aproximando-se cada vez mais das escolas médicas (ARAÚJO; LETA, 2014).

Foi a partir desse contexto que o Relatório Flexner (1910) modificou a situação, tendo em vista a exposição de problemas relacionados ao ensino nos Estados Unidos e no Canadá. O relatório dispôs de algumas recomendações entre mudanças de estruturas, como a construção de hospitais próprios e a integração da pesquisa às missões tradicionais de ensino e assistência (ARAÚJO; LETA, 2014).

Essa nova concepção de hospital tendo vínculo com as escolas médicas e a nova – bem como as tradicionais – missão se difundiu pelo mundo. Depois do século XX, os hospitais e a própria medicina passaram ser mais especializados com a introdução de tecnologias mais complexas. Com a Declaração de Alma Ata, introduzindo a saúde como um direito de todos, este campo passou a ser mais interdisciplinar, buscando a integração de diferentes profissionais (ARAÚJO; LETA, 2014).

No Brasil, o primeiro hospital-escola foi o Hospital São Vicente de Paulo, em Belo Horizonte, Minas Gerais, fundado em 1928. Então, a partir da segunda metade do século XX, diversos outros hospitais-escola foram criados e vinculados às universidades. Dessa forma, tem-se que os Hospitais Universitários são:

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

Segundo o sítio eletrônico da EBSEH, atualmente são cinquenta Hospitais Universitários Federais no Brasil, vinculados a 35 universidades federais. Contudo, a situação financeira – agravada pela redução de repasse de verbas do MEC –, bem como o número elevado de greves de servidores e docentes, trouxeram uma crise significativa para os HUFs

(SOUZA, 2016). E é a partir desse cenário que foi criado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), instituído através do Decreto nº 7.082/2010, no período do governo federal de Lula. O programa tinha como finalidade regular o financiamento compartilhado dos HUFs entre as áreas de educação e saúde, bem como o regime de pactuação global entre esses, além disso, destinava-se à reestruturação e à revitalização desses HUFs (BRASIL, Decreto nº 7.082/2010).

As diretrizes que orientam o REHUF são:

Art. 3º O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos Hospitais Universitários Federais:

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

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. (BRASIL, Decreto nº 7.082/2010, art. 3º)

Os recursos destinados à reestruturação e à revitalização dos Hospitais Universitários Federais são distribuídos mediante acompanhamento dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde, bem como a partir de um estreitamento de relação entre estes e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), além dos demais gestores do SUS. Contudo, apesar das fontes de financiamento e gestão, havia falta de recursos humanos, o que gerou a contratação de terceirizados por parte das universidades através de fundações de apoio (GOMES, 2016).

É nesse cenário que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) surge também oriunda das medidas tomadas pelo Governo Federal em prol da reestruturação dos HUFs. Segundo Gomes (2016), ela foi criada com o intuito de ser responsável e modernizar a gestão desses Hospitais Universitários, bem como preservar e reforçar o papel estratégico dos mesmos.

O trajeto percorrido para a criação da EBSERH é um tanto conturbado. Primeiramente, foi encaminhada ao Congresso e aprovada a Medida Provisória nº 520, com data de 31 de dezembro de 2010, um dos últimos atos do governo de Lula, na qual criava a EBSERH sob a forma de sociedade anônima com capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralizado sob propriedade da União. Esta MP foi resultado da

determinação do Acórdão nº 1.520/2006 do Tribunal de Contas da União, na qual solicitava a regularização da força de trabalho dos hospitais universitários. Houve intensa mobilização universitária e a MP nº 520 não foi aprovada em função de decurso de prazo, passando somente pelo Senado Federal.

Entretanto, em julho de 2011, foi editado o Projeto de Lei nº 1.749, solicitando a criação da EBSEH. Através da Exposição de Motivos Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, os então Ministros do MPOG e da Educação justificaram o PL como uma nova modelagem jurídico-institucional diante das atividades e dos serviços públicos de responsabilidade dos Hospitais Universitários Federais propondo “um modelo de gestão mais ágil, eficiente e compatível com as competências executivas desses hospitais” (EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, 2). Os ministros também argumentam que:

A dupla finalidade pública - de assistência direta à população e de apoio ao ensino e à pesquisa das universidades – os diferenciam dos demais hospitais públicos e concede maior complexidade à sua gestão, que exige um nível de agilidade, flexibilidade e dinamismo incompatíveis com as limitações impostas pelo regime jurídico de direito público próprio da administração direta e das autarquias, especialmente no que se refere à contratação e à gestão da força de trabalho. (EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, 4)

Após a análise do Projeto de Lei, diante de alguns vetos, resultou na Lei nº 12.550/2011, que prevê a EBSEH como uma empresa pública unipessoal, pessoa jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União. Ainda, há previsão do respeito ao princípio da autonomia universitária, que não constava na MP. A EBSEH pertence à administração indireta e está vinculada ao Ministério da Educação com autonomia administrativa e financeira, assim como os hospitais que serviram como referência para a forma de organização da mesma.

Após a autorização por lei, foi submetida uma Ação Direta de Inconstitucionalidade em 2013, pelo então procurador-geral da República, Roberto Gurgel, no Supremo Tribunal Federal (STF), com pedido de medida cautelar contra a EBSEH, tendo em vista que a Lei nº 12.550/2011 viola, segundo a ADI nº 4.895/2013, os artigos 37, II e XIX; 39; 173, §1º; 198 e 207 da Constituição Federal de 1988. Esta ADI justifica que não há lei complementar federal que defina as áreas de atuação das empresas públicas, bem como por ser prestadora de serviço público de assistência à saúde pertencendo ao Sistema Único de Saúde, sendo este o dever do Poder Público, então a empresa deveria possuir natureza jurídica de direito público, culminando também em problemas quanto às previsões de contratação de servidores através

da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e de contratos temporários. Contudo, não há nenhuma definição quanto a essa ADI.

#### 4.2. NATUREZA JURÍDICA

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi constituída através de sua lei de criação, Lei nº 12.550/2011, como uma empresa pública de direito privado. A Lei nº 13.303/2016, que dispõe sobre o estatuto jurídico das empresas públicas, bem como da sociedade de economia mista e suas subsidiárias, em seu artigo 3º conceitua a empresa pública como sendo uma entidade de personalidade jurídica de direito privado, dependendo somente de autorização pela legislação, e de capital social integralmente detido pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Segundo Carvalho Filho (2017), a personalidade jurídica de direito privado das empresas públicas foi inspirada pelo Estado tendo em vista que os órgãos estatais possuem diversos controles causando lentidão nas atividades, já o direito privado possui maior versatilidade para as atividades econômicas.

Ademais, tem-se que o objeto das empresas públicas reside na exploração de atividade econômica (BRASIL, Decreto-lei nº 200/1967, art. 5º, II). A Constituição Federal de 1988 também cita a exploração de atividade econômica, mas caracteriza como sendo de “produção ou comercialização de bens ou de prestação de serviços” (BRASIL, CF/1988, art. 173, § 1º). Por haver críticas a essas finalidades, a doutrina descreve que o Estado também pode autorizar essas empresas para a prestação de serviços públicos, porém, a legislação não aponta claramente essa hipótese (CARVALHO FILHO, 2017).

Diante do exposto, cabe salientar os motivos expostos pelos ex-ministros que enviaram a EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC com a escolha da natureza jurídica da EBSEH, justificando que o formato de empresa pública possibilita, segundo eles, um modelo de gestão administrativa, orçamentária e financeira com instrumentos mais eficazes e transparentes. Além disso, esse formato jurídico tem o intuito de buscar o resgate da autonomia das universidades federais, pois os ex-ministros justificam que há prejuízo causado pela insegurança jurídica diante de “intervenções recorrentes de órgãos de controle externo” (BRASIL, EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, 10).



Contudo, percebe-se que o formato jurídico escolhido para a EBSEH afasta-se da lógica do SUS, uma vez que se aproxima da lógica do setor privado como justificado na ADI nº 4.895/2013, onde se argumenta que não poderia se enquadrar em uma natureza jurídica diferente da pública, haja vista causar violação ao artigo 37 da Constituição Federal de 1988. Além disso, diante da separação de setores apresentada no PDRAE, a gerência da saúde saiu das atividades exclusivas, na qual era mantida pelas Universidades Federais, ou seja, as autarquias, e passou a ser gerida, nesse caso, por uma empresa pública, na qual se encontra no setor de produção de bens e serviços para o mercado. Há uma discussão sobre pertencer de fato a esse setor, uma vez que o próprio Plano Diretor possui a previsão de que a saúde seria prestada pelo setor de atividades não exclusivas, porém, quando comparados o conceito de empresa pública e a descrição do setor de produção de bens e serviços para o mercado, percebe-se o real enquadramento da EBSEH.

