



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

GABRIELA ROLIM GOMES

**UMA ANÁLISE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
(EBSERH) NO CONTEXTO DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA**

SOUSA-PB  
2020

GABRIELA ROLIM GOMES

**UMA ANÁLISE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
(EBSERH) NO CONTEXTO DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Larissa Martins de Almeida.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS  
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

G633u      Gomes, Gabriela Rolim.  
              Uma análise da Empresa Brasileira dos Serviços  
              Hospitalares (EBSERH) no contexto de privatização da saúde  
              pública. / Gabriela Rolim Gomes. - Sousa: [s.n], 2020.

84fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) –  
Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2020.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Larissa Martins de Almeida.

1. Contrarreforma do Estado 2. Política de Saúde no Brasil. 3.  
Privatização. 4. Empresa Brasileira dos Serviços Hospitalares. I.  
Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 35:614(043.1)

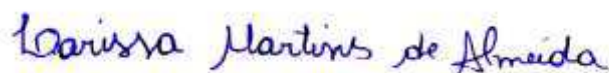
GABRIELA ROLIM GOMES

**UMA ANÁLISE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
(EBSERH) NO CONTEXTO DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Me. Larissa Martins de Almeida.

**Aprovada em:** 30/11/2020

BANCA EXAMINADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Me. Larissa Martins de Almeida (UFCG)  
ORIENTADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa (UFCG)  
EXAMINADORA



---

Prof. Dr. Luan Gomes dos Santos de Oliveira (UFCG)  
EXAMINADOR

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, mestre de tudo e de todas as coisas, visíveis e invisíveis, porque sem Ele nada disso seria possível. O segredo é ter fé em Deus. □Entrega o teu caminho ao Senhor, confia Nele, e o mais Ele fará□ (Salmo 37:5).

Em seguida meus agradecimentos são para minha avó materna, Maria Matildes (dona Neném) – *In Memoriam*, minha segunda mãe aqui na terra. Foi quem desde meus cinco anos de idade, me educou e me trouxe da casa dos meus pais no sítio, para iniciar meus estudos na cidade, na sua residência eu permanecia de segunda à sexta, e retornava ao sítio na sexta à tarde para passar os finais de semana com meus pais. Como eu queria que minha avó estivesse aqui nesse momento, para me ver formada, mas os acontecimentos que fogem ao nosso controle não permitiram. Ainda assim, sei que de onde a senhora está, sempre me protege com suas orações e intercede à Deus por mim. Obrigada, vó, por tanto amor e cuidado. O momento mais difícil da minha vida até hoje foi sua perda, mas saiba que eu te amo imensamente e a senhora está no meu coração para sempre.

Agradeço aos meus pais (Luzenira e Eduardo), minha maior riqueza aqui na terra, um muito obrigada especial à minha mãe, pois quando eu passei no vestibular para cursar Serviço Social na UFCG, ela ainda não era aposentada e não tínhamos condições de custear o transporte para que eu pudesse me deslocar diariamente de Cajazeiras-PB à Sousa-PB, mas ela não me deixou desistir e foi pedir ajuda para pagar a van mensalmente. Então se hoje estou me graduando é graças primeiramente a Deus, segundo a minha mãe, meu eterno amor, e a um amigo de adolescência da minha família, que se prontificou a ficar fornecendo o dinheiro da van mensalmente, e assim fez, durante os quatro anos da minha graduação. Obrigada, mãe! Por sempre me ouvir, ser minha confidente e por me ajudar a vencer meus medos e traumas. Meus eternos agradecimentos. Sem a senhora eu não estaria me formando hoje. Te amo!

Não posso aqui esquecer da minha tia e madrinha de crisma, tia Lourdinha, sem a ajuda financeira e emocional da senhora, a realização desse sonho não seria possível. Obrigada por mesmo estando longe se fazer presente, sendo apoio e sustentação quando as coisas estão difíceis. Só Deus, para retribuir toda a ajuda e

amparo que a senhora representa para nós. Obrigada por todas as conversas, conselhos, ajuda financeira e apoio emocional. Enfim, obrigada por ser um anjo em nossas vidas. Te amo, tia.

Agora os agradecimentos são para a pessoa que Deus e a UFCG me deram de presente, Diêgo Silva. Toda a nossa história não poderia ser diferente, porque para se tornar algo especial só poderia ser da maneira que aconteceu, ambos de Cajazeiras-PB, mas o destino quis que nos conhecêssemos em Sousa-PB. Hoje meu noivo, amigo, irmão, terapeuta (rsrsrs), tudo em um pacotinho de amor, obrigada por me compreender. Agradeço a Deus por ter colocado você em minha vida. Obrigada por ser essa benção, por ser suporte nos momentos que mais preciso, por conseguir me fazer sorrir e tirar algum ensinamento de situações difíceis. Parabéns por ser essa pessoa verdadeiramente humana e que conquista a todos. Obrigada por me fazer feliz. Te amo.

Agradeço a minha irmã Márcia Rolim, por todo apoio quando precisei. Te amo.

Quero agradecer em especial as amigadas que fiz na UFCG, são poucas, mas verdadeiras e que valem verdadeiramente cada momento que vivenciamos naquela universidade. Héllita do Nascimento Fernandes, a essa um agradecimento especial, por toda ajuda nas questões de informática e por ser extremamente prestativa quando mais precisei; Mônica de Almeida Barbosa; Maria Suzana da Silva Pires; Ana Rita Pereira da Silva; Camila Gomes de Farias; Estefani Lima Teles; Ana Rachel Alves Tomaz, um agradecimento em especial por sempre me disponibilizar e me receber tão bem em sua residência na cidade de Sousa quando precisei; Juliana Casimiro de Assis; Luiz Fernando Soares Xavier e Estefany Alexandre. Adoro todos vocês e levo cada um no meu coração, sempre.

Agradeço também a todos da van, que durante o convívio diário se tornaram pessoas queridas, em especial: Václav Havel; Sarah Raélyda; Aline; Andressa; Victor Bruno; João; Sávio (esses do curso de Direito); Gislâni (minha colega de van e de curso durante alguns meses e que ficou no meu coração); Pimenta; Wesley; Fabiano e Paulo (motoristas especiais).

A todo corpo docente do curso de Serviço Social da UFCG – Campus Sousa, agradeço especialmente a minha orientadora, Larissa Martins de Almeida, por seu esforço nas correções e em buscar aperfeiçoar meu Trabalho de Conclusão de

Curso, para que eu o concluísse da melhor forma possível. Agradeço também em especial, aos professores que irão compor a banca de defesa do presente trabalho: Professora Cibelly Michalane e Professor Luan Gomes. Desde já, muito obrigada.

Agradeço em especial a professora Helmara Giccelli Formiga Wanderley, coordenadora do projeto de extensão que participei, intitulado: Saúde Mental, Cidadania e Direitos Humanos: Educação e inclusão social da pessoa com transtornos mentais. Uma experiência riquíssima e que me propiciou ensinamentos que levarei por toda minha vida. Parabéns, Helmara, por ter amor ao ensinar e por transmitir conhecimento de uma forma admirável. Obrigada também por todas as vezes que me levou à rodoviária quando precisei ficar para as reuniões do projeto. Obrigada, de verdade.

Em especial também quero agradecer a minha supervisora acadêmica de estágio, Vanessa Eidam, por todos os ensinamentos, todas as orientações valorosíssimas, por me auxiliar na compreensão e análise crítica de todas as experiências de estágio, no HUJB (Hospital Universitário Júlio Bandeira) aqui em Cajazeiras-PB. Não posso deixar de agradecer a todos os profissionais desse hospital que me acolheram tão bem, em especial às assistentes sociais dessa casa de saúde: Marklitânia Rodrigues; Gilcléssia; e minhas supervisoras de campo: Estágio supervisionado I - Keila Margarida do Monte Moura de Britto e Estágio Supervisionado II - Patrícia Cavalcante da Silva.

Em síntese, o meu muito obrigada a todos e todas, que de alguma forma contribuíram positivamente para a realização desse sonho.

## RESUMO

O presente trabalho procura analisar a Política de Saúde no Brasil e a efetivação do Sistema Único de Saúde diante de processos de privatizações provenientes do contexto de contrarreforma do Estado. Para isso, esse estudo investiga a criação e inserção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na Saúde pública, essencialmente, na administração de Hospitais Universitários Federais (HUs). Nesse sentido, realizaremos uma revisão de literatura com base nos debates realizados por estudiosos da Saúde e uma pesquisa documental com instrumentos legais que compõem o SUS e a EBSEH, como as leis 8.080 de 1990 e 12.550 de 2011, a Carta Anual 2020 – ano base 2019, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, o Regimento Interno, o Estatuto Social e o Código de Ética e Conduta da EBSEH. Inicialmente, apresentamos um breve debate sobre a política social brasileira e debatemos a efetivação da Política de Saúde, ressaltando os avanços da implementação do SUS. Posteriormente, analisamos a crise estrutural do capital e a contrarreforma do Estado brasileiro e seus rebatimentos na Política de Saúde, tendo como foco as privatizações que se iniciam nos anos 1990. O objetivo principal desse trabalho é demonstrar como essa empresa representa um desmantelamento da Saúde pública no Brasil, ao promover uma retirada do fundo público para fins privados, ao colocar interesses privados acima dos interesses públicos, ao comprometer o tripé ensino, pesquisa e extensão das Universidades Federais. Assim sendo, a EBSEH representa riscos para o SUS e seus fundamentos: universalidade, integralidade e equidade. O mais perigoso é que a EBSEH retira do Estado seu dever que deveria ser exclusivo, de efetivar uma Saúde pública totalmente gratuita e de qualidade para todos e todas, pois trata-se de direito constitucional.

**Palavras-chave:** Estado. Contrarreforma. Política de Saúde. Privatização. EBSEH.



## **ABSTRACT**

This paper seeks to analyze the Health Policy in Brazil and the effectiveness of the Unified Health System in the face of privatization processes arising from the context of the State's counter-reform. To this end, this study investigates the creation and insertion of the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) in public health, essentially in the administration of Federal University Hospitals (HUs). In this sense, we will carry out a literature review based on the debates carried out by health scholars and a documentary research with legal instruments that comprise SUS and EBSEH, such as laws 8.080 of 1990 and 12.550 of 2011, the Bylaws and the Code of Conduct Ethics and Conduct of EBSEH. Initially, we presented a brief debate on Brazilian social policy and discussed the effectiveness of the Health Policy, highlighting the advances in the implementation of SUS. Subsequently, we analyzed the structural crisis of capital and the counter-reform of the Brazilian State and its impact on the Health Policy, focusing on privatizations that began in the 1990s. The main objective of this work is to demonstrate how this company represents a dismantling of public health in Brazil, by promoting a withdrawal of the public fund for private purposes, by placing private interests above public interests, by compromising the tripod of teaching, research and extension of Federal Universities. Therefore, EBSEH represents risks for SUS and its fundamentals: universality, integrity and equity. The most dangerous thing is that EBSEH removes from the State its duty that should be exclusive, to carry out a totally free and quality public health for all, since it is a constitutional right.