#### 4.3. FINALIDADES/COMPETÊNCIAS

A EBSEH abarca duas áreas complexas consideradas desafios dentro do país: a educação e a saúde. Para atender essa demanda, suas competências estão definidas através da sua lei de criação, Lei nº 12.550/2011, em seu artigo 4º. No inciso I, está prevista a gestão das unidades hospitalares, além da previsão da prestação de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico para a comunidade amparada pelo Sistema Único de Saúde.

O inciso II diz respeito às instituições federais de ensino superior e as que prestam “serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública” (BRASIL, Lei nº 12.550/2011, art. 4º, II).

Outra competência constante na legislação é a de cooperação no campo de ensino e pesquisa para a saúde pública em regiões estratégicas para o SUS, bem como apoio às pesquisas básicas e clínicas.

Além destas, o inciso V descreve o apoio na gestão dos hospitais universitários e instituições congêneres com gestão única através de geração de indicadores quantitativos e qualitativos com o intuito de estabelecer metas.

Para que essas finalidades sejam realizadas, a EBSEH deve planejar, implantar, coordenar, monitorar, avaliar e criar condições para que a autoadministração melhore

continuamente e, conseqüentemente, a prestação de serviços de atenção à saúde, bem como o ensino dentro dos hospitais universitários (EBSERH, Regimento Interno, art. 2º).

Essas competências descritas visam qualificar a assistência à saúde que era de gestão das Instituições Federais de Ensino Superior e, então, buscar a reestruturação física e tecnológica dos Hospitais Universitários Federais.

#### 4.4. RECURSOS HUMANOS

A Lei de criação da EBSERH trouxe a empresa como sendo pública de direito privado, ao passo que isso desdobra em contratar recursos humanos sob o regime celetista, aquele que é regido pela Consolidação das Leis de Trabalho, ou seja, através de contrato trabalhista, enquanto os recursos humanos que já trabalhavam nos hospitais universitários foram contratados através do regime estatutário, disposto na Lei nº 8.112/1990. Existem vantagens e desvantagens entre esses dois regimes.

A EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC previa que um dos motivos para essa escolha era evitar a descontinuidade do serviço e, assim, contratar de forma temporária funcionários celetistas através de análise de Curriculum Vitae – da mesma forma que ocorrem as contratações no setor privado. Além disso, apesar da forma de contratação emergencial prevista, a EBSERH deve contratar através de concurso público sob regime celetista o que os ex-ministros relatam ser de suma importância para o projeto que se propôs, na qual se previa autonomia e flexibilidade na prestação dos serviços hospitalares desempenhados por essa.

A Lei nº 12.550/2011, em seu artigo 7º, dispõe que os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou congênere poderão ser cedidos para a EBSERH para realizar atividades de assistência à saúde, bem como administrativas, mantendo as equipes que já atuavam nessas instituições, conforme consta na exposição de motivos. Contudo, manter as equipes das instituições federais somando-se aos novos contratados da empresa causa o encontro de dois regimes trabalhistas dentro de um mesmo local de trabalho e realizando as mesmas tarefas.

Essa questão foi uma das que embasaram a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895/2013, onde o então Procurador-Geral Roberto Gurgel argumenta que há um contraponto no que se refere a ADI nº 2.135, na qual tornou sem eficácia o art. 39 da Constituição Federal, onde foi alterada sua redação anteriormente pela EC nº 19/1998, autorizando o fim do regime

jurídico único na administração direta, autárquica e fundacional, permitindo que houvesse contratações pelo regime da CLT. Ou seja, sendo a ADI deferida pelo Supremo Tribunal Federal, voltou a vigorar o regime jurídico único, violando, então, a Carta Magna.

#### 4.5. RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros disponíveis para a EBSEH estão regulamentados no artigo 8º da Lei nº 12.550/2011. Segundo a EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, o formato escolhido, o de empresa pública, facilita o controle de gastos proporcionando uma melhor gestão orçamentária e financeira.

Os recursos são oriundos de dotações do orçamento da União; de receitas decorrentes oriundas da prestação de serviços de saúde pública, uma vez que seu objeto se baseia nisso; proveniente de bens e direitos alienados, bem como de direitos patrimoniais; origina-se também de acordos e convênios que são autorizados a realizar com outras entidades. A EBSEH pode receber doações e outros recursos de pessoas físicas e jurídicas, além de rendas originárias de outras fontes (BRASIL, Lei nº 12.550/2011, art. 8º).

Como já descrito anteriormente, a partir da forma de instituição escolhida para a empresa, esta pode gerar lucro independente do seu objeto social, e está previsto em sua legislação que o mesmo será reinvestido em sua área de atuação, exceto parcelas reservadas para contingência e reserva legal (BRASIL, Lei nº 12.550/2011, art. 8º, parágrafo único).

Cabe salientar que a EBSEH, sendo uma empresa pública e tendo capacidade de gerar lucro, atua para prestar serviços públicos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde, na qual possui uma de suas características versadas na gratuidade, com recursos 100% públicos, contrapondo uma das previsões legislativas que influenciam na gestão financeira e orçamentária proposta pela lei de criação.

#### 4.6. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi criada com o intuito de gerir os Hospitais Universitários Federais. Para tanto, é organizada através de uma estrutura de

governança que inclui órgãos de administração, de fiscalização e comissões e comitês, conforme o artigo 3º do Regimento Interno da EBSEH (2016):

§ 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 e Comitês:

I – Comissão de Ética;

II – Comitê Interno de Gestão do REHUF;

III – Comissão de Controle Interno;

IV – Comitê de Gestão de Riscos e Crises;

V – Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da Sede;

VI – Comitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicação;

VII – Comitê de Governança de Tecnologia da Informação e Comunicação;

VIII – Comitê de Governança do Aplicativo para Gestão dos Hospitais Universitários; e

IX – Outras Comissões e Comitês constituídos pela Presidência ou pela Diretoria Executiva (EBSEH, Regimento Interno, 2016, art. 3º).

Ademais, a gestão da empresa perante aos HUFs é realizada através de um Termo de Adesão e Contrato entre os mesmos, sendo de escolha das instituições federais de ensino a adesão à gestão da EBSEH. A Coordenadoria de Gestão da Rede que gerencia essas adesões está vinculada ao Conselho de Administração e possui as seguintes divisões:

**Figura 1 - Extrato do Organograma da EBSEH**



Fonte: Organograma da EBSEH.

Além disso, é importante demonstrar o Mapa Estratégico da empresa, na qual são dispostos a visão, os valores, os objetivos e os direcionadores que guiam a EBSEH.