**Keywords:** State. Counter-reformation. Health Policy. Privatization. EBSEH.

## **LISTA DE SIGLAS**

Benefício de Prestação Continuada (BPC)  
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)  
Constituição Federal de 1988 (CF)  
Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs)  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)  
Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)  
Hospitais Universitários Federais (HUs).  
Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)  
Lei Orgânica da Saúde (LOS)  
Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs)  
Organizações Sociais (OS)  
Programa de Saúde da Família (PSF)  
Proposta de Emenda à Constituição (PEC)  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Tirinha sobre privatização

**Figura 2:** Orçamento atual do Brasil com Saúde pública na pandemia

**Figura 3:** Estrutura básica da EBSEERH

**Figura 4:** Mapa Estratégico da Rede EBSEERH – 2018-2022

**Figura 5:** Orçamento da EBSEERH e suas fontes de financiamento

**Figura 6:** Execução orçamentária e financeira da Unidade Orçamentária da EBSEERH (em milhões)

**Figuras 7, 8 e 9:** Remuneração da administração e dos membros do colegiado da EBSEERH

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1 A POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA: elementos para se entender a Saúde como política pública</b> .....	<b>16</b>
__ 1.1 Breve análise da política social brasileira.....	16
__ 1.1.1 Liberalismo e políticas sociais .....	20
__ 1.1.2 Crise do capital e as políticas sociais brasileiras .....	22
__ 1.2 A política de Saúde brasileira: reforma sanitária e avanço neoliberal .....	25
__ 1.3 O processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).....	29
<b>2 CONTRARREFORMA DO ESTADO E SEUS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA</b> .....	<b>36</b>
__ 2.1 Contexto social, histórico e político da contrarreforma do Estado.....	36
__ 2.2. Contrarreforma e Saúde Pública .....	41
<b>3 PRIVATIZAÇÃO E EBSERH</b> .....	<b>48</b>
__ 3.1 Privatização e Saúde.....	48
__ 3.2. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como aspecto de desmonte da Saúde pública .....	53
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>79</b>

## INTRODUÇÃO

Apreender a Política de Saúde pós Reforma Sanitária, é primeiramente um desafio devido aos retrocessos que rebateram sobre as políticas públicas e sociais no Brasil, com a expansão do projeto neoliberal. Em consonância com tal projeto, o atual cenário político e econômico do país, revela que os processos de privatizações estão avançando sobre o âmbito público, induzindo a responsabilidade pelas políticas sociais ao mercado e à sociedade civil.

Segundo Bravo (2009, p. 100), a Reforma do Estado ou contrarreforma do Estado “parte do suposto de que o Estado se desviou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente”. Esse processo de contrarreforma do Estado tem início com o projeto neoliberal, que surge, no âmbito teórico em 1940, e começa a se materializar nos anos 1970, respondendo as demandas postas pela crise estrutural que perpassa o capital.

O cenário de contrarreforma do Estado demonstra claramente as estratégias utilizadas pelo grande capital para evitar investimentos no setor público, colocando como necessárias mudanças na forma de gerir as políticas sociais. Neste cenário, o Estado busca se abster das suas obrigações e funções, focando seus esforços para garantir o ajuste fiscal e o enriquecimento dos grandes monopólios, substanciando, assim, uma política voltada para o mercado e o capital financeiro, em detrimento das políticas públicas. Como descreve Behring:

[...] o centro da “reforma”, na verdade, é o ajuste fiscal. As supostas preocupações com a proteção social – nas novas modalidades propostas – e a consolidação da democracia e da cidadania no Brasil mais se parecem com ornamentos para torná-la mais palatável (BEHRING, 2008, p.198).

Em tempos de crise, a prioridade torna-se o mercado e os discursos levam à privatização e precarização dos serviços. Dessa forma:

[...] a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156).

Atualmente no Brasil questiona-se como a Saúde Pública se manterá com o congelamento dos gastos em saúde e educação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241/16, ou seja, como esses cortes nos investimentos refletem na efetivação da Política de Saúde, visto que, mesmo no início da redução de custos, notava-se a falta de recursos e elementos essenciais em alguns serviços, para que estes funcionassem em sua plena capacidade – como, por exemplo, a falta de material, estrutura adequada e orçamento para contratação de profissionais qualificados.

Nesta perspectiva, para analisar a efetividade dessa política baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se essencial entender que ela é de grande importância para auxiliar na autonomia dos sujeitos, enquanto seres sociais partícipes das relações que produzem e reproduzem na vida social. Porém, quando a privatização se insere no setor público, acaba o descaracterizando, ao alterar as bases do que é direito socialmente reconhecido e garantido constitucionalmente. Assim,

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – foi um dos aspectos que têm provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltado para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico (BRAVO, 2009, p. 101-102).

A Constituição Federal de 1988 preconiza no Art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doença e de outros agravos através do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Sendo assim, é dever do Estado fornecer atendimentos e serviços de saúde em todas as esferas para à população brasileira, sem qualquer distinção ou discriminação.

Partindo de uma perspectiva de privatização da Saúde, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vem inserindo-se no âmbito público, como uma empresa pública de direito privado, ou seja, tem na sua administração setores privados, através da “personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado” (BRASILEIRO; PASSOS, 2019, p. 01); o que descaracteriza o princípio de direito universal da saúde. Sobre a EBSERH, Bravo e Menezes (2015, p. 07) expõem que:

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada pela Lei nº. 12.550, sancionada pela presidenta Dilma Rousseff, no dia 15 de dezembro de 2011, apesar da 14ª Conferência Nacional de Saúde ter questionado e votado contrário a proposta. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, como prevê a proposta de Fundações Estatal de Direito Privado, poderá contratar funcionários por CLT e por contrato temporário de até dois anos, podendo ser renovado por mais três anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento. Está previsto também a criação de previdência privada para os seus funcionários.

Diante do exposto, torna-se uma necessidade teórica um estudo das especificidades da Política de Saúde a partir da EBSERH, empresa vinculada ao Ministério da Educação, responsável pela gestão e administração de hospitais públicos, anteriormente administrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A importância desse estudo para a sociedade, está na análise do processo de privatização da política de Saúde brasileira, como resultante da contrarreforma do Estado. Portanto, pretendemos entender como a expansão desse processo, através da implementação da EBSERH, rebate sobre a Saúde como um direito público universal.

Foi despertada, no campo de estágio no Hospital Universitário (HU) Júlio Bandeira em Cajazeiras-PB, a intenção de fazer essa pesquisa, pois a expansão da EBSERH interfere diretamente na efetivação da Política de Saúde pública, como direito universal e reitera o processo de privatização ao consolidar a retirada de recursos públicos para o âmbito privado.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral, analisar o processo de privatização no Brasil a partir da expansão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), para tanto, realizaremos uma revisão de literatura com base nos debates de autores/as renomados/as, especialmente, Elaine Rossetti Behring; Maria Inês Souza Bravo e Alessandra Ximenes da Silva; dentre outros/as que se fizeram necessários/as para fomentar o debate. Também realizamos uma pesquisa documental com instrumentos legais que compõem o SUS e a EBSERH, como a Lei 8.080 de 1990, a Lei nº 12.550 de 2011, a Carta Anual 2020 – ano base 2019, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, o Regimento Interno o Estatuto Social e o Código de Ética e Conduta da EBSERH.

Este trabalho está dividido em três capítulos, o primeiro é sobre a política social brasileira, análise do seu contexto histórico, bem como da política de Saúde brasileira e a efetivação do SUS, o segundo é uma discussão sobre a contrarreforma

do Estado, e o terceiro e último capítulo será sobre o contexto social, histórico e político da privatização, com uma discussão sobre privatização e Saúde, utilizando a EBSEH como modelo de desmonte da Saúde pública. Por fim, traremos as considerações finais da nossa pesquisa literária especializada na temática e documental.



## **1 A POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA:** elementos para se entender a Saúde como política pública

Nesse capítulo iremos tratar inicialmente da política social brasileira e todos seus aspectos históricos. No primeiro tópico realizamos uma breve discussão acerca da política social brasileira e sua generalização no contexto de expansão do liberalismo econômico. Posteriormente, realizamos um debate sobre a crise estrutural do capital e seus rebatimentos nas políticas sociais brasileiras; no segundo tópico desse capítulo, apresento o debate sobre a política de Saúde brasileira, com ênfase no processo de Reforma Sanitária e o avanço neoliberal. E, para finalizar, apresentamos a questão do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 1.1 Breve análise da política social brasileira

A política social no Brasil perpassa a história e o processo de manutenção e acumulação do capital, ou seja, a política social é uma resposta às lutas da classe trabalhadora e as próprias demandas do capital em desenvolvimento. A forma que as políticas sociais se estabelecem, também reflete o desenvolvimento social de cada país, ou seja, seu processo de formação social e político.

O Brasil, como vários países da América Latina que também foram colônias de exploração, teve suas riquezas usurpadas e o mercado interno voltado para atender as demandas dos países centrais, sendo inicialmente uma colônia de exploração de Portugal, mas posteriormente atendendo, principalmente, os interesses da Inglaterra e Estados Unidos. Essa relação de dependência e subordinação leva o país a possuir uma economia voltada às demandas externas, ao assumir o papel de exportador de commodities<sup>1</sup> e mercadorias de baixo valor agregado e, conseqüentemente, um posicionamento subalterno na divisão internacional do trabalho. Segundo Prado Jr. (*apud* BEHRING, 2011, p. 72):

---

<sup>1</sup> Commodities é uma expressão do inglês que se difundiu no meio econômico para fazer referência a um determinado bem ou produto de origem primária [...]. Geralmente, trata-se de recursos minerais, vegetais ou agrícolas, tais como o petróleo, o carvão mineral, a soja, a cana de açúcar e outros. (MUNDO EDUCAÇÃO, 2020, p. 01). Resumindo, são matérias primas.

[...] a acumulação originária, o colonialismo e o imperialismo são momentos de um *sentido* geral da formação brasileira: uma sociedade e uma economia que se organizam para fora e vivem ao sabor das flutuações de interesses e mercados longínquos (IANNI, 1989, p. 68 - 69).

Para pensar e analisar a história da política social, é preciso entender como as mudanças ocorridas desde o período de colonialismo, até os dias atuais interferem na economia do país, e compreender o papel do Estado brasileiro, tendo em vista que, historicamente, o Estado esteve a favor dos interesses das elites brasileiras.

O Estado, como uma estrutura totalizadora, defende os interesses da classe economicamente dominante. Não fugindo à regra, o Estado brasileiro tem um caráter burguês e sempre esteve a favor do grande capital, mesmo quando efetiva direitos e implementa políticas sociais. Nesse sentido, vale ressaltar que as políticas sociais são resultantes das lutas da classe trabalhadora, mas também, são formas de controle social exigidas pela classe dominante, ou seja, é uma maneira de garantir o mínimo para manutenção e reprodução do exército industrial de reserva, sem prejudicar os princípios da acumulação capitalista. As políticas sociais surgem como mecanismos de manutenção da ordem social.

O capitalismo tardio do Brasil e a forma como a sociedade brasileira se desenvolveu, marcam as principais características da política social no país, que muda de acordo com o movimento político instaurado, pois a sociedade acompanha as mudanças na política, no mercado, na economia, na cultura, ou em alguns casos se torna massa de manobra para que os agentes políticos, em conjunto com a burguesia, consigam priorizar os interesses do capital e atuar sobre as políticas sociais, tornando-as cada vez mais focalizadas, seletivas, fragmentadas e restritivas.

Sendo assim, é possível analisar e compreender que a trajetória da política social no Brasil, segue uma sequência estrutural dos acontecimentos, desde a colonização da nação até o capitalismo monopolista da atualidade, ou seja, acompanha a formação social brasileira.

[...] Não houve no Brasil escravista do século XIX uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes. A questão social já existente num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e com a imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação

voltadas ao mundo do trabalho. É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominante. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. [...] (BEHRING, 2011, p. 78-79).

Como demonstrado na citação acima, as elites nunca estiveram compromissadas com os ideários e as lutas da classe trabalhadora. Vale ressaltar ainda que até então não existiam os sindicatos, pois os mesmos só foram reconhecidos a partir de 1903, com os sindicatos da agricultura e industriais rurais, e em 1907 dos/as trabalhadores/as urbanos/as. Em 1911, ocorreu a diminuição das jornadas de trabalho e em 1919 foi regulamentada a questão dos acidentes de trabalho (ainda que por um viés de responsabilidade do/a trabalhador/a e não da empresa ou instituição empregadora).

Finalmente, como considera Behring e Boschetti (2009), em 1923, surge o primeiro modelo de política social no Brasil, a lei Eloy Chaves que por pressão da classe trabalhadora criou Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) – primeira forma de Previdência Social brasileira – e os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Em seguida, surge o Código de Menores que contribuiu com a história da criança no Brasil, já em 1988 a Constituição Federal trouxe a proteção e reconheceu as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, o que foi reafirmado em 1990 com a Lei 8069, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

As políticas sociais surgem como uma forma de distribuir renda, para aqueles/as que são vítimas do sistema e não tem acesso a riqueza socialmente produzida, ou seja, é uma forma do Estado atuar no campo social com um mínimo necessário para a sobrevivência dos/as trabalhadores/as. Isso fica claro no texto da autora Alejandra Pastorini (1997) considerando que as políticas sociais entram em cena com o objetivo de compensar aqueles/as que foram “prejudicados/as” na distribuição de renda.

Porém, é importante destacar, ainda segundo Pastorini (1997), que as políticas sociais são entendidas como um conjunto sistemático de ações do Estado, que tem uma finalidade redistributiva da renda para alcançar o equilíbrio social. Mas para entender melhor as políticas sociais, se faz necessário analisá-las na perspectiva da totalidade e, ao mesmo tempo, das lutas de classes, para assim, compreender os elementos políticos, econômicos e sociais que as constituem.

Também, de acordo com Pastorini (1997), a função social das políticas sociais está baseada na distribuição de recursos sociais com a prestação de serviços sociais e assistenciais, outorgando um complemento salarial às populações de baixa renda.

Bem como a autora traz a crítica ao termo “concessão-conquista” – utilizado, inclusive, na perspectiva marxista –, tendo em vista que este não é suficiente para arcar com a realidade social que permeia as políticas sociais. Para a autora esses dois conceitos se excluem mutuamente, pois ao passo que conceder significa doar ou outorgar, conquistar significa tomar pela força, ou seja, conquistar não é compatível com conceder, porque se uma parte conquistou significa que a outra não concedeu inicialmente. Sendo assim, é um binômio não dialético para descrever uma relação conflituosa entre classe dominante, classe trabalhadora e Estado.

A segunda crítica de Pastorini (1997) trata da conceitualização dessa terminologia, pois nem o Estado só concede, nem as classes subalternas só conquistam, mas que existem em cada ator desse processo, uma parte de concessão outra de conquista, ou seja, há em cada política social aspectos de conquistas e de concessões ao mesmo tempo, sendo assim uma relação bem mais complexa.

Isto significa que o Estado outorga para evitar eventuais demandas e lutas, mas nem por isso podemos pensar que as lutas e as demandas não estejam presentes no processo de gênese das políticas sociais. Muito pelo contrário, é essa possibilidade de lutas e conflitos sociais implícitos que faz com que o Estado outorgue determinados benefícios; se não existisse tal possibilidade, o Estado não se anteciparia (PASTORINI, 1997, p.100).

Pastorini (1997), então, apresenta a categoria “demanda-outorgamento” como uma relação processual que melhor caracteriza as políticas sociais, explicitando a luta de classes, na qual, sujeitos ou grupos sociais pressionam e demandam intervenções do Estado que outorga e integra essas demandas. Assim, as políticas sociais não são meros resultados da intervenção do Estado, mas são resultantes das relações conflituosas entre as classes fundamentais e, por isso, são permeadas de interesses e contradições, devendo ser entendidas para além do aparente, ou seja, em seu movimento dialético e contraditório.

### 1.1.1 Liberalismo e políticas sociais

E para entender melhor o aspecto político de interferência nas políticas sociais, se faz necessário compreender o liberalismo, ideologia política e econômica que operou no início da constituição dessas políticas. A ideologia liberal que ascende no contexto de revoluções contra os sistemas absolutistas dos séculos XVII e XVIII, baseia-se na preservação da liberdade individual, defende a não intervenção do Estado na economia – este é visto como um inimigo do desenvolvimento capitalista – e defende com unhas e dentes o direito à propriedade privada, à livre iniciativa e à concorrência (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

O liberalismo tem como um dos seus mais representativos estudiosos da economia Adam Smith, o fundador da economia clássica que construiu a teoria da “mão invisível”. Adam Smith defendia que o crescimento econômico de uma sociedade dependia do trabalho desenvolvido pelos homens e mulheres que, atuando, individualmente no mercado causariam um certo equilíbrio econômico; nessa concepção, o mercado se autorregularia e garantiria o crescimento econômico necessário ao capital.

Nessa concepção liberal, as classes sociais envolvidas no contrato social – relação explicitada pelo trabalho assalariado – são vistas como iguais, entretanto, essa relação pressupõe exploração e subordinação, ou seja, uma parte detém os meios de produção e compra a força de trabalho (proprietários), e outra parte detém a sua força de trabalho como propriedade e precisa submeter-se à exploração capitalista (trabalhadores). Portanto, esse “equilíbrio” liberal é digno de questionamentos, tendo em vista que o liberalismo – expressão máxima do capital – se instituiu para assegurar o domínio político da classe burguesa, utilizando, para isso, o aparato do Estado para defender os interesses.

No Brasil, o liberalismo se apresenta com essa mesma lógica estrutural, porém, embora busque assegurar o domínio das classes dominantes brasileiras, estas eram (e ainda são) subordinadas aos interesses do capital internacional. Além disso, o liberalismo no Brasil não abrange com a necessária importância os direitos sociais e as políticas sociais:

O fundamental, nesse contexto do final do século XIX e início do século XX, é compreender que nosso liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores

e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. Essa situação começa a se alterar nos anos 1920 e sofrerá mudanças substanciais a partir dos anos 1930 (BEHRING, 2011, p. 81).

No Brasil, apenas com a formação do capitalismo tardio, o Estado começa a atender às demandas das lutas da classe trabalhadora na forma de direitos sociais. Mas, é importante ressaltar que mesmo sendo resultantes das lutas do trabalho, as políticas sociais se apresentam como uma espécie de solução por parte do Estado para as alterações capitalistas na idade do monopólio, que provoca a ampliação das múltiplas expressões da “questão social”.

Segundo descreve Netto (2009), o capitalismo passou por importantes modificações no século XIX, quando se apresentou mais notadamente como sistema de exploração e contradições.

[...] O capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica, todos eles desvelados pela crítica marxiana (NETTO, 2009, p. 19).

A busca por altos lucros – para manter o princípio da acumulação capitalista – provoca mudanças no mundo do trabalho e, conseqüentemente, uma maior exploração da classe trabalhadora. É nesse contexto monopolista que se extrapolam as contradições do modo de produção capitalista. Há um aumento substancial da exploração do trabalho, das expressões da questão social e, conseqüentemente, dos conflitos entre as classes sociais.

Essas mudanças estruturais também implicam em alterações na intervenção do Estado. Segundo Netto,

A necessidade de uma nova modalidade de intervenção do Estado decorre primariamente, como aludimos, da demanda que o capitalismo monopolista tem de um vetor extra-econômico para assegurar seus objetivos estritamente econômicos. O eixo da intervenção estatal na idade do monopólio é direcionado para garantir os superlucros dos monopólios – e, para tanto, como poder político e econômico, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções (NETTO, 2009, p. 25).

O Estado, mediante as necessidades do capitalismo monopolista, se refuncionaliza para atuar conforme os objetivos do capital, reiterando seu papel de classe. Dessa forma,

[...] vale dizer: o Estado funcional ao capitalismo monopolista é, no nível das suas finalidades econômicas, o “comitê executivo” da burguesia monopolista – opera para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista (NETTO, 2009, p. 26).

Nesse contexto, as políticas sociais se estabelecem como respostas necessárias, tanto às demandas da classe trabalhadora por direitos, quanto da classe dominante por controle e consenso. Essas políticas são uma forma do Estado, através do provimento das condições mínimas de sobrevivência, manter uma população à disposição para a exploração, ou seja, um exército industrial de reserva disponível para vender sua força de trabalho, o que é bastante lucrativo para o capital.

O desenvolvimento da política social no Brasil segue um ritmo diferente do processo internacional, aqui a política social, ao passo que amplia os direitos sociais, tem caráter paliativo, sendo utilizada pelo capital para manter as condições básicas de sobrevivência para a classe trabalhadora, ou seja, apenas amenizar a situação de extrema vulnerabilidade, de forma a garantir a reprodução mínima da classe trabalhadora.

Pois, de acordo com o período histórico, esse foi o momento no qual ocorreu uma maior interferência do Estado na economia, e isso refletiu diretamente nas políticas sociais brasileiras, que se encontravam mais dependentes do capitalismo e refém dos interesses de mercado, ocasionando o aviltamento das múltiplas expressões da “questão social”.

### 1.1.2 Crise do capital e as políticas sociais brasileiras

Na final da década de 1970, no Brasil, começaram a surgir as questões que demonstraram o início do fracasso do modelo ditatorial conservador em vigência, e se inicia o processo de transição para o reestabelecimento da democracia, como exemplo dessas questões tem-se, de acordo com Behring e Boschetti (2009), o esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador-conservador do regime em função dos impactos da economia internacional, restringindo o fluxo do capital.

Os anos 1980 foi a época que ficou conhecida como a década perdida no Brasil e países da América Latina, devido aos sinais que a economia demonstrava de recessão mediante à crise do capital internacional. De acordo com Mészáros

(2017), esse foi um período de grande aumento da dívida externa e de déficits fiscais. Nessa época, o mundo passava por uma crise financeira, iniciada nos anos 1970, que levou a uma crise política de grandes proporções que culminou com o fim do período de ditadura no Brasil. Entretanto, mesmo sendo conhecida como uma década perdida, vale ressaltar que os anos 1980 encerram-se com relevantes avanços no âmbito dos direitos sociais, ao promulgar a Constituição de 1988.

A crise capitalista é intitulada por Mészáros (2017), como uma crise estrutural. Essa crise não teve origem em 2008 com a crise do mercado imobiliário americano, mas quatro décadas antes. Portanto, sua temporalidade demonstra que não se trata apenas de uma crise cíclica, mas uma crise que têm um alcance global, afetando todo o mundo e atingindo todos os países de alguma forma.

Nunca é demais assinalar que a crise que vivemos não pode ser compreendida se não a remetermos para a estrutura social no seu todo. Isto quer dizer que, para clarificarmos a natureza desta crise, cada vez mais grave e duradoura, que afeta hoje o mundo inteiro, devemos considerar a crise do sistema capitalista no seu todo. Pois a crise do capital que experimentamos hoje é uma crise estrutural que tudo abrange (MÉSZÁROS, 2017, p. 03).

Essa crise estrutural tem como base problemas de caráter financeiro, social, político e econômico do capitalismo, demonstra a sua impossibilidade de crescimento e acumulação, sem resultar em perdas e retrocessos em termos de direitos e políticas sociais para a classe trabalhadora. Esta crise coloca em xeque esse modo de produção e revela a incontrollabilidade do capital, expondo suas contradições e antagonismos (MÉSZÁROS, 2017).

Esse período de fim da “onda longa expansiva” capitalista (E. Mandel), que garantiu o período conhecido como “30 anos gloriosos” (1945-1973), significou o fim do Welfare State, e substanciou uma maior ofensiva sobre a periferia capitalista. Não fugindo a essa lógica, o Brasil também é atingido por essa crise, os rebatimentos são imensos, tanto no âmbito econômico quanto no âmbito social.

No entanto, mesmo em período de recessão, a classe trabalhadora brasileira se articulou em movimentos sociais e partidos políticos na luta em favor da democracia, conseguindo, inclusive, consolidar avanços no âmbito dos direitos sociais frente às ofensivas capitalistas. Em consequência, aconteceram também alguns benefícios relacionados a Seguridade Social brasileira e a Constituição Federal de 1988, como a consolidação da Assistência Social como política e a



criação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo para idosos e pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade e que não contribuíram com a Previdência Social.