Figura 2 - Mapa Estratégico EBSEH



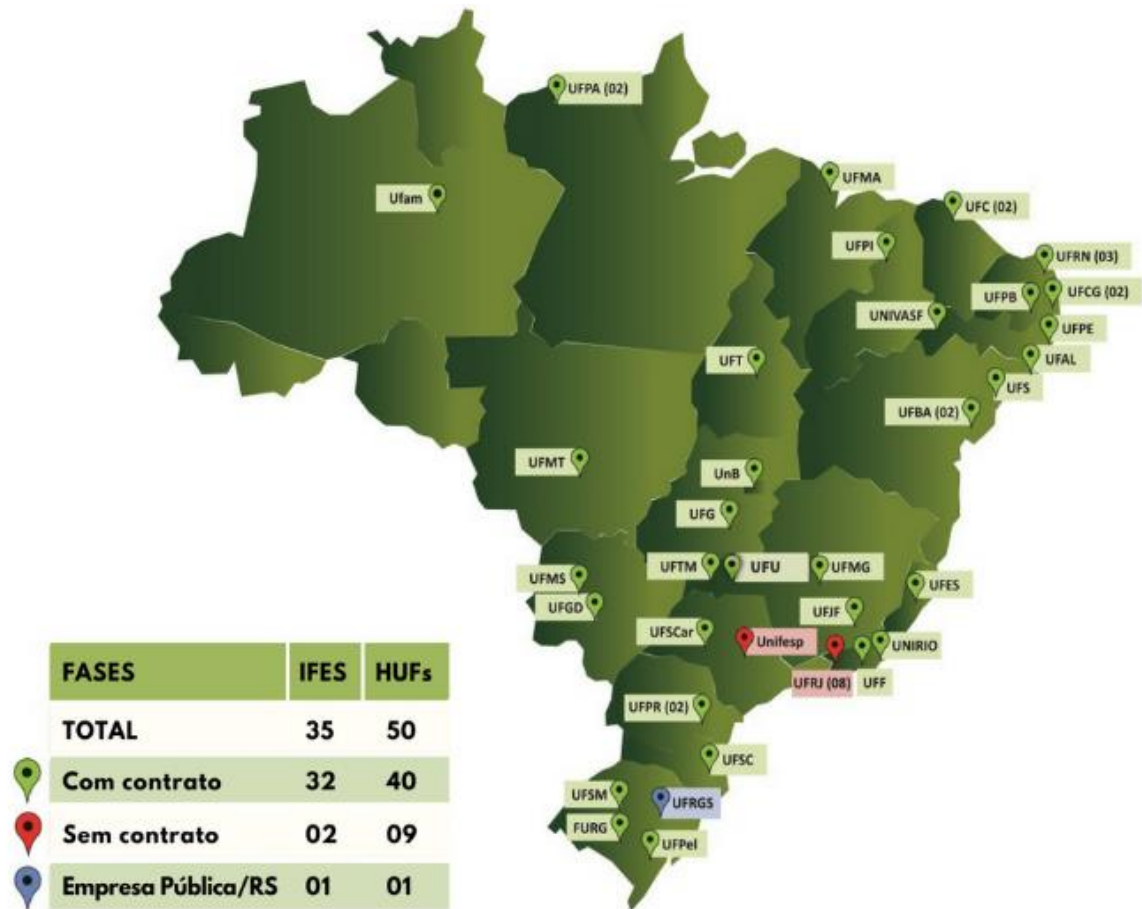
Fonte: sítio eletrônico EBSEH.

Alguns dos dados que são notáveis destacar é a eficiência, por exemplo, que surgiu como princípio na Administração Pública com a Emenda Constitucional nº 19/1998 no contexto da Administração Pública Gerencial. A visão da EBSEH também é relevante, uma vez que preconiza por uma atuação de referência nacional em suas áreas de atuação, sendo integralmente vinculada ao SUS fornecendo assistência de qualidade em média e alta complexidade, através de uma empresa pública que, em sua essência, visa ao lucro.

#### 4.7. BALANÇO QUANTITATIVO

A rede de Hospitais Universitários Federais é constituída, segundo o sítio eletrônico da EBSEH, por 50 hospitais que são vinculados a 35 universidades federais, conforme abaixo:

Figura 3 - IFES com Hospitais Universitários Federais



Fonte: sítio eletrônico EBSEH.

Das Instituições Federais de Ensino Superior do País, três não aderiram à gestão da EBSEH, sendo elas a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Universidade Federal de São Paulo e a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Vinculados às instituições, somam-se 10 HUFs que não firmaram contrato com a empresa, melhor detalhado no quadro abaixo:

Quadro 2 - Adesão dos HUFs à EBSEH

IFES	HUFs	Aderiu à EBSEH?
Universidade Federal do Amazonas	Hospital Universitário Getúlio Vargas	Sim
Universidade Federal do Pará	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza	Sim
	Hospital Universitário João de Barros Barreto	Sim
Universidade Federal de Goiás	Hospital das Clínicas	Sim
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	Sim
Universidade Federal de Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Muller	Sim
Universidade de Brasília	Hospital Universitário	Sim
Universidade Federal de Grande Dourados	Hospital Universitário	Sim

Universidade Federal do Piauí	Hospital Universitário	Sim
Universidade Federal de Alagoas	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	Sim
Universidade Federal da Bahia	Hospital Universitário Prof. Edgar Santos	Sim
	Maternidade Climério de Oliveira	Sim
Universidade Federal do Ceará	Hospital Universitário Walter Cantídio	Sim
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Sim
Universidade Federal de Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro	Sim
	Hospital Universitário Júlio Bandeira	Sim
Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário	Sim
Universidade Federal da Paraíba	Hospital Universitário Lauro Wanderley	Sim
Universidade Federal de Pernambuco	Hospital das Clínicas	Sim
Universidade Federal do Vale do São Francisco	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros	Sim
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Hospital Universitário Ana Bezerra	Sim
	Hospital Universitário Onofre Lopes	Sim
	Maternidade Escola Januário Cicco	Sim
Universidade Federal de Sergipe	Hospital Universitário	Sim
Universidade Federal do Espírito Santo	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	Sim
Universidade Federal Fluminense	Hospital Universitário Antônio Pedro	Sim
Universidade Federal do Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Não
	Hospital Escola Francisco de Assis	Não
	Instituto de Doenças do Tórax	Não
	Int. Puer. Ped. Martagão Gesteira	Não
	Instituto de Ginecologia	Não
	Instituto de Neurologia Deolindo Couto	Não
	Instituto de Psiquiatria	Não
Maternidade Escola	Não	
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Sim
Universidade Federal de Juiz de Fora	Hospital Universitário	Sim
Universidade Federal de Minas Gerais	Hospital das Clínicas	Sim
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Hospital de Clínicas	Sim
Universidade Federal de Uberlândia	Hospital de Clínicas	Sim
Universidade Federal de São Paulo	Hospital São Paulo	Não
Fundação Universidade Federal do Rio Grande	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Junior	Sim
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Não
Universidade Federal do Paraná	Hospital de Clínicas	Sim
	Maternidade Victor Ferreira do Amaral	Sim
Universidade Federal de Pelotas	Hospital Escola	Sim
Universidade Federal de Santa Catarina	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago	Sim

Universidade Federal de Santa Maria	Hospital Universitário	Sim
-------------------------------------	------------------------	-----

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

Apesar de contar com um número restrito, os hospitais universitários tiveram motivos embasados para que não aderissem à gestão da EBSEH. Esses motivos são de suma importância para entender a influência do gerencialismo na forma de gerir os HUFs por parte da empresa pública, diante dos princípios do Sistema Único de Saúde.

#### 4.8. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 4

Os hospitais passaram por uma evolução em seus papéis até chegarem aos chamados Hospitais Universitários, vinculados às universidades, proporcionando conhecimento aos alunos, formando profissionais e desenvolvendo tecnologias na área da saúde.

Esses HUs oferecem tratamentos de média e alta complexidade, causando necessidades de revitalização e de reestruturação como é ofertado pela EBSEH. Com o intuito, então, de gerenciar os Hospitais Universitários Federais que aderirem à empresa pública, a EBSEH surgiu como uma medida do governo diante da realidade da reforma gerencial, tendo em vista seus objetivos e sua estrutura organizacional.

É nessa linha que a EBSEH propõe inadequadamente a contratação de servidores públicos com regime contratual diverso dos servidores que já atuavam nos HUFs, causando um conflito com o dito regime único que deveria existir dentro do órgão público. Para que isso fosse aceitável, a empresa adotou como natureza jurídica a de direito privado, dada aos órgãos públicos que possuem como ideia central a geração de lucro. Contudo, observa-se que essa lógica não condiz com o objeto que a EBSEH trata, sendo ele a saúde pública, um direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988, regulado por lei e constante na Declaração Universal de Direitos Humanos.

Diante disso, por falta de recursos financeiros e necessidade de manter-se, grande parte dos HUFs optaram por aderir à administração executada pela empresa pública. Os outros Hospitais Universitários Federais que não optaram pela adesão possuem seus motivos que foram discutidos entre trabalhadores, sindicatos e toda a população interessada nos mesmos. Esses argumentos interessam na medida em que se pode analisar o impacto da Administração Pública Gerencial, tendo em vista, também, a gerência por parte de uma



empresa pública que, em sua essência (e conceitualmente), visa à exploração de uma atividade econômica.

## 5. ABORDAGEM METODOLÓGICA

A partir de uma hipótese inicial, foi-se construindo teoricamente uma linha de raciocínio que utilizou o método hipotético-dedutivo com técnica de pesquisa documental e bibliográfica.

Segundo Marconi e Lakatos (2003), o método hipotético-dedutivo parte de um problema, passa por uma teoria-tentativa, após, critica-se a solução, procurando eliminar o erro, mas daria surgimento a novos problemas. Os autores apresentam o conceito de Bunge (1974), que se resume em cinco etapas: colocação do problema; construção de um modelo teórico; dedução de consequências particulares; teste das hipóteses; adição ou introdução das conclusões na teoria. Dessa forma, entende-se que esse é o melhor método aplicável neste trabalho.

Já quanto às técnicas, Gil (2002) conceitua pesquisa bibliográfica como a baseada, principalmente, em livros e artigos científicos, mas pode ser também impressos diversos e publicações periódicas. Esse tipo de técnica é indispensável quando se trata de pesquisas históricas. A outra técnica utilizada é a de pesquisa documental que, ainda segundo Gil (2002, p. 45), a diferença entre a bibliográfica está na natureza das fontes, uma vez que se baseia em “materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. Por se tratar de uma pesquisa que é histórica, mas que ainda está em construção, entendeu-se que essas técnicas foram as mais adequadas para utilização.

## 6. UMA EMPRESA PÚBLICA COMO GESTORA DA SAÚDE

Este capítulo tem como intuito apresentar uma análise da EBSEH diante do modelo de Estado que adotou a Administração Pública Gerencial no Brasil desde 1995, além de expor os motivos alegados para adesão ou não à EBSEH por parte das Universidades Federais e seus Hospitais Universitários Federais.

Ainda, é de suma importância a análise dos impactos que a EBSEH causa no oferecimento do serviço público de saúde prestado sob gerência desta, levando em consideração as mudanças que esta carrega consigo na gestão dos HUFs, tendo em vista o seu formato jurídico de direito privado e as consequências que isso traz para um órgão público que presta serviço público classificado como de direito fundamental de caráter social.

### 6.1. ANÁLISE DO IMPACTO DO GERENCIALISMO SOBRE A EBSEH

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares possui características incrustadas em sua forma organizacional e jurídica que são advindas da reforma gerencial disseminadas globalmente e adotadas no Brasil desde o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. O gerencialismo adotado como forma de gestão no país contaminou legislações, empresas, administrações que se curvaram aos seus ideais.

Essas características são visíveis principalmente em sua estruturação jurídica e organizacional, uma vez que foram criadas com o intuito de serem mais “eficientes” no seu dia a dia. Para isso, os ex-ministros optaram por justificar a escolha de a EBSEH ser uma empresa pública de direito privado na exposição de motivos que fundamentam a legislação da mesma, visando a sua forma mais flexível na hora da gestão. Aqui, se encontra a justificativa para a contratação de servidores temporários, bem como para funcionários regidos pela CLT, ignorando o fato de se ter, então, na prática, dois regimes jurídicos para trabalhadores que desempenham a mesma função dentro de um mesmo ambiente, demonstrando que a flexibilidade extrapola o limite da Constituição Federal.

Essa flexibilidade vai além, e também é justificada em função da dita “insegurança jurídica” causada através de realização de controles externos à empresa. Contudo, isso diz respeito ao trabalho exercido pelo Tribunal de Contas da União, por exemplo, órgão que

avalia e controla outras instituições conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Ressalta-se, então, que o controle externo é algo constitucionalmente previsto. Observa-se que a procura da flexibilidade com o intuito de alcançar a eficiência, a eficácia e a efetividade, propostas pela Reforma Gerencial, interfere de modo significativo na constituição da empresa que foi criada para recuperar e restaurar os Hospitais Universitários Federais. Por se tratar de hospitais que são voltados para o ensino e a pesquisa na área da saúde, e realizar tratamentos com alta tecnologia, além de procedimentos de média e alta complexidade, geram um alto custo para o Estado. Entende-se que, em função desse custo elevado, a prestação de contas da empresa em questão não deve ser mais flexível, como busca o texto de lei da mesma, sendo correta a ação de um controle mais efetivo, como previsto, por órgãos externos.

Embasam-se, aqui, os questionamentos realizados pela Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895/2013, na qual indaga o regime de contratação, bem como a personalidade jurídica da EBSEH, tendo em vista que os propósitos e o permitido pela Constituição Federal vigente não condizem com a mesma.

Não diferente disso, o surgimento da EBSEH comprovou a ideologia neoliberal e é possível perceber isso diante da análise acima, bem como diante de cada característica descrita no documento do CLAD sobre a Administração Pública Gerencial em comparação com a estrutura da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, como segue abaixo.

### **6.1.1. Profissionalização da alta burocracia**

A característica em questão traz consigo um dos principais pontos críticos na criação da EBSEH, uma vez que dá a possibilidade de se adotar um segundo regime de contratação de funcionários, deixando de considerar o regime jurídico único dentro do serviço público. A reforma gerencial proporcionou à empresa pública que ocorresse dentro de seu espaço físico a contratação de empregados em regime celetista, quando os outros funcionários já contratados pelos HUFs eram regidos pelo regime estatutário. Configurou-se, então, inconstitucionalidade, uma vez que houve alteração na Constituição Federal de 1988, porém essa modificação não está válida.

Além dessa questão, essa característica diz respeito ao núcleo estatal formado por uma elite tecnicamente preparada, mas e os profissionais que atendem diariamente os pacientes? Acredita-se que é em função desses funcionários que se dá a qualidade do serviço público,

tornando a prestação eficiente, eficaz e efetiva. Os funcionários que tratam o paciente diretamente devem possuir um grau de profissionalização tão importante quanto o da “alta burocracia”.

Estas se entrelaçam na medida em que o grau de profissionalização é tido como diferente quando não há a adoção de um padrão único de regime jurídico para a contratação de funcionários, havendo graus diversos na comparação entre dois regimes.

### **6.1.2. Administração Pública transparente**

Essa característica da transparência é exposta no Mapa Estratégico da EBSEH (figura 2), na qual é visualizada a busca da mesma tanto nos valores quanto nos direcionadores e objetivos da empresa. Porém, em nenhum instante é mencionada a participação dos cidadãos nas tomadas de decisão, haja vista sua essência estar vinculada a uma democracia mínima, onde se encontra embasamento no gerencialismo. Contudo, a EBSEH foi criada para gerenciar os Hospitais Universitários Federais que operam seguindo as normas do SUS, onde está previsto que os cidadãos devem ter participação na formulação de suas políticas públicas, além de realizar um controle social frente a sua execução.

Logo, pode-se perceber que, em função dos ideais da Reforma Gerencial, há negligência de um dos princípios do Sistema Único de Saúde quando da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A participação dos cidadãos seria uma das formas deste contribuir e ser ouvido diante das decisões que envolvem um serviço público que garante um direito fundamental de caráter social.

### **6.1.3. Descentralização de serviços públicos**

Outra característica elencada e presente na empresa é a descentralização organizacional, que é vista como a EBSEH sendo o “órgão central” e os hospitais universitários que aderiram à sua gestão, as “agências descentralizadas”. Contudo, distorcendo o que de fato é a descentralização, na EBSEH se transfere o poder de administrar, somente. Isso acontece tendo em vista que não há distribuição de competências,

pois quem gerenciava os HUFs eram as Universidades Federais aos quais estavam vinculados, e há, tão somente, transferência de poder à EBSEH em relação à gestão daqueles. Essa transferência de poder das universidades para a empresa é percebida no organograma da EBSEH (Figura 1), quando visto o setor de “Supervisão de Desempenho dos HUFs”, por exemplo.

#### **6.1.4. Desconcentração organizacional**

Aqui, há a separação da estrutura responsável pela execução do serviço público e da estrutura que formula as ações, ou seja, há uma separação de quem planeja e quem executa. No organograma da EBSEH (Figura 1), está previsto um setor chamado “Supervisão de Programas Governamentais” desvinculado totalmente dos Hospitais Universitários Federais, sendo gerenciados os programas através de uma empresa e o serviço executado pelos HUFs. Isso se caracteriza em um atributo da Reforma Gerencial na medida em que ignora o fato de ter de haver uma ligação no dia a dia dessas tarefas. Além disso, distorce o real significado de desconcentração organizacional, na qual deveria ser a divisão internamente de tarefas somente com a finalidade de acelerar o processo e não a separação entre órgãos, nesse caso, entre a EBSEH e os HUFs.

#### **6.1.5. Controle de resultados**

Dentro dessa característica é onde se encontra um dos traços mais aparentes do gerencialismo, pois é através dos contratos de gestão que os Hospitais Universitários Federais aderem à gestão da EBSEH, que passa a obter um controle diante dos HUFs, tendo em vista seus resultados obtidos. É possível visualizar esse item de controle através do organograma da EBSEH (Figura 1), onde possuem, no entendimento da autora, três de quatro setores como sendo reguladores: Supervisão de Contratos de Gestão; Supervisão de Desempenho de HUFs; Supervisão de Relacionamento com os HUFs.