Para a saúde, os avanços adquiridos na Constituição Federal são, de certa forma, resultantes do Movimento de Reforma Sanitária e da luta de sujeitos políticos com direcionamento a favor da classe trabalhadora que, conforme Bravo (2009), apresenta o conceito de saúde como sendo o bem-estar social, físico e mental da sociedade.

Em contrapartida, esses avanços no campo social foram impactados pela recessão econômica. A agudização da “questão social” e as questões políticas levaram a disputa eleitoral entre Lula e Collor de Mello para o segundo turno, mas a resposta da insatisfação das elites com os avanços sociais (ao menos no âmbito da legalidade), elegeu o candidato que representava a classe dominante e seus interesses. Collor era o neoliberalismo representando a política brasileira.

Ainda no governo de Sarney, a política social apresentava caráter frágil e focalizada, ele criou o Programa do Leite (1985-1990) que, ao invés de promover o acesso na forma de direito, era na base do clientelismo político, descaracterizando a política social. Assim, com a eleição de Collor e a continuidade da sua política de austeridade com o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a doutrina neoliberal avançava no cenário brasileiro.

O neoliberalismo é adotado, enquanto projeto político-ideológico, entre a década de 1970 e 1990. Se apresenta, primeiramente, de modo experimental no Chile (Governo ditatorial de Pinochet, 1973), depois na Inglaterra (Governo de Margareth Thatcher, 1979), seguida dos Estados Unidos (Governo Reagan, 1981) e Alemanha (Governo Kohl, 1982). Aqui no Brasil deu início com o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e se fortalece com Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), com a redução de investimentos públicos e a privatização de empresas estatais.

É uma política que defende as reformas no âmbito econômico e político, favorece os mercados, os empregadores, os grandes capitalistas e as grandes empresas, restringe os direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, defende as privatizações como solução para a crise capitalista de modo que desenvolva a economia. Segundo Bravo e Menezes (*apud* Mota, 1995), nos anos 1990, assistiu-

se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal gestada pelo capital e legitimada pela “cultura política da crise”.

A política social no Brasil tem suas especificidades no contexto de contrarreforma do Estado, implementado pela adoção da política neoliberal. Esta política instaurada nos anos de 1990 e que se arrasta até o atual cenário político institui reformas e privatizações, priorizando o mercado e o grande capital, e colocando os investimentos nas políticas públicas como causa da crise do Estado.

As políticas sociais, no contexto neoliberal, se estabelecem de forma paliativa, alcançando, a partir de critérios restritivos, a parcela mais pobre da população e minimizando a perspectiva de direito pertencente a todos/as que dela necessitam.

Como forma de resistência também ocorreram as lutas da Saúde pública, contra a inserção do setor privado e da indústria farmacêutica nos investimentos do SUS. Entretanto, a lógica mercadológica invade as políticas sociais, expandindo os planos privados de saúde e previdência, bem como as concessões público-privadas, em consonância, com as demandas do Estado e do mercado.

A política neoliberal coloca em risco os direitos assegurados e garantidos constitucionalmente, com a priorização do ajuste fiscal, fazendo com que as políticas sociais sejam desmanteladas, fragilizadas e fragmentadas, além de entrelaçadas aos interesses da política econômica. Nesse cenário, ocorre também um movimento de desresponsabilização do Estado, perante os direitos sociais em face dos interesses das classes dominantes e do grande capital. O Estado passa a influenciar a intervenção do mercado e da sociedade civil nas políticas sociais, sob o nome de “responsabilidade social”, “solidariedade”, “voluntarismo” (BRAVO, 2009).

No que tange à Saúde pública, historicamente ocorre o sucateamento dos serviços e as demandas da população cada vez maiores, se tornam moeda de troca para os interesses políticos, enquanto os/as usuários/as não têm respeitado seu direito mínimo de uma Saúde pública de qualidade. No próximo tópico iremos abordar especificamente essa política.

## 1.2 A política de Saúde brasileira: Reforma Sanitária e avanço neoliberal

O debate que realizaremos neste item, corresponde ao processo de desenvolvimento da Política de Saúde brasileira após o movimento de Reforma Sanitária, movimento este que culmina com a intervenção estatal na Saúde. Em

síntese, a Reforma Sanitária foi um movimento de resistência e organização da sociedade civil que reivindicava transformações na política de Saúde brasileira que, até a década de 1980, tinha caráter eminentemente contributivo e privatista.

O principal objetivo do movimento sanitário era a obtenção de uma política de Saúde pública, gratuita e de qualidade, ou seja, como direito universal inserido na Seguridade Social, disponível para todos e todas e dever do Estado. Esse movimento que ascende em plena ditadura civil-militar brasileira, reúne trabalhadores/as sindicalistas, profissionais de saúde e movimentos organizados da universidade, resultado da luta social e política desses segmentos.

A luta pela redemocratização que se inicia na segunda metade dos anos 1970, com o intuito de reestabelecer a democracia no país após o período da ditadura civil-militar, modificou de alguma maneira a forma como a sociedade civil da época exercia seu papel perante o Estado. Assim, a redemocratização possibilitou uma maior participação da sociedade civil na luta em torno dos seus direitos e, portanto, contribuiu para a ampliação da frente pela Reforma Sanitária que beneficia, principalmente, as classes que mais necessitam do acesso à Saúde. Nesse sentido,

o projeto da Reforma Sanitária, ainda que tenha partido de intelectuais do setor, visa atender principalmente às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área de saúde. Nesse sentido, a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país. Por outro lado, seria errôneo a partir desta constatação remeter a luta na área de saúde à dicotomia classe operária *versus* burguesia, sob pena de estreitar a base social e política do Movimento Sanitário, e colocar em xeque o próprio projeto hegemônico (TEIXEIRA, 2011, p. 93).

Pode-se dizer que a Reforma Sanitária buscava melhorias em vários aspectos para a sociedade, indo, assim, contra a hegemonia instituída pelas elites brasileiras. Foi o modelo ou ideário trabalhista que buscou melhores condições de trabalho na Saúde, tal como conseguiu atrair profissionais da saúde que se tornaram contra o modelo privatista, liberal e autoritário da ditadura civil-militar. Segundo Bravo (2007, *apud* DIAS; LEMOS; SALES, 2011, p. 05):

O projeto de reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição de 1988, está intimamente ligado ao projeto societário de democracia de massas e que prevê a ampla participação social, sobretudo do Estado, responsável pela garantia de direitos assegurados em lei e na construção de resposta às expressões da questão social.

O movimento de Reforma Sanitária segundo (Bravo, 2009) visava a universalização do acesso à Saúde pública de qualidade, ou seja, o conceito ampliado de Saúde como política de direito. Trazia como elementos importantes: a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo debate sobre saúde individual e coletiva, assim como também a democratização na participação, no acesso e no financiamento.

Os principais avanços do texto constitucional para a Saúde foram, dentre eles, a conquista da universalidade, ou seja, a garantia da saúde como direito para todos/as a ser assegurado pelo Estado; a instituição do SUS e, com ele, novos serviços de saúde prestados; e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (BRASIL, 2020, p 01).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído logo após, foi regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), preconiza que o modelo assistencial dos serviços de saúde deve ser pautado na integralidade e equidade das ações, bem como, na democratização do acesso, na universalização das ações e na melhoria da qualidade dos serviços; o que se constitui um desafio na conjuntura atual, tendo em vista que as demandas e necessidades que se apresentam nos serviços de saúde, exigem cada vez mais respostas às diferentes necessidades de saúde e uma intervenção baseada na resolutividade.

De acordo com Dias (*et al*, 2011, p. 02),

A garantia dos direitos sociais conquistados, assegurados em lei não implica em sua imediata materialização, exige a ação do Estado para se transformar em políticas sociais, pois a lei em si não modifica a realidade. Entretanto, presencia-se também no país a submissão do Estado às pressões do capital nacional e internacional para a implantação de reformas neoliberais com corte de recursos para o meio social, o que gera um verdadeiro ataque aos direitos sociais (DIAS, 2011, p. 02).

Paralelo ao momento de instauração e legalização de direitos sociais e trabalhistas com a Constituição Federal de 1988, se evidenciava o avanço do projeto neoliberal sobre o Estado brasileiro. Vale ressaltar, que foi o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003) o responsável por efetivar o chamado Plano Real, que objetivava desenvolver a economia do país e combater a inflação em consonância com a política neoliberal. Tal política avançou com os processos de privatização de muitas instituições públicas, o que significa uma desmaterialização

do que se promulga na (CF), fazendo com que direitos que sequer tinham sido implantados fossem impedidos de se efetivar.

A Política de Saúde foi duramente afetada com o corte dos investimentos, com as medidas de enxugamento dos gastos sociais do Estado e a priorização dos investimentos econômicos. Além disso, a isenção do Estado e as privatizações totais e parciais, aumentam os investimentos no capital privado.

A agenda neoliberal<sup>2</sup> provoca a precarização do trabalho, a diminuição dos investimentos direcionados em políticas sociais e a destituição de direitos sociais e trabalhistas; o que traz consequências irreparáveis para a classe trabalhadora, que depende de serviços públicos, como por exemplo, os provenientes da Política de Saúde.

Em consonância com o projeto do capital, o Estado nacional configura-se propondo e executando cortes de investimentos na Educação Pública, na Saúde, na Assistência Social e na Previdência Social através de reformas – contrarreformas, como problematiza Behring (2008) – e privatizações de políticas, instituições e bens públicos, contribuindo para a isenção do Estado frente as demandas sociais da classe trabalhadora.

[...] As políticas neoliberais comportam algumas orientações/condições que se combinam, tendo em vista a inserção de um país na dinâmica do capitalismo contemporâneo, marcada pela busca de rentabilidade do capital por meio da reestruturação produtiva e da mundialização: atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade (BEHRING, 2008, p. 59).

Nesse sentido, os governos neoliberais priorizam o desenvolvimento do capitalismo, o investimento no capital financeiro e o favorecimento dos/as grandes empresários/as, retirando direitos dos/as trabalhadores/as, afetando diretamente as condições objetivas de vida do proletariado e enfraquecendo o poder de luta da classe trabalhadora, através da perseguição aos sindicatos e organizações dessa classe. Além disso, o governo continua realizando suas reformas e cobrando da população altos impostos.

---

<sup>2</sup> Essa política ou agenda neoliberal se estabelece de forma tardia no Brasil, de acordo com Perry Anderson (1995) o neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte, onde imperava o capitalismo. Segundo o autor foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem estar. As experiências neoliberais nessas localidades foram de acordo com Perry Anderson (1995) foram o desmonte do Estado de bem estar social, o aumento considerável do desemprego, o favorecimento ao capital financeiro, o corte nos investimentos sociais, as reformas fiscais e o fomento às privatizações.

Em consonância com os interesses do capital, o Estado brasileiro se apropria do fundo público para fins privados, ameaçando o tripé da Seguridade Social que mal havia se consolidado. Na conjuntura neoliberal é possível visualizar o quanto são altos os investimentos para o grande capital, por meio de subsídios, isenções, bem como reprodução da força de trabalho para atender o mercado capitalista. É a apropriação dos recursos públicos que deveriam ser redirecionados para a população na forma de serviços públicos de qualidade.