Também há uma definição de missão, visão e valores organizacionais que direcionam a empresa e os funcionários a um objetivo, que é claramente descrito no documento do

CLAD. Isso é destacado quando essas definições carregam consigo os traços mercadológicos, onde são expostos como instrumento de controle da produtividade dos funcionários, e, mais tarde, estes são avaliados por seus desempenhos perante os resultados obtidos, modificando a lógica do controle concomitante, na qual os interessados possuíam a oportunidade de melhorar. A avaliação de desempenho dá a oportunidade de um contratado por regime de CLT ser demitido, e aqui, encontra-se mais um aspecto da flexibilidade que a Reforma Gerencial propôs.

#### **6.1.6. Novas formas de controle**

Dentro das novas formas de controle, está o de resultados, basicamente citado no tópico anterior; o controle social, que é um item reconhecido como importante e de grande valia para a população, exercido através das ouvidorias dentro da empresa; o de custos, também significativo para o controle como um todo das organizações; e o de competição administrada, citado abaixo.

As empresas públicas possuem, conceitualmente, dentre suas características, a função de explorar uma atividade econômica buscando o lucro e a competitividade. Logo, infere-se que a EBSEH, que foi constituída como uma empresa pública, logicamente, procure por esses atributos. Contudo, ela foi criada para gerenciar os Hospitais Universitários Federais que ofertam serviços 100% SUS, ou seja, que prestam serviços gratuitos a sua população. Ainda, compreende-se como correta a justificativa constante na ADI quando citado que a personalidade jurídica do órgão deveria ser de natureza pública, uma vez que se trata de um serviço público, integral e exclusivamente pertencente ao SUS. Sendo assim, é possível perceber que existe uma ideia de competição administrada já na parte jurídica da EBSEH.

Logo, o repasse da gestão dos hospitais a uma empresa pública de direito privado causa diversificação na sua estrutura antes vista como totalmente pública e sem capacidade para competição. O caráter neoliberal trouxe para a nova administração uma visão mercadológica que inseriu características duvidosas quanto aos traços essencialmente públicos.

### **6.1.7. Duas formas de unidades administrativas autônomas**

Aqui, reside outra característica mais evidente frente à EBSEH, uma vez que, se as formas de unidades administrativas são as que desenvolvem as atividades exclusivas do Estado e as que desenvolvem atividades não exclusivas, o serviço público de saúde deixou de ser prestado através das atividades exclusivas e passou a ser executado justamente no campo das atividades não exclusivas. Essa separação levantou a possibilidade de se ter servidores contratados pelo regime celetista, abriu chances para a competição administrada, ou seja, buscou a flexibilidade proposta pelo modelo neoliberal e admirado pelos propositores da legislação da EBSEH.

### **6.1.8. Cidadão-usuário**

A adoção dessa nomenclatura é um pouco mais singela, porém a ideia de não tratar os cidadãos como únicos detentores do direito à saúde entrega os ideais semeados pela EBSEH, tendo em vista também haver outra nomenclatura para designar o mesmo: cliente. Contudo, o cliente e o usuário para designar os pacientes, familiares e acompanhantes destes engloba a visão mercadológica, entendendo-se como ideal que sejam chamados de cidadãos ou pacientes.

### **6.1.9. Grau de responsabilização do servidor público**

Essa característica engloba uma visão do paciente sendo um consumidor, porém, entende-se que essa nomenclatura dentro do serviço público é inadequada, haja vista o consumidor normalmente adquirir um bem, produto ou serviço, e o paciente ou o cidadão ser o detentor do direito à saúde, como nesse caso da EBSEH.

Ainda, responsabilizar o servidor público sem levar em consideração seus gerentes, bem como os agentes políticos envolvidos na área da saúde (e em outras áreas) infere estes



como impunes às prestações de contas, por exemplo, como citado no conceito desta. Isso levaria em contraponto a transparência citada pela empresa pública e pela reforma gerencial.

## 6.2. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA ADESÃO E NÃO ADESÃO

Existem diversos motivos espalhados pela mídia para a adesão e a não adesão à EBSEH expostas pelos sindicatos, pelos funcionários dos Hospitais Universitários e das Universidades Federais aos quais estão vinculados, além de diversos atores envolvidos nessa questão. Basicamente, os motivos para a não adesão estão embasados na ADI apresentada anteriormente. Contudo, a fala e a justificativa apresentada pelos mesmos ajudam a compreender a apreensão sentida pelos envolvidos e a gravidade dos fatos independentemente de qual foi a decisão tomada pelas Universidades e HUFs, isto, pois, há justificativas embasadas tanto para um quanto para outro.

A EBSEH se constitui em uma das maiores redes hospitalares do Brasil em função de grande parte dos HUFs terem aderido à sua gestão. Entretanto, entende-se que um dos maiores motivos que levaram estes a essa decisão foi a falta de recursos, e uma das causas para isso ter acontecido foi devido à pressão mascarada do Estado, tendo em vista haver uma indicação do Conselho Nacional de Saúde<sup>2</sup> (CNS) para que se garantisse o financiamento aos hospitais que não aderissem à EBSEH. Segundo relatos da ex-coordenadora-geral da Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (Fasubra), Janine Teixeira<sup>3</sup>, o então ministro da Saúde não respeitou essa deliberação, agravando a falta de recursos e, sem ter outra solução possível, contribuiu para que os HUFs mais prejudicados optassem pela adesão.

Foram realizados diagnósticos nos Hospitais Universitários Federais que apontaram para um déficit de pessoal, bem como déficit nas contas dos mesmos. Mesmo diante de diversas reuniões, discussões, argumentos, grupos organizados, abaixo-assinados, vários hospitais optaram por ceder à adesão. Muitos alegaram falta de recursos humanos para atender aos pacientes e perigo de fechamento de leitos por falta de recursos financeiros. Em

---

<sup>2</sup> O Conselho Nacional de Saúde (CNS) constitui-se em uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. O CNS deve fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde exercendo um controle social.

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://adua.org.br/noticias.php?cod=817>>. Acesso em 21 de maio de 2019.

sua grande maioria, os hospitais que aderiram vivenciavam um caos nos locais de trabalho em função dos cortes de verbas para a área.

Para compreender a situação que os HUFs enfrentaram, cabe a fala do professor Pinheiro<sup>4</sup>, ex-diretor clínico e ex-coordenador do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC):

As condições administrativas e de trabalho estão ficando insuportáveis. A não adesão diminui o aporte financeiro que o hospital recebe. Ao não cumprir as metas da Secretaria Estadual de Saúde, começamos a perder contratos para a iniciativa privada e a situação piora. Alguns cargos, como Auxiliar de Saúde, foram extintos. Quando estes funcionários se aposentam, perdemos a maioria das vagas.

Esses relatos são vistos em dezenas de *sites* e a visão de que é a melhor saída para os Hospitais Universitários Federais acaba se proliferando e somando argumentos para o convencimento da sociedade e dos agentes envolvidos com a tomada de decisão.

Dentro dos discursos utilizados para a não adesão foi apontada a autonomia da Universidade para negociar com o governo federal. “O governo autorizou a construção de novas alas e tem que disponibilizar a criação de cargos para o funcionamento desses leitos. A Universidade tem meios legais para fazer o HUF funcionar”<sup>5</sup>, argumento utilizado por Simone Hagemann, representante do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde, exposto em uma das reuniões de discussão da UFSC. Contudo, na mesma reunião, essa autonomia foi questionada quando da adesão pelo também representante do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde, professor Márcio Amaral, vice-diretor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, além de realizar uma crítica quanto à comparação com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre:

É um hospital financiado por recursos públicos, mas tem duas portas, aceita paciente privado. O estudo que foi tomado para a criação da EBSEH foi do Banco Mundial – o que é que banco sabe de projetos para a saúde? O que eles querem é usar os nossos centros para que se façam pesquisas privadas. O ensino, a pesquisa e a extensão são indissociáveis à assistência. [...] As áreas que não geram lucro começaram a ser desativadas nos hospitais da EBSEH. Por isso, digo que o espírito universitário é incompatível com a EBSEH. Depois que tiverem o poder, seremos inquilinos onde eramos os gestores. Vocês querem isso? Estamos aqui para tentar garantir a preservação da autonomia universitária.