Entendemos como saúde – de forma genérica – o bem-estar ocasionado por boas condições sociais, econômicas, físicas, psicológicas, além do acesso ao lazer, a moradia, saneamento básico etc, entre outros aspectos que ofereçam o mínimo possível, para uma vida humanamente digna de subsistência. A política de Saúde pressupõe o oferecimento de serviços de Saúde públicos, que se articulem de forma que garantam o bem-estar dos/as usuários/as, sem distinção de cor/raça/gênero/classe, sem exigir nenhuma contribuição, independente da localização geográfica nacional. A Saúde como política pública gratuita, implica um atendimento integral às demandas da população, disponibilidade de todas as especialidades médicas, participação e controle social, além da participação do setor privado apenas em caráter complementar (BRASIL, 2020, p.01).

Dessa forma, garantir a Saúde pública exige um comprometimento com sua integralidade, requer ampliação do acesso e garantia da sua universalidade, de modo que atenda todas as demandas da população.

### 1.3 O processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado pela Constituição Federal de 1988, como resultado explícito da luta da classe trabalhadora a favor de uma Saúde pública de qualidade para todos/as, sem distinção e sem relação com o trabalho formal ou critério de necessidade de contribuição. Compreende-se o SUS como um sistema que deve ser implementado e efetivado de forma universal, sem discriminação social, sexual, religiosa, cultural, política ou qualquer outra.

A LOS (Lei 8080 de 19/09/1990) que dispõe sobre condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, sua organização e funcionamento, traz além do

dever do Estado na sua efetivação, a participação da família, das empresas e da sociedade.

Nessa mesma lei, são estabelecidos os princípios do SUS: a universalidade, integralidade e a equidade. De forma, sucinta, a universalidade significa que o SUS é um sistema apto a atender todos/as, sem distinção; a integralidade refere-se ao fato de oferecer todas as especialidades médicas, transcendendo a prática curativa e oferecendo serviços preventivos às necessidades dos/as usuários/as; a equidade significa tratar a todos/as no mesmo nível de igualdade, considerando as especificidades de cada região ou território.

O sistema abrange desde a atenção básica até os setores mais complexos da saúde pública, sendo gerido em sua maior instância pelo Ministério da Saúde. Desse modo, o SUS universal, integral e de qualidade é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, sua gestão é feita nas esferas municipais, estaduais e federal, cada um desses com sua responsabilidade para garantir a efetivação dos serviços. Segundo o Ministério da Saúde (2020),

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p.01).

De acordo com a Lei N° 8080/90, nas suas disposições gerais nos diz:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste 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, 2020, p. 01).

Os serviços oferecidos pelo SUS, segundo o Ministério da Saúde (2020), são: a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

De acordo com dados do site do Movimento dos/as Trabalhadores/as Rurais Sem Terra (2020), é expressiva a quantidade de atendimentos realizados pelo SUS e de pessoas que dependem do sistema de Saúde pública, o que prova sua importância e eficácia mesmo em tempos de precariedade:

O SUS é o único sistema de saúde público do mundo que atende mais de 200 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde. Em 2019, eram cerca de 90 milhões de pessoas cadastradas nos serviços da atenção primária do SUS. Atualmente o Ministério da Saúde está realizando uma campanha para cadastrar, ou seja, vincular às equipes de saúde, mais 50 milhões de pessoas, chegando ao total de 140 milhões de brasileiros cadastrados em 2020 (SIMEON, 2020, p. 01).

Ainda em consonância com Simeon (2020) são realizados pelo SUS mais de 1,5 bilhão de procedimentos por ano:

Segundo dados do Mapa Assistencial, publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foram realizados pelos SUS 1,57 bilhão de procedimentos como consultas, exames e internações somente no ano de 2018. Na segmentação de assistência médica, a realização de exames complementares somou o maior número de procedimentos no ano, totalizando 861,4 milhões. Na sequência, vêm consultas, com 274,3 milhões, depois procedimentos odontológicos, com 176,1 milhões, consultas e sessões com psicólogo e fisioterapeuta, com 164,2 milhões, terapias, com 93,4 milhões, e internações, com 8,1 milhões de ocorrências ao longo de 2018. Mais de 45 mil equipes de Saúde da Família, formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atendem a população nos serviços atenção primária. A atenção primária é a porta de entrada do SUS. Neste nível de atenção é possível resolver até 80% dos problemas de saúde das pessoas (SIMEON, 2020, p. 01).

É importante salientar que o Serviço Social, como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, de caráter interventivo e como área de produção de conhecimento, é de extrema importância para o funcionamento do SUS. Os/as profissionais assistentes sociais nas suas mais diversas áreas de atuação, tem na Saúde pública importância única e insubstituível; atuam na vertente crítica de análise e execução da política, com base nas suas competências profissionais e atribuições privativas, por meio do atendimento às demandas apresentadas nos serviços de Saúde.

Porém, a política neoliberal atinge os princípios do SUS com a inserção do discurso das privatizações na Saúde pública, promovendo cortes nos investimentos direcionados a esse setor da seguridade social brasileira, e transformando a Saúde em uma espécie de mercadoria. Com essas mudanças, a Saúde pública começa a sofrer as consequências, a redução de investimentos e o aumento das demandas acarreta na falta de medicamentos e instrumentos básicos, leitos, profissionais, entre outros fatores de precarização, o que implica na não efetivação de um direito social garantido constitucionalmente. Nesse contexto, o Estado cria mecanismos para transferir responsabilidades ao mercado. Ampliam-se os planos privados de saúde,



bem como, os investimentos públicos em hospitais e clínicas privadas que passam a atender – de forma limitada – usuários/as do sistema público.

Ainda assim, o SUS é um sistema que abrange tanto do nosso dia a dia, que as vezes não temos conhecimento do quanto ele está presente em serviços diários:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é usado como modelo de referência internacional por conta do seu alcance e multiplicidade de serviços de saúde. É de responsabilidade do SUS todas as ações da Vigilância Sanitária, como o controle de qualidade da água potável que chega à sua casa, na fiscalização de alimentos nos supermercados, lanchonetes e restaurantes que você utiliza diariamente, além da fiscalização de espaços públicos como aeroportos e rodoviárias. Outro serviço é a Vigilância Sanitária de Zoonoses, com a imunização de animais, castração, controle de pragas, prevenção e controle de doenças de animais urbanos e rurais, entre outras ações do tipo. (SIMEON, 2020, p. 01).

Diante do avanço da política neoliberal e com cortes drásticos nos investimentos feitos na Saúde pública, acontece o sucateamento e a deficiência nos atendimentos e serviços, promove as enormes filas, falta de leitos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), acentua a falta de medicamentos e materiais nas instituições públicas de Saúde.

Na realidade, o acesso dos/as usuários/as aos serviços da Saúde pública brasileira é permeado de enfrentamentos a um conjunto de condições precárias, dificuldades diante da falta de recursos, insumos básicos e funcionários/as, na sua maioria, com relações de trabalho também precarizadas, com baixas remunerações e exaustivas cargas horárias refletindo no exercício do seu trabalho. Os que estão à frente dos serviços de forma administrativa sofrem com a revolta da população e são culpabilizados enquanto sujeitos, o que é resultante de um problema estrutural.

Quando se refere à consolidação e efetivação do SUS, nos deparamos diante desses entraves proporcionados pelo Estado, que vem se distanciando de suas obrigações e precarizando a política de Saúde, em consonância com as demandas e suas articulações com o desenvolvimento do capital. Então, se faz necessário analisar a Saúde pública nos últimos governos brasileiros, como a mesma se desenvolveu e foi executada.

A política de Saúde no governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) trouxe grandes conquistas no âmbito do SUS, com a implementação de serviços que atuam diretamente na vida da população, como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF) que foi aprimorado nesse governo, instalado em territórios que abrangem bairros para atender a população no que tange a atenção básica – hoje é

denominada de Estratégia Saúde da Família porque deixou de ser apenas um programa, diminuindo assim as demandas que chegam às unidades de urgência e emergência, desafogando o sistema no geral; criou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); foi responsável também pela criação do Programa Farmácia Popular que vende medicamentos com até 90% de descontos<sup>3</sup>; trouxe mais investimentos para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que referenciado nos princípios da Reforma Sanitária busca o atendimento com humanização (BRAVO; MENEZES, 2011).

É imprescindível aqui destacar que foi no governo Lula que os hospitais universitários estabeleceram uma melhor relação com o SUS, através do aumento de investimentos para essas unidades de saúde, esse governo também foi responsável pela criação da política de Saúde bucal, Brasil Sorridente. Ainda sobre a aproximação dos HUs com o SUS (BRAVO; MENEZES, 2011) nos diz que:

Para a atenção hospitalar e de alta complexidade, os autores ressaltam o fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários (HUs) com o Sistema Único de Saúde (SUS), através de algumas medidas, a saber: recomposição dos quadros de servidores desses hospitais; nova forma de financiamento dos HUs.

Historicamente, segundo Sousa (2017, p. 141), “As Fundações Estatais de Direito Privado e a EBSEH, foram engendradas no decurso dos governos Lula-Dilma”. É importante recordar que foi no governo de Dilma e no governo ilegítimo de Temer, que se retomou uma maior inserção do setor privado na Saúde pública:

Assim, para além do profundo aprisionamento da gestão pública pelos interesses privados, a gestão do governo Temer na política de saúde mostra-se completamente antagônica ao projeto de Reforma Sanitária, ferindo de morte seus princípios basilares, principalmente três: a universalidade do acesso à saúde: quando impõe uma restrição orçamentária por 20 anos, o governo Temer coloca em patamares jamais vistos o subfinanciamento do SUS num momento de aumento da demanda do sistema; quando abre espaço para a regulamentação de planos populares e defende abertamente a desoneração do SUS via oneração dos usuários no consumo de planos privados [...] (SOARES, 2018, p. 27-28).

Com o processo de contrarreforma do Estado justificado pela crise, não foi por acaso que, segundo Soares (2018), no dia da prisão do ex-presidente da república, Lula, a Revista *Veja* publica matéria assinada por Cutait e Medici (2018), intitulada *Pela reforma do SUS*. Representando assim, um Estado totalmente omissor

---

<sup>3</sup> O que se configura como uma forma de privatização da Saúde, ou seja, privatização da assistência medicamentosa que está preconizada na CF/88 e na LOS 8080/90.

das suas responsabilidades, buscando uma reformulação do SUS e indo contra o que indica o projeto de Reforma Sanitária. Nesse sentido,

é necessário inserir o debate da privatização no *conjunto da sociedade*, mostrando o quanto de prejuízo este processo tem trazido aos trabalhadores e usuários do SUS, constitui-se em um grande desafio. Diante dos problemas existentes no SUS – falta de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência e relacionados à baixa qualidade dos serviços prestados, gerados pelo sucateamento da rede pública com falta de pessoal, infraestrutura e insumos necessários para os procedimentos mais elementares – o modelo de gestão do SUS é apresentado como o “vilão”, como o problema a ser solucionado através de sua “modernização”, em que a gestão por entidades privadas seria a saída [...] (BRAVO; MENEZES, 2015, p. 09).

Em consonância com tal proposta, a mídia faz o papel de convencer por argumentos neoliberais e contrarreformistas que a privatização é o melhor caminho para resolver os impasses do SUS, sendo que poderiam ser realizadas também discussões, debates e eventos para que chegue até a classe trabalhadora de forma clara os prejuízos dessa privatização.

A dificuldade de se estabelecer de forma efetiva (tendo em vista que o fator doença não está relacionado apenas ao aspecto físico, mas às condições sociais e econômicas vivenciadas por cada cidadão), acaba acarretando numa política precária, que não consegue atender as demandas colocadas pela sociedade em geral.

Em defesa do SUS, existem os movimentos de extrema importância que são uma forma de controle social – pois diante da situação na qual se encontra o sistema de Saúde, cresce a defesa do setor privado, com o objetivo de inserir as privatizações dentro do sistema e, assim, promover mais lucro para o grande capital. Conforme Bravo e Menezes (2015, p. 08),

os Fóruns da Saúde existentes em diversos estados e municípios e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde têm se constituído em espaços de controle democrático na perspectiva das classes subalternas, na medida em que tem apontado como desafio estratégico resistir aos interesses do capital dentro do SUS, ou seja, a saúde como mercadoria e fonte de lucro, “coração do capitalismo”, e denunciar os interesses do capital que dilaceram o SUS, em nome da defesa do SUS. São espaços que congregam setores da esquerda, sendo uma frente anticapitalista (BRAVO; MENEZES, 2015, p.08).

Esses espaços democráticos de poder são muito importantes, porém é extremamente relevante ter cuidado no impacto que eles podem ter diante de uma

contrarreforma do Estado em curso, para que não acabem sendo utilizados de forma contrária aos interesses da classe trabalhadora.

Na conjuntura vigente, conforme o momento atual da pandemia causada pelo novo coronavírus e de acordo com o Departamento de Comunicação Institucional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 2020, p.01) “Desde o aparecimento dos primeiros casos de covid-19 no Brasil, no mês de março, boa parte dos mais de 1,6 milhão deles foram atendidos por estabelecimentos ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS).” Cabe aqui destacarmos a importância desse sistema de Saúde pública, que nesse momento de pandemia está sendo responsável pela maioria dos atendimentos. E da importância de lutarmos pela revogação da Emenda Constitucional (EC) Nº 95/2016, que congela os investimentos na Saúde por vinte anos e que ao longo desse tempo, o desfinanciamento pode chegar a 400 bilhões de reais a menos para o SUS.

Vale ressaltar a importância da defesa do SUS totalmente público, gratuito e de responsabilidade do Estado. Saúde é uma questão pública e não pode ser vista como mercadoria, defendê-la faz parte de um projeto de sociedade que luta pelo fim das desigualdades sociais, pelo fim das múltiplas expressões da questão social.

## 2 CONTRARREFORMA DO ESTADO E SEUS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Neste capítulo apresentamos o debate sobre a contrarreforma do Estado e seus reflexos para a Política de Saúde no Brasil. Iniciando com uma discussão acerca do contexto social, histórico e político e, em seguida, finalizando o capítulo com o debate da contrarreforma na política de Saúde pública.

### 2.1 Contexto social, histórico e político da contrarreforma do Estado

Conforme Behring (2008, p. 113), “a partir dos anos 1990, o Brasil adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, mais uma vez adaptando-se às requisições do capitalismo mundial” (BEHRING, 2008, p. 113). Esse fator já direciona para um reformismo neoliberal, que se inicia mais precisamente no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) com o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE). Esse contexto substancia, na verdade, uma ofensiva contrarreforma, pois tem caráter regressivo sobre os direitos e políticas sociais conquistadas pela classe trabalhadora. É importante ressaltar que o neoliberalismo chegou no Brasil ainda no governo de Fernando Collor de Melo e foi dado continuidade, após o impeachment de Collor, no governo de Itamar Franco.

Compreende-se que o Estado é pretensamente neutro, representando (ao menos, teoricamente, pelos ideólogos capitalistas) os interesses da burguesia e da classe trabalhadora, porém é notório uma inclinação que favorece os interesses do grande capital. O Estado social de direitos visa atender as demandas da classe trabalhadora, garantir direitos sociais, promover serviços públicos de qualidade, com políticas públicas e sociais e programas de redistribuição de renda, mas, dada a sua natureza classista, mesmo quando fornece para a população o mínimo para a sobrevivência, promove ao mesmo tempo, a acumulação capitalista, contribui para a reprodução da classe trabalhadora para o trabalho e mantém disponível o exército industrial de reserva.

As resistências e lutas do trabalho foram capazes de impor limites à exploração do capital e de conquistar direitos, culminando no “Estado de Bem-Estar Social”, entre as décadas de 1940 e 1970, com destaque para a oferta pública de políticas sociais de cunho universal, em algumas

economias de capitalismo avançado (SILVA; ALMEIDA; ANDRADE, 2017, p. 53-54).

Enquanto o Estado social promove as condições acima citadas para a classe trabalhadora – essencialmente, para a classe trabalhadora de alguns países europeus, do Reino Unido e EUA no período de crescimento capitalista conhecido como os 30 anos gloriosos (1945-1973) – a contrarreforma do Estado de política neoliberal traz a destituição desses direitos sociais conquistados e o desmonte do Estado social. Conforme Behring (2008),

Trata-se de uma *contrarreforma*, já que existe uma forte evocação do passado no pensamento neoliberal, bem como um aspecto realmente regressivo quando da implementação de seu receituário, na medida em que são observadas as condições de vida e de trabalho das maiorias, bem como as condições de participação política (BEHRING, 2008, p.58-59).

Todavia, essa ofensiva recai de forma diferenciada sobre países periféricos, como o Brasil, que não alcançam a possibilidade de um Estado de Bem-Estar Social, e que não absorvem os ganhos do consenso e conciliação de classes proveniente da “onda longa expansiva” (termos de Mandel) do capital.

A política neoliberal prioriza reformas, privatizações, mercado e capital em detrimento do dever do Estado para com as políticas públicas. É nesse contexto que avança a contrarreforma brasileira, implementando um Estado mínimo para o social e máximo para o capital. Assim, retiram os direitos sociais da classe trabalhadora, promovem o sucateamento e a desvalorização do setor público e beneficiam a lei da acumulação capitalista, sendo forte para o âmbito financeiro.

As políticas neoliberais comportam algumas orientações/condições que se combinam, tendo em vista a inserção de um país na dinâmica do capitalismo contemporâneo, marcada pela busca de rentabilidade do capital por meio da reestruturação produtiva e da mundialização: atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade (BEHRING, 2008, p. 59).

Toda essa questão acarreta também para o país com o fator da mundialização, uma desvalorização do capital nacional, assim como também, explica Behring (2008) que nessas novas condições ocorre a dissolução da unidade constitutiva do Estado e do capital nacional.

Sabe-se que o neoliberalismo tem a sua frente a burguesia como representante dos seus interesses, na forma de uma política de Estado forte para o setor financeiro, que minimiza os direitos sociais na busca do desenvolvimento do mercado e do setor econômico do país, através de cortes nos investimentos sociais,

processos de privatizações, entre outros aspectos que buscam minimizar e desqualificar o serviço público.

No ramo industrial percebe-se que o Brasil é subdesenvolvido economicamente e industrialmente, pois não possui grandes desenvolvimentos nesses setores, o que gera a atratividade aos países do exterior, para aqui instalar suas multinacionais, porque aqui contratam de forma barata a mão de obra local e com a isenção de vários impostos por meio do governo, através de incentivos fiscais. Tudo isso para atrair empresas multinacionais para o território brasileiro, como reflexo da mundialização.

Na experiência brasileira, os governos neoliberais não valorizaram e não se empenharam (o que ainda está na ordem do dia) para o crescimento da nação, além de não reconhecerem as instituições nacionais e os serviços públicos no geral. Pelo contrário, contribuem para a privatização do patrimônio público e para o corte nos investimentos em políticas, programas e projetos sociais, já que essa política busca o enxugamento do setor público e dos investimentos direcionados a esses setores, para assim promover a diminuição das contas públicas e o desenvolvimento da economia<sup>4</sup>.

Vale lembrar também que é nesse contexto de condições neoliberais que as políticas sociais são de cunho minimalistas, focalizadas, com o intuito de selecionar o mais pobre dos pobres.

As políticas sociais entram neste cenário caracterizadas por meio de um discurso nitidamente ideológico. Elas são: paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho, e devem ser acessadas via mercado. Evidentemente, nessa perspectiva deixam de ser direito social (BEHRING, 2008, p.64).

É nesse sentido, que essas políticas sociais viram mercadoria ou moeda de troca e perdem seu caráter de direito social, o que acaba provocando o aumento das múltiplas expressões da questão social, fruto do modo de produção contemporâneo, que em todos os seus aspectos utiliza formas de exploração da força de trabalho e apropriação privada da riqueza socialmente produzida.

Dessa forma ocorre em relação às políticas sociais, o que Behring (2008) chama de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado,

---

<sup>4</sup> Não estamos falando que o neoliberalismo significa Estado mínimo, pelo contrário, o Estado é máximo, mas, para os interesses do capital.

e assim como denomina Netto (1996) de Estado mínimo para os trabalhadores e Estado máximo para o capital. Ou seja, é uma questão política que interfere em todos os aspectos da vida em sociedade. E ainda conforme Behring (2008) essa degradação dos serviços públicos e o corte dos gastos sociais levam ao processo de privatização; que iremos discutir no próximo capítulo.

Aqui é importante ressaltar que particularmente não concordamos com o termo “gastos sociais” da autora citada acima, pois políticas públicas, tais como Saúde e Educação, assim como tantas outras, não podem ser vistas como um gasto e sim como investimento, sendo gasto um termo de sentido neoliberal.

A consolidação das leis trabalhistas trouxeram incontáveis avanços no campo do trabalho, porém, mesmo com todas essas conquistas, a classe trabalhadora, em cenário de contrarreforma, ainda se encontra em muitas situações de desregulamentação no mundo do trabalho, nas quais, o/a trabalhador/a precisando de um salário para suprir as necessidades básicas de subsistência própria e de sua família, encontra-se frente à um salário mínimo, irrisório diante das atividades desenvolvidas, o que causa, de certa forma, uma dominação por parte do capital sobre o proletariado, que precisa vender sua força de trabalho para sobreviver.

Com o avanço da informalidade, maior incidência de vínculos precários, e do surgimento de novas formas de trabalho, são elas: trabalho subcontratado, terceirizado, por tempo determinado, ou seja, relações empregatícias que não asseguram os direitos trabalhistas, dessa maneira, os/as trabalhadores/as ficam cada vez mais desamparados/as no que tange a legislação.

Ainda sobre o âmbito do trabalho, existe o fator estranhamento que ocorre com o/a trabalhador/a, em síntese o mesmo não se reconhece no produto final do seu trabalho, e na maioria das vezes o que recebe como remuneração ao final do mês não é suficiente para adquirir o produto produzido por ele mesmo, como por exemplo, os que trabalham na fabricação e montagem de automóveis, alguns modelos de celulares e computadores, até de algumas roupas ou calçados, que se tornam praticamente impossíveis de acesso aos/as trabalhadores/as.

Somado a isso existe a forma como o capitalismo cria necessidades nas pessoas para o consumo de produtos ou mercadorias que, na verdade, as pessoas não iriam necessitar, ou seja, gerando o fetiche da mercadoria, mas o modo de produção de maneira indireta desenvolve essa necessidade de forma social e



cultural no dia a dia das pessoas, promovendo assim a circulação de mercado. Ao tempo em que cria uma ideia de sociedade consumista, não fornece condições para isto, tendo em vista, que uma imensa parcela da população não detém recursos suficientes para satisfazer a necessidade social de consumir.

Outra medida tomada no curso do processo de contrarreforma brasileiro, a privatização, é antecedida pelo discurso de cultura da crise, como forma de justificar essa medida e de aprovar as mudanças que ocorram no mercado do mundo, enaltecendo as reformas, buscando uma menor intervenção estatal.

O eixo central do convencimento repousa em que há uma nova ordem à qual todos devem se integrar, e que é inevitável se adaptar a ela. Estes são termos que compõem as justificativas do que estou caracterizando como uma contra-reforma do Estado. O discurso prossegue afirmando que outros projetos fracassaram, a exemplo das experiências socialistas e da social-democracia, do que se deduz mecanicamente uma relação entre crise capitalista/socialista e a intervenção maior ou menor do Estado (BEHRING, 2008, p. 70).