A discussão da garantia da autonomia universitária ocorreu em diversas universidades, pois, se a gestão de um hospital passa a ser por parte da EBSEH, por mais que a autonomia

---

<sup>4</sup> Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/?p=2897>>. Acesso em 22 de maio de 2019.

<sup>5</sup> Disponível em: <<https://noticias.ufsc.br/2014/11/terceiro-debate-sobre-ebserh-reune-trabalhadores-do-hu-2/>>. Acesso em 21 de maio de 2019.

esteja prevista legalmente, na prática se deve agir por meio desta última, tendo em vista a criação ser argumentada como um facilitador para o dia a dia e constar como competências da empresa a administração dos HUFs e a prestação dos serviços de saúde.

Outras críticas são apontadas como a falta de discurso acadêmico por parte da EBSEH, possuindo somente um discurso gerencial. Isso é importante na medida em que os Hospitais Universitários Federais contribuem para o ensino e a pesquisa, além da assistência à saúde. Nesse sentido, a ex-vice-presidente executiva da EBSEH, Jeanne Michel, posicionou-se quanto à capacidade de atuação dos hospitais universitários e suas possibilidades dentro de um quadro de não adesão:

Temos universidades que têm cursos da saúde e não têm hospital e utilizam a rede do SUS para fazer os seus estágios. Então, essa é uma alternativa que essas universidades também têm: reduzir o tamanho dos seus hospitais e utilizar mais a rede do SUS. Sempre há uma alternativa para garantir o ensino, mesmo que não seja contratando a EBSEH. [...] A autonomia da universidade é no âmbito acadêmico. Ela tem total liberdade para optar a forma como vai ensinar e onde vai fazer os estágios. Agora, do ponto de vista da gestão, é dada uma opção para facilitar a gestão dos hospitais.<sup>6</sup>

Essa visão advinda do núcleo estratégico da EBSEH preocupa ainda mais, pois confere uma pressão dentro das Universidades Federais que estão com problemas estruturais e financeiros em seus HUFs, e somam os motivos para o caos vivenciado, forçando com que optem pela adesão ao contrato de gestão.

Na visão da Frente Nacional contra a Privatização<sup>7</sup>, contrário ao proposto, a EBSEH não cobre a necessidade de regular os funcionários terceirizados dos HUFs, e sim precariza a situação, tendo em vista a contratação através da CLT e, conseqüentemente, a não obediência ao regime jurídico único dos funcionários. Além disso, a Frente Nacional aborda a pauta sobre a saúde e a educação serem bens públicos, não estando suscetível aos interesses de mercado, contudo, ao aderirem à empresa pública, os hospitais ficam vulneráveis à mercantilização dos serviços públicos de saúde.

Durante a 306ª reunião ordinária do CNS<sup>8</sup>, realizada em junho de 2018, houve relatos por parte de representantes de hospitais que aderiram à EBSEH na qual acusavam problemas

---

<sup>6</sup> Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-ultimo-servidor-que-apague-a-luz>>. Acesso em 22 de maio de 2019.

<sup>7</sup> Disponível em: <[https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/170845/mod\\_resource/content/2/Manifesto%20contra%20a%20EBSEH%20-%20Versao%2023-06-2014.pdf](https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/170845/mod_resource/content/2/Manifesto%20contra%20a%20EBSEH%20-%20Versao%2023-06-2014.pdf)>. Acesso em 21 de maio de 2019.

<sup>8</sup> Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata\\_da\\_306\\_RO.pdf](http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata_da_306_RO.pdf)>. Acesso em 21 de maio de 2019.

que ainda não foram solucionados. Um dos graves problemas foi apontado pela representante da Fasubra, Maria Marzola, na qual relata o assédio moral vivido pelos funcionários regidos pelo Regime Jurídico Único, haja vista não terem a quem se reportar para denunciar os ataques pela diferença regime que os comandam, uma vez que a gerência desses funcionários é exatamente quem os prejudica. Além disso, a falta de pessoal para assistência ainda seria um problema, mesmo depois de seis anos da criação da empresa pública.

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, em sua 237ª reunião ordinária, uma Moção de Repúdio à EBSEH (Moção de Repúdio nº 013/2012), justificando que os recursos financeiros continuam sendo os mesmos, ou seja, continuam sendo recursos públicos, porém administrados por uma empresa pública de direito privado, além de representar um retrocesso com o fortalecimento dos serviços públicos, tendo em vista evidenciarem o debate a respeito da concepção de Estado. Entende-se que isso está relacionado com o papel que o Estado deve desempenhar, assunto discutido na Reforma Gerencial, apontando para mais um aspecto relacionado ao gerencialismo.

A partir das análises realizadas, infere-se que o próprio CNS posiciona-se contra a adesão à EBSEH, porque a entende como inconstitucional, além de carregar uma tendência privatista consigo. Ainda, posicionam-se contra qualquer discriminação aos HUFs que decidirem não aderir, devendo haver repasses de recursos para os mesmos.

Entretanto, percebe-se, através dos discursos dos representantes dos HUFs e pela porcentagem de adesão que provavelmente não houve as transferências de recursos financeiros para que se mantivesse a autonomia das Universidades Federais na gestão dos Hospitais Universitários Federais.

Além disso, em 2005, o CNS deliberou posicionamento “contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços” (CNS, Deliberação nº 001/2005, a). Essa deliberação demonstra mais um argumento contra a adesão à EBSEH por parte dos Hospitais Universitários Federais, tendo em vista o entendimento de que a gestão por parte da empresa pública é de fato uma terceirização, pois foi criado um órgão somente para gerir hospitais públicos antes gerenciados pelas Universidades Públicas. Esse repasse de gestão é somente a transferência de atividades-meio, com o agravante de se tratar de uma área que presta serviços públicos que garantem um direito fundamental de caráter social.

Diante do exposto, conclui-se que, com a adesão ao contrato de gestão, os Hospitais Universitários Federais passam a receber os recursos necessários para a reestruturação física, de recursos humanos e demais problemas que percebiam durante o dia a dia. Contudo, a

gestão de um hospital que, além de prestar assistência à saúde, presta serviços de ensino e pesquisa, necessitando de uma gestão acadêmica para tal. Sendo essa visão fundamental para os HUFs, a falta deste tipo de discurso provoca receios diante das Universidades Federais.

Apesar da não adesão à gerência da empresa acabar causando danos aos HUFs, tendo em vista a falta de recursos, entende-se que a adesão à gestão da EBSEH se trata de uma medida neoliberal com ideais privatistas, e, muito embora a empresa seja pública, ela é de personalidade jurídica de direito privado, demonstrando o caráter mercadológico existente no conceito e nos objetivos da mesma. Sendo assim, compreende-se como irregular a gestão de hospitais que prestam serviços públicos que garantem um direito fundamental previsto na Constituição Federal e que, em sua essência e classificação, é uma empresa que busca lucro e competitividade no campo da saúde.

### 6.3. IMPACTO DA CRIAÇÃO DA EBSEH FRENTE AOS PRINCÍPIOS DO SUS

A Administração Pública vigente é uma característica fundamental para a gestão do Sistema Único de Saúde, uma vez que, a depender dos seus ideais, pode variar o perfil adotado na execução da política pública. Os princípios do SUS dependem diretamente do modelo de Estado adotado, pois é o que define as ações e o modo como serão executados, bem como as repercussões que terão dentro da sociedade.

O modelo gerencial, adotado pelo Estado através da Reforma Administrativa de 1995, surgiu enquanto o SUS ainda se estruturava no país. O sistema de saúde pública que começou a se instalar no Brasil era complexo, portanto, foi sendo conhecido e se moldando com o tempo. Quando ocorreu a mudança de ideais da Administração Pública Brasileira, o mesmo sofreu grande influência por não estar solidificado ainda. Nesse sentido, a área da saúde foi atingida e fez parte das reformas que aconteciam.

Considerando a base que este modelo de Estado carrega consigo – o fundamentado na aproximação com o setor privado –, entende-se que, principalmente, o campo da saúde não deveria encontrar sustentação neste, já que se trata de uma prestação de serviço que visa garantir um direito fundamental de caráter social previsto na Carta Magna. Contudo, como já explicado, a Administração Pública determina o todo. E, nesse caminho, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares surgiu caracterizada pelo gerencialismo, oferecendo um caminho para os Hospitais Universitários Federais aderirem à gestão da mesma e buscar a sua

reestruturação física e de pessoal, pois a precarização prejudicava cada vez mais. A solução do Estado para isso foi implantar uma empresa pública de direito privado como gestora dos mesmos passando, então, da gestão realizada pelas Universidades Federais para a EBSEH.

Essa saída encontrada trouxe alguns impactos na execução do SUS, bem como nos princípios que o regem, pois são necessárias adaptações para as tomadas de decisão em função das características do modelo de Estado. Assim, a análise dos princípios do SUS frente às características da EBSEH é importante para entender a visão privatista abordada pela mesma, como segue abaixo.

### **6.3.1. Universalidade**

Esse princípio preza pelo acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde pública que são garantidos pelo Estado constitucionalmente. Logo, a transferência da execução direta do serviço público de saúde é afetada, uma vez que não faz mais parte das atividades exclusivas do Estado, passando a fazer parte do rol de atividades do setor de produção de bens e serviços para o mercado. Essa lógica se dá em função do formato jurídico adotado pela EBSEH, uma empresa pública de direito privado, que possui em sua essência a busca pela lucratividade. Assim, o princípio da universalidade é afetado, pois a assistência a todos, através de um acesso igualitário e gratuito, contrapõe-se às características nas quais a EBSEH foi criada.

### **6.3.2. Integralidade**

Esse princípio do SUS tem com função a articulação e a busca da qualidade através do diálogo e das especificidades de cada cidadão que necessitem dos serviços de saúde pública. Contudo, a EBSEH foi criada no contexto da Administração Pública Gerencial, onde se busca atingir objetivos – e a própria qualidade – impondo metas, construindo uma empresa baseada em resultados. Essa característica interfere na questão da integralidade e da sua continuidade com o paciente, tendo em vista que a EBSEH possui um controle, tão e

somente, dos resultados obtidos pelos HUFs, descaracterizando o trato humanizado que o SUS prega em sua constituição, na qual considera o processo como um todo de cada paciente.

Outro fator é analisado aqui, pois, como a ideia inicial com a criação da EBSEH é a contratação de funcionários temporários, existe a possibilidade da não continuidade do tratamento dos cidadãos com o mesmo profissional, criando um déficit na questão da atenção ao paciente. Há impacto, também, na questão da qualidade do serviço público prestado, tanto nessa questão do funcionário temporário quanto na característica da profissionalização da alta burocracia carregada com o modelo gerencial, dando a possibilidade também de dois regimes de contratação.

### **6.3.3. Equidade**

A equidade é vista como um fator igualitário para os cidadãos, tratando as diferenças existentes, sejam elas sociais ou regionais, com desigualdades, visando ao equilíbrio na assistência à saúde. Esse princípio possui interferência quando se leva em consideração o fato de a EBSEH ter sido criada com ordenamento jurídico de direito privado. Muito embora seja dito que a empresa pública em questão realiza atendimentos 100% SUS, ou seja, gratuitos, esta foi instituída em um âmbito que visa ao lucro, além de estar disposto em sua legislação que, entre seus recursos financeiros, está o oriundo da prestação de serviços advindos do seu objeto. Logo, se o objeto social da EBSEH é a gestão dos Hospitais Universitários Federais que prestam serviços integrados ao SUS, mas uma gestão inspirada no modelo utilizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na qual atende via plano de saúde e serviços privados, existe, então, a possibilidade de beneficiários destes utilizarem os serviços dos hospitais públicos, confrontando a lógica da equidade. Ou seja, para que haja recursos oriundos do seu objeto social, este deve ser oneroso, podendo levar a gestão a dar preferência aos serviços privados, não considerando, então, esse princípio do SUS.

#### **6.3.4. Regionalização e Hierarquização**

Esse princípio possui um caráter espacial/geográfico para que se possa organizar um planejamento para a gestão dos serviços de saúde pública de acordo com as necessidades de cada região geográfica em função da sua demanda de cobertura. Contudo, a centralização do poder decisório dos Hospitais Universitários Federais através da EBSEH desconfigura esse caráter espacial, não dando a oportunidade aos HUFs planejarem sua gestão de acordo com as demandas das regiões que se encontram. Ainda, essa descaracterização do princípio elencado como organizativo do SUS interfere na busca da qualidade, eficiência e eficácia que o mesmo sugere.

#### **6.3.5. Descentralização**

O princípio da descentralização na saúde visa à distribuição de poder, tanto político quanto de responsabilidades, além do repasse de recursos financeiros. Isso se dá, pois, descentralizar permite que o SUS opere de forma mais efetiva, cabendo aos municípios aplicar os recursos de acordo com as suas necessidades.

Entretanto, a adesão dos HUFs à gestão da EBSEH acaba por somente transferir a gerência antes das Universidades para a empresa pública, não havendo uma descentralização de fato. E, nesse caso, caberia aos Hospitais Universitários Federais a responsabilidade pela aplicabilidade dos recursos financeiros, pois possuem melhor visão das falhas e das necessidades regionais que atendem.

#### **6.3.6. Participação social**

O princípio da participação social contida no âmbito do SUS é referente à participação da sociedade na tomada de decisão, sendo instituídas as instâncias colegiadas de Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde através de legislação própria. Esse instrumento faz jus à democracia participativa, na qual a sociedade possui poder diante da tomada de decisão.



Contudo, a EBSEERH possui outra lógica de democracia, a baseada no gerencialismo, onde esta se faz através da Administração Pública transparente e pelo controle social, adotando uma democracia representativa, sem a vinculação da decisão tomada pela sociedade. A EBSEERH entende como instrumento participativo as ouvidorias somente, não oferecendo a oportunidade de discussão e deliberação de decisões como deveria ser realizado diante da participação social.

#### 6.4. CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 6

Diante do exposto, entende-se que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é fruto da Administração Pública Gerencial, e esta possui impactos negativos diante do Sistema Único de Saúde. Esses impactos são causados pela lógica intrínseca na EBSEERH em função do seu contexto histórico.

A política adotada pelo Estado influencia como um todo a sociedade, bem como a forma de prestação dos serviços públicos executados direta ou indiretamente por aquele. Além disso, essa forma de execução impacta a sociedade no seu dia a dia. Sendo a garantia à saúde um direito fundamental de caráter social, constitucionalmente garantido pelo Estado, o acesso a este se dá de acordo com os ideais do modelo de Estado em vigor. Sendo assim, o gerencialismo impacta diretamente a gestão dos Hospitais Universitários Federais que prestam serviços integrados ao SUS.

A busca pela eficiência no dia a dia dos HUFs em relação à gestão realizada pela EBSEERH trouxe diversas características que contrapõem a lógica implantada pelo Sistema Único de Saúde, pois uma empresa pública de direito privado faz com que o raciocínio na execução dos serviços públicos seja diferente, uma vez que seus objetivos tendem a diferir. Logo, características como a participação social, a descentralização da saúde, as formas de controle, a integralidade, a universalidade, por exemplo, não fazem jus ao que a Lei nº 8.080/1990 busca em seus ideais.

Quando as Universidades Federais, em conjunto com seus Hospitais Universitários, aderem à gestão da EBSEERH, há uma perda significativa da lógica dos princípios adotados pelo SUS. Contudo, também há perda de autonomia das IFES diante de seus HUFs, além de falta de discursos pedagógicos – levando em consideração serem hospitais de ensino –, bem como a existência de uma pressão para a adesão, tendo em vista a falta de recursos financeiros

e déficit de pessoal. Importante, também, faz-se a fala da ex-vice-presidente executiva da EBSEH, na qual exemplifica que uma das possibilidades para as universidades para a reestruturação dos seus hospitais seria a redução dos mesmos, passando a utilizar o restante da rede do SUS para a garantia do ensino. Entretanto, percebe-se que a pressão realizada pela cúpula da empresa pública não se baseia, principalmente, na integralidade – um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. A perda de espaço causaria aos cidadãos a perda de serviços públicos de saúde que são garantidos pela Constituição Federal de 1988.

Sendo assim, entende-se que os Hospitais Universitários Federais mais fragilizados acabaram sendo pressionados para a adesão à gestão da EBSEH. Assim, uma empresa pública de direito privado, com lógica baseada no setor privado, passou a gerir os HUFs que oferecem serviços públicos de saúde para a sociedade brasileira, ferindo o sentido de ser do SUS, mas afetando diretamente a sociedade como um todo, colocando os detentores do direito à saúde em segundo plano, haja vista ir contra a descentralização e a regionalização do serviço público, além da participação social na gestão desses hospitais.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral analisar o impacto da criação da EBSERH frente aos princípios do SUS, com o intuito de responder de que forma o gerencialismo impactaria, então, contrapondo a lógica do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, conclui-se que todo território mundial conheceu o modelo gerencial disseminado através da globalização e de seus meios de comunicação, e que esse modelo de Estado determina o tipo de política utilizada no mundo.