Esse discurso de crise que serve para justificar exatamente essas reformas, privatizações, e ajustes fiscais, significa uma verdadeira ameaça à democracia e ao Estado – que necessita ter suas prioridades definidas em torno das demandas do capital – visa conservar interesses particulares da burguesia, em detrimento dos interesses da classe trabalhadora. Sucateiam os serviços públicos para em seguida privatizá-los. Abaixo observemos uma tirinha que explicita bem essa realidade:

**Figura 1: Tirinha sobre privatização**



**FONTE:** BECK (2016, *apud* BIONDINI, 2018, p. 88).

Em outros termos, é possível compreender baseando-se na teoria social marxista que o processo de contrarreforma do Estado não ocorre sem um

direcionamento e sem um processo histórico correlacionado às particularidades da complexa formação social brasileira, ou seja, “[...] a diversidade de seus processos sociais não pode ser reduzida à predominância do modo de produção capitalista [...]” (BEHRING, 2008, p. 78). Portanto, a formação social brasileira, com suas determinações e especificidades interfere diretamente no conjunto de características particulares do país visto sua situação econômica, política, social e cultural, e influencia todos esses aspectos do processo de contrarreforma brasileiro.

A contrarreforma do Estado está diretamente ligada à sustentação do capital, enquanto relação social que movimenta e fornece base para o funcionamento da lógica capitalista de acumulação. Assim sendo, essa contrarreforma visa garantir ao capital um Estado que assegura condições objetivas e materiais ao mercado, em detrimento das políticas públicas, programas sociais, serviços públicos.

## 2.2. Contrarreforma e Saúde Pública

A contrarreforma do Estado que teve início na década de 1990, atinge diretamente as políticas sociais, e nesse tópico iremos discutir brevemente as interferências desse processo que iniciou no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), contrarreforma essa sempre justificada pelo discurso de crise do capital (do Estado) e que afeta diretamente os direitos dos/as trabalhadores/as, com cortes nas políticas sociais e provocando o desemprego estrutural. Esse processo substancia cortes nas políticas sociais e afeta também os serviços públicos de Saúde.

No governo FHC como parte do Programa Nacional de Publicização, aderindo as Parcerias Público-Privadas (PPP), foram criadas as Organizações Sociais (OS), através da Lei Nº 9.637/98 para a gestão de políticas sociais, incluída a de saúde (XIMENES, 2017, p. 27).

A Saúde nos anos 1990 obteve algumas conquistas, apesar dos desafios da implementação do SUS, de acordo com Levcovitz; Lima; Machado (2001) os avanços foram no sentido da descentralização das gestões e dos serviços, com o processo inicial da universalização ao acesso, participação da sociedade nas decisões sobre a política de Saúde, constituição dos conselhos com participação dos/as usuários/as, e foi também nesse período da história que foram formuladas as

NOBs (Normas Operacionais Básicas do SUS), também segundo (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 01) essas NOBs são “[...] instrumentos de regulação do processo de descentralização [...]”.

Dando continuidade ao transcorrer histórico, como já foi comentado no capítulo anterior, foi no governo Lula (2003-2011), que foram implementados os (PSFs) para assim diminuir as demandas das instituições de urgência e emergência, bem como foi criado o SAMU. Nesse governo, houveram maiores investimentos em Saúde Mental, mais especificamente para os CAPs. Já no governo Dilma (2011-2016) houveram alguns retrocessos, com uma maior abertura do SUS para o setor privado, tanto que a EBSEH foi criada no seu governo, vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e segundo a Carta Anual da EBSEH (2019-2020, p.04) “com capital social integralmente sob a propriedade da União”.

A ofensiva privatizante se agravou no segundo mandato de Dilma Rousseff com uma grande disputa de grupos conservadores e reacionários pelo controle do poder. A grave crise econômica e política impediu a continuidade do governo, resultando em um golpe, com a aprovação do *impeachment*. O grupo ultrarreacionário que permaneceu no poder, através da figura de Michel Temer, tratou de conduzir alianças no sentido de aprovar um ajuste estrutural ainda mais perverso que os anteriores, determinando o desmonte dos direitos sociais, em particular a saúde com a aprovação de PEC 241/2016, Câmara dos Deputados e encaminhada ao Senado, como PEC 55/2016, tendo sido aprovada, congelando os investimentos sociais durante o período de 20 anos e sancionada como Emenda Constitucional nº 95/2016. Isso significa a falência geral do serviço público e a ostensiva abertura ao capital na exploração dos serviços lucrativos no país como é o caso da saúde (SOUSA, 2017, p. 151).

Ou seja, é o processo de início de um grande prejuízo para a Saúde pública brasileira, e que desemboca na inserção da EBSEH no setor público de Saúde. Ainda segundo Ximenes (2017):

Nos anos 2000, com o advir do governo do PT, esse processo de criação e ampliação das PPP, tem continuidade, através de OS, da Organização da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIP), da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDEP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). Consequentemente, na saúde, há um avanço dos denominados “novos modelos de gestão”, através principalmente de OS e da EBSEH. No governo Dilma Rousseff foram criadas a EBSEH, através da Lei Nº 12.550/II, introduzindo a lógica gerencial e a existência de diferentes vínculos dos trabalhadores do Hospital Universitário (HU), o que tem propiciado contradições para os que são de Regime Jurídico Único e os que são contratados sob regime da nova legislação trabalhista; e a Lei Nº 13.097/2015 que abre o capital estrangeiro para a saúde (XIMENES, 2017, p. 27).

Em 2016, o governo de Michel Temer, que destituiu Dilma Rousseff, eleita democraticamente com maioria de votos, continuam os ataques à Saúde pública:

Várias iniciativas são tomadas no sentido da regressividade, entre as quais se destacam: 1) a aprovação da Emenda Constitucional Nº 95/2016 conhecida por PEC do Teto dos Gastos Públicos, que institui o chamado Novo Regime Fiscal e congela os investimentos em áreas como saúde e educação por 20 (vinte) anos, inviabilizando o SUS; 2) mudanças na forma de financiamento do SUS, através da portaria Nº 3.992/2017, que extingue 06 (seis) blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento) para as transferências fundo a fundo dos recursos federais do SUS para estados e municípios. No lugar dos 06 (seis) blocos, foram criadas duas categorias de repasse: custeio e capital, possibilitando aos gestores públicos uma flexibilização para alocar os recursos no contexto da restrição orçamentária e financeira (XIMENES, 2017, p. 28).

É importante lembrar dos retrocessos ainda desse governo para a Saúde Mental, regredindo ao passado e ignorando os avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica.

Isso tudo significa que foram mudanças significativas no financiamento da Saúde e que enfraquecem o SUS, com o aumento do número de planos populares de saúde, de acordo com Oliveira; Krüger (2017) o governo de 2017 pretendia estabelecer um marco legal da Saúde para com o mercado de planos e seguros, e assim atender aos interesses e demandas das empresas dos planos de saúde. Em outras palavras, são nitidamente características da conjuntura de contrarreforma do Estado.

Esse processo de contrarreforma se baseia em orientações de organismos multilaterais, como BM, Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). Esses organismos, ao longo do tempo, recomendam a ampliação do setor privado no SUS e a diminuição do gasto público estatal com a saúde (XIMENES, 2017, p. 30).

O SUS, considerado um projeto de Saúde instituído como resultado de tanta luta, passa nos últimos anos por esses desmontes, que implicam diretamente nas condições de Saúde da classe trabalhadora, com o objetivo de diminuir os investimentos e a responsabilidade do Estado.

A tendência é de um aumento cada vez maior nos incentivos aos planos de saúde populares, de aumento das Organizações Sociais, das parcerias público-privada (PPP), atendendo assim as demandas do mercado e desresponsabilizando

o Estado. Com isso há uma maior desvalorização do SUS, sistema de Saúde pública de importância imensurável para todos e todas, na forma de direito constitucional.

Nos dias atuais, com o cenário da pandemia causada pelo novo coronavírus, alguns problemas do SUS se acentuaram, pois o atual governo neofascista presidencial (Jair Messias Bolsonaro), destrói diariamente os direitos da classe trabalhadora, especialmente nesse período que vem fazendo vítimas fatais diariamente no país, ao desdenhar das políticas de contenção da pandemia, como o isolamento social, o uso de máscaras, e priorizar a economia em detrimento da saúde da população, demonstrando na verdade um desgoverno. Em contrapartida a pandemia está servindo para mostrar a importância do SUS e a necessidade de maiores investimentos no setor. Segundo dados atuais do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc):

Após quatro meses de declaração de emergência nacional, apenas 40,1% do valor planejado no orçamento do governo federal para combater a pandemia do novo coronavírus foi de fato gasto: dos R\$ 274 bilhões autorizados, somente R\$ 110 bilhões foram pagos. A baixa execução dos valores orçamentários é sentida pela população, que, em grande parte, está sem acesso às políticas de enfrentamento à Covid-19 (GERBASE; PINHEIRO, 2020, p.01).

Visualizemos a tabela a seguir, que demonstra como o governo federal está combatendo a Covid-19:

**Figura 2: Orçamento atual do Brasil com Saúde pública na pandemia**

**TABELA 1**  
**Gastos orçamentários no combate a pandemia**  
 Entre março e 24 de maio  
 (valores em bilhões de reais constantes)

Ação	Valores autorizados para execução	% em relação ao total autorizado	Valores executados	Percentual de Execução
0054 - Auxílio Emergencial de Proteção Social a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, Devido à Pandemia da COVID-19	R\$ 123,92	45,2%	R\$ 76,42	61,7%
21C2 - Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	R\$ 51,64	18,8%	R\$ 4,53	8,8%
0055 - Concessão de Financiamentos para o Pagamento da Folha Salarial, devido à Pandemia do COVID-19	R\$ 34,00	12,4%	R\$ 17,00	50,0%
21C0 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus	R\$ 39,73	14,5%	R\$ 9,25	23,3%
0053 - Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação	R\$ 16,00	5,8%	R\$ 1,97	12,3%
Outras ações	R\$ 9,14	3,3%	R\$ 0,91	10,0%
<b>Total Geral</b>	<b>R\$ 274,44</b>	<b>100%</b>	<b>R\$ 110,08</b>	<b>40,1%</b>

Fonte: SIOP (extração de 21 de maio de 2020)  
 Elaboração: Inesc

**FONTE:** Outras palavras – INESC, 2020.

De acordo com os dados do Inesc, esses investimentos não estão sendo executados como deveria e nem tampouco em tempo ágil, “a população já sente isso na prática quando 10 milhões de pessoas ainda estão em análise para o recebimento do auxílio emergencial.” É um total descaso do governo federal para com a população, agora analisemos também como a Saúde, área que deveria estar sendo bem administrada frente ao cenário de pandemia, está tendo problemas com repasses e despesas:

Foram alocados R\$ 19,3 bilhões em créditos extraordinários para a Função Saúde, cujo gasto está na ação orçamentária. A maioria absoluta foi destinada ao Ministério da Saúde. Mas, R\$ 389,4 milhões foram destinados ao Ministério da Educação, mais especificamente para hospitais universitários e para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

(EBSERH), que faz a sua gestão. Este é só um exemplo de como as universidades brasileiras têm papel fundamental no combate à Covid-19. [...] O recurso do Ministério da Saúde foi destinado para o programa de atenção especializada, por meio de duas unidades orçamentárias, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Fundo Nacional de Saúde. [...] Os recursos para a Fiocruz tiveram um bom nível de empenho (reserva de dinheiro para efetuar um pagamento planejado), de 73%. Porém, apenas 28% dos recursos foram pagos (GERBASE; PINHEIRO, 2020, p.01).

Ainda segundo os recursos destinados à Saúde durante o atual momento de pandemia, de acordo com o Inesc (2020):

A maior parte dos recursos destinados à saúde, 96%, o que equivale a R\$ 18,5 bilhões, foram para o Fundo Nacional de Saúde. Destes, R\$ 8 bilhões foram investidos de forma direta pela esfera nacional; R\$ 800 milhões foram transferidos para a Organização Panamericana de Saúde (Opas) e R\$ 12 milhões para instituições privadas sem fins lucrativos. O restante (52%) foi transferido para os estados e municípios. A aplicação direta teve um nível de empenho muito baixo (38%), e de pagamento ainda menor (7%). Este baixo nível de execução pode ser explicado, em parte, pela dificuldade de se encontrar fornecedores, e também devido à escassez de produtos no mercado causada pela pandemia. Mas também pode ser um sinal de que o governo federal está de fato deixando o combate à Covid-19 para os estados e municípios. Isto não é necessariamente um problema, pois a lógica do SUS é de descentralização, para que cada região possa atender melhor às suas especificidades. Todavia, em meio a uma crise sanitária de abrangência mundial, o governo federal deveria assumir a liderança e a coordenação, tanto de atividades logísticas quanto práticas clínicas baseadas em evidências científicas (GERBASE; PINHEIRO, 2020, p.01).

Todos esses dados atuais e relevantes só deixam mais nítido o quanto o atual governo federal está despreparado para gerir uma nação, a delicada situação de pandemia só demonstrou a importância do SUS e o quanto esse sistema está frágil para atender as expectativas e demandas da população em seus serviços.

Na realidade, um dos maiores enganos da atualidade é a crença de que um país possa viver sem um sistema público, estatal e universal de saúde. A pandemia atual expressa isso. É necessário, sim, um Estado interventor que garanta políticas sociais. Uma pandemia como essa, que ainda também atinge a classe dominante e os estratos com a maior remuneração da classe trabalhadora, mostra o clamor destes por uma resposta estatal de controle da Covid-19 (MATOS, 2020, p. 04).

O governo atual, de ideias e ações neofascistas, segundo Matos (2020, p. 07), “[...] não é o mesmo fascismo do século passado, mas que se reatualiza [...]” mostra-se funcional ao capitalismo ao dar continuidade à contrarreforma do Estado, com a reforma da previdência<sup>5</sup>, a reforma trabalhista, cortes na educação e na

<sup>5</sup> A Reforma da Previdência foi promulgada no dia 12 de novembro de 2019; estabelecendo segundo o G1-Economia (2020) novas regras para a aposentadoria do Regime Geral (setor privado) e para

Assistência Social, além de tentar iniciar os estudos para reforma da política de Saúde. Todos esses fatores são classificados por Matos (2020) como “ultraneoliberalismo”<sup>6</sup>.

A diminuição dos investimentos em Saúde de caráter tão agressivo, começaram a acontecer com a Emenda Constitucional nº 95 que foi aprovada em 2016 no governo de Michel Temer, em seguida, com o início do mandato de Jair Messias Bolsonaro, a política de Saúde passou a ter menores investimentos por parte da União, e no momento atual em que se vive a pandemia do COVID-19, o governo federal não atuou no intuito de frear a disseminação da doença.

As respostas do governo federal à pandemia da Covid-19 foram atrasadas e atrapalhadas pelo próprio presidente da República. O então ministro da saúde teve um posicionamento coerente com as orientações das autoridades da saúde pública, propondo o isolamento social. O presidente tratou de dizer que tal isolamento não era para toda a população, uma vez que existia um público mais vulnerável ao adoecimento pelo novo coronavírus, que eram idosos/as e pessoas com comorbidades. Também ressaltou que pessoas com perfil de atletas, como ele, não seriam atingidas. Disse que a economia não podia parar (e foi seguindo por falas públicas de vários empresários que o apoiaram na campanha) por causa de alguns, tidos na retórica governamental, mesmo que não expressamente, como “débeis”, “fracos”, “incapazes”, enfim, gente que poderia ser descartada pela economia do capital e por uma sociedade “ideal”, tal qual nos antigos sonhos hitleristas (MATOS, 2020, p. 11).

Sendo assim, fica claro que o atual presidente da República age em desfavor da vida de todos/as brasileiros/as, colocando a economia sempre em primeiro lugar, defendendo seus princípios comprovadamente neofascistas, utiliza do momento de pandemia, e trata os mais de cento e oitenta mil mortos, com piada e desprezo, demonstrando seu despreparo para com a administração pública e a sua total irresponsabilidade com a vida humana.

---

servidores/as públicos, as principais mudanças são: a fixação de uma nova idade mínima (65 anos para homens e 62 anos para mulheres), alteração no tempo mínimo de contribuição e o texto também trouxe algumas regras de transição. A Reforma Trabalhista de 2019 trouxe mudanças significativas para o mundo do trabalho, mudanças essas que infelizmente priorizam os interesses do/a empregador/a, teve como mudanças para o trabalhador/a o fim da contribuição sindical - o que influencia diretamente nos instrumentos de luta da classe trabalhadora -; trouxe também a prática do contrato intermitente, e do teletrabalho ou home office, férias fracionadas, entre outras mudanças.

<sup>6</sup> Esse contexto dá forma a um “ultraneoliberalismo” (MATOS, 2020, p. 07), ou seja, é o avanço do neoliberalismo que vai contra toda e qualquer diversidade, seja de raça, religião, orientação sexual, entre outras pluralidades humanas.



### 3 PRIVATIZAÇÃO E EBSEH

Nesse último capítulo, apresentamos inicialmente um debate sobre privatização e Saúde, discutindo como a contrarreforma neoliberal implementa processos de privatizações nas políticas sociais que rebatem na Saúde pública no Brasil. Para finalizar, adentro na especificidade da pesquisa, trazendo a EBSEH como aspecto do desmonte e privatização da Saúde brasileira.

#### 3.1 Privatização e Saúde

Os projetos antagônicos que perpassam a política de Saúde no Brasil são: o Projeto de Reforma Sanitária da década de 1980 e o Projeto Privatista; desde então a luta continua até os dias atuais, com princípios diferentes em tensão, na busca de defender cada um a sua ideologia (BRAVO *apud* DIAS; LEMOS; SALES, 2011, p. 05) afirma que:

O projeto de reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição de 1988, está intimamente ligado ao projeto societário de democracia de massas e que prevê a ampla participação social, sobretudo do Estado, responsável pela garantia de direitos assegurados em lei e na construção de resposta às expressões da questão social.

Esses dois projetos estão sempre em disputa no que diz respeito a Saúde: o Projeto de Reforma Sanitária defendendo a gratuidade e qualidade dos serviços de Saúde e o Projeto Privatista defendendo o ajuste fiscal, a redução dos investimentos e a ampliação da participação privada. O primeiro projeto, como explica claramente as autoras abaixo:

É um projeto amplo que tem como premissa a universalização dos direitos, a gratuidade de acesso aos serviços, integralidade e equidades das ações de saúde na perspectiva de um sistema único de saúde, mas que desde a segunda metade da década de 90, encontra resistência por parte do projeto de saúde articulado ao mercado, pautado na política de ajuste e no projeto societário de democracia restrita (DIAS; LEMOS; SALES, 2011, p. 05).

No atual cenário de desmonte dos serviços públicos no Brasil, as privatizações estão ganhando cada vez mais espaço e visibilidade, sendo a solução e a única saída para melhorar o funcionamento do setor público. Assim, o Estado vem sucateando as instituições públicas com o objetivo de sugerir a privatização,

como nos explica Behring (2008, p. 64): “deve-se considerar também que a degradação dos serviços públicos e o corte dos gastos sociais levam a um processo de privatização induzida nesse terreno”, como forma de desresponsabilizar o Estado e inserir também modelos de gestão privatizantes no âmbito público e estatal, como a EBSEH.

É fundamental ressaltar que o sistema de saúde no Brasil é misto, como na maioria dos países, o que significa que há uma participação do setor privado na esfera pública, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no acesso a financiamento. Pois a reforma sanitária ocorrida no final dos anos de 1980 garantiu o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, mas preservou o setor privado na condição de complementar (SOUSA, 2017, p. 137).

A complementariedade da iniciativa privada ao SUS, como o próprio nome já diz, é no sentido de completar, ou seja, o Sistema não deve ser executado por completo pelo setor privado, este setor deve apenas atuar em conjunto com os já existentes no sistema público de Saúde, através de convênios realizados pelo Ministério da Saúde. Segundo consta na Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990, p. 11), no Art. 24, “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

Distorcendo o que está colocado na legislação do SUS, o Estado neoliberal, em consonância com a prerrogativa da privatização, procura se omitir das suas obrigações perante o SUS e busca, cada vez mais jogar responsabilidades ao setor privado. Dessa forma, os serviços públicos entram em decadência, o que, conseqüentemente, abre espaço para as privatizações e para discursos sobre a ineficácia da Saúde pública, precarizada diante da redução e estagnação dos investimentos públicos.

É um contexto de regressões em todos os setores e aspectos da produção e reprodução das relações sociais, ou seja, repercute na vida em sociedade, e vai além do que visualizamos, pois faz parte de um projeto de sociedade politicamente e economicamente desigual. “Trata-se de um conjunto de medidas fundamentais para o projeto da contra-reforma [...]” (BEHRING, 2008, p. 228).

Segundo Correia (2012, n.p., *apud* CARDIAL, 2016, p. 05) a definição de privatização é a seguinte:

a privatização acontece quando o Estado [...] abdica de ser o executor direto de serviços públicos através do incentivo à iniciativa privada como fornecedora destes serviços, mediante repasse de recursos públicos para a rede privada ou isenção de impostos.

Essas privatizações buscam, inclusive, a inserção do capital estrangeiro aqui no Brasil, buscando um maior incentivo ao capital internacional em detrimento do nacional, o que de certa forma gera uma economia cada vez mais dependente, com prioridade para os interesses dos demais países.

A realidade é que o setor privado vem ao longo da história vendendo serviços ao Estado, detendo o controle da prestação de serviços, principalmente de média e alta complexidade, bem como dos serviços de apoio e diagnóstico, de insumos e medicamentos. Além disso, tem se beneficiado com subsídios públicos e isenção fiscal (SOUSA, 2017, p. 137).

Todo esse processo vai trazer inicialmente a ilusão de altos lucros, em contrapartida abre um grande espaço para as privatizações e conseqüentemente o enriquecimento das empresas privatizadas. Vale ressaltar, que segundo Paulani (*apud* BEHRING, 2008, p. 241), as privatizações começaram a ser discutidas no período da ditadura civil-militar e começaram a ser implementadas de forma definitiva no governo de Collor (1990-1992). Segundo Sousa (2017, p. 138), “trata-se de uma estratégia de acumulação do capital, que tem como consequência a redução de direitos e precarização do trabalho”.

Com relação à política e aos processos de privatizações, cabe aqui lembrarmos de um determinado período histórico, quando o presidente da República era José Sarney (1985-1990), que dando continuidade às privatizações que se iniciaram no regime militar, foi um governo marcado pelas privatizações das estradas nacionais, com a inserção de pedágios, privatização na telefonia, entre outros setores. Sendo possível perceber a participação direta de pessoas do governo ligadas diretamente às empresas privatizadas.

Pelas notícias na imprensa, também percebe-se a circulação indiscriminada de executivos do governo para as empresas recém-privatizadas. Assim, os mesmos que conduziram “desinteressadamente” os processos de privatização tornavam-se meses depois diretores das empresas (BEHRING, 2008, p. 240).

Esse fato demonstra total falta de compromisso dos gestores com o patrimônio público do país, demonstra também, o quanto a privatização causa a desnacionalização das instituições, deixando o país e os serviços no geral, cada vez

mais atrativos para o capital estrangeiro e seus investimentos, como por exemplo, a instalação de multinacionais aqui no Brasil.

O conjunto dos dados e reflexões levantados remete à seguinte constatação: nossa adaptação à dinâmica do capitalismo contemporâneo foi destrutiva das possibilidades de autonomia de um país que deu saltos para a frente pela via de processos de modernização