Esse modelo surgiu com o intuito de flexibilizar a Administração Pública que estava saturada com o modelo burocrático utilizado anteriormente. Para tanto, foi moldada através da lógica do neoliberalismo, ou seja, com características baseadas no setor privado, modificando, então, os métodos utilizados na execução dos serviços públicos. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares surgiu nesse contexto da reforma gerencial para suprir demandas de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Contudo, o ordenamento jurídico que instituiu a mesma revelou um perfil de instituição incompatível com seu objeto social.

O fato de repassar a gestão dos HUFs das Universidades Federais para uma empresa pública de direito privado trouxe consigo um rol de mudanças que impactaram negativamente sobre os princípios norteadores e organizativos do Sistema Único de Saúde, haja vista a Administração Pública ser um instrumento fundamental na gestão do SUS. A visão gerencialista adotada pelo governo introduziu ideais que modificaram princípios como os da descentralização, da regionalização, da participação social, no sentido de utilizar conceitos divergentes aos utilizados na concepção do SUS. Além disso, também confrontam a razão de outros como o da equidade, da integralidade e da universalidade, princípios esses que são essenciais na razão de ser do sistema de saúde brasileiro. Com a perda de sentido de muitos princípios, os cidadãos são afetados diretamente, uma vez que o acesso igualitário transforma-se em possibilidade e não mais em garantia; a integralidade é incerta; a regionalização e a descentralização são inexistentes; e a participação social converte-se em mera transparência.

Outro diagnóstico obtido com a análise do impacto é o fato de a saúde ser definida na Constituição Federal – legislação suprema brasileira – como um direito fundamental de caráter social, ou seja, um direito reconhecido internacionalmente e inerente a todo ser humano, e constituído como dever do Estado, deixar de pertencer ao setor de atividades exclusivas. Isso se torna um agravante na medida em que a instituição que passa a executar esse serviço pertence em sua forma conceitual ao setor de produção de bens e serviços para o

mercado, pois são organizações que são naturalmente criadas para prover lucro com seus objetos sociais. Logo, o repasse da execução dos serviços públicos de saúde de um setor para o outro carrega consigo um traço essencialmente privatista, conduzindo a efetivação do direito fundamental em questão como uma mercadoria. Em comprovação a isso, está a caracterização da reforma gerencial quanto aos cidadãos serem vistos como consumidores, porém, estes conceitualmente adquirem algo, não condizendo com a concepção de cidadão, haja vista seu direito à saúde ser intrínseco.

Outra situação constatada é em função da autonomia universitária, pois, apesar da previsão de permanência da mesma, se há transferência de poder quando há a adesão ao contrato de gestão, essa característica das IFES diante de seus HUFs não existe na prática. Aqui, reside uma das controvérsias conceituais de descentralização, uma vez que originalmente há transferência de atividades, mas, com a EBSEH, há transferência de poder de gestão.

Diante do exposto neste trabalho, conclui-se que os impactos do modelo de Administração Pública Gerencial frente aos princípios elencados para o Sistema Único de Saúde adotado no Brasil são negativos, descaracterizando os fundamentos do sistema escolhido para a universalização do serviço de saúde pública no país.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na Administração Pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Fundação Escola Nacional de Administração Pública**, Brasília, nº 10, 1997.

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, Maria de Fatima Siliansky de. **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.

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS (ADUA). Conselho Nacional de Saúde aprova resoluções contrárias à EBSEH. Disponível em: <<http://adua.org.br/noticias.php?cod=817>>. Acesso em 21 de maio de 2019.

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, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de Fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.

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

BRASIL. EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC. Submetemos à apreciação de Vossa Excelência o Projeto de Lei que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

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

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

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

BRASIL. Ministério Da Administração Federal E Reforma Do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

BRASIL. Ministério Da Administração Federal E Reforma Do Estado. **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Brasília: MARE, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em 17 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Projeto de Lei nº 1.749 de 05 de julho de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A crise da América Latina: consenso de Washington ou crise fiscal?** In: Encontro Nacional de Economia da ANPEC, 18, 1990, Brasília. Pesquisa e Planejamento Econômico, abr. 1991, v. 21, n. 1, p. 3-23.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Globalização e Estado-Nação**. Textos para Discussão 160. FGV/EESP: abril de 2007.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 31. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2017.

CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO - CLAD. **Uma Nova Gestão Pública para América Latina**. Venezuela, Caracas, 1998.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A Implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Apresentação. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/index.php/apresentacao-cns>>. Acesso em 21 de maio de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Ata da tricentésima sexta reunião ordinária do conselho nacional de saúde – CNS. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata\\_da\\_306\\_RO.pdf](http://conselho.saude.gov.br/atas/2018/Ata_da_306_RO.pdf)>. Acesso em 21 de maio de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Deliberação nº 001, de 10 de Março de 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Moção de Repúdio nº 013, de 13 de Setembro de 2012.

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 JUNIOR, Aragon Érico. **Reforma do Estado com participação cidadã? Déficit democrático das agências reguladoras brasileiras.** 2006, 460 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

DI PIETRO, Maria Silvia Zanella. **Direito Administrativo.** 30. ed. Rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

EBSERH. **Regimento Interno EBSERH: Hospitais Universitários Federais.** 2016.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. O último servidor que apague a luz? Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-ultimo-servidor-que-apague-a-luz>>. Acesso em 22 de maio de 2019.

FOLHA DIRIGIDA. HU da URFJ, que não aderiu à EBSERH, luta para sobreviver. Disponível em: <<https://folhadirigida.com.br/noticias/concurso/especial/hu-da-ufsj-que-nao-aderiu-a-ebserh-luta-para-sobreviver>>. Acesso em 22 de maio de 2019.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Manifesto em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino pública estatal, vinculadas às universidades, sob a administração direta do estado:** contra a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares nos hospitais universitários (HUs) do Brasil. Disponível em: <[https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/170845/mod\\_resource/content/2/Manifesto%20contra%20a%20EBSERH%20-%20Versao%2023-06-2014.pdf](https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/170845/mod_resource/content/2/Manifesto%20contra%20a%20EBSERH%20-%20Versao%2023-06-2014.pdf)>. Acesso em 13 de maio de 2019.

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

GOMES, Renata Machado dos Santos. **A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): um estudo de caso.** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, vol. 5, supl. 1:26-38, Brasília, dezembro 2016.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.; LIRA, A. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 180p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

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.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. EBSEERH. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br>>. Acesso em 15 de agosto de 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Hospitais Universitários**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em 15 de agosto de 2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895/2013. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=3279333&tipo=TP&descricao=A DI%204895](http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=3279333&tipo=TP&descricao=A%20DI%204895)>. Acesso em 20 de abril de 2019.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 33. ed. rev. e atual. até a EC nº 95, de 15 de dezembro de 2016. São Paulo: Atlas, 2017.

OLIVEIRA, D. 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.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A Compatibilidade dos Princípios e Modelo de Estado que Subjazem ao SUS e a EBSEERH (Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares)**. 2014. 153f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

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

PAULO, Vicente. ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional descomplicado**. 16. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2017.

REIS, D; ARAÚJO, E.; CECÍLIO, L. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Módulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2009.

RODRIGUES, A.; OLIVEIRA, C.; FREITAS, M. Globalização, cultura e sociedade da informação. **Perspect. Cienc. Inf.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 97-105, jan./jun. 2001.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SARTORI, Giovanni. **A Teoria da Democracia Revisitada**. São Paulo: Ática S. A. 1994.

SOUZA, Gustavo Kovara de. **A participação social no processo de adesão dos Hospitais Universitários Federais à empresa brasileira de serviços hospitalares**. 2016. 77 f.



Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta De Inconstitucionalidade nº 4.895 de 01 de fevereiro de 2013. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4351459>>. Acesso em 17 de abril de 2019.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Questionada lei sobre empresa pública de serviços hospitalares. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=227949>>. Acesso em 17 de abril de 2019.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão nº 1.520/2006. Representação. Proposta apresentada pelo ministério do planejamento, orçamento e gestão para substituição de terceirizados na Administração Pública federal direta autárquica e fundacional por servidores concursados. Conhecimento. Prorrogação dos prazos anteriormente concedidos pelo tribunal sobre a questão. Determinações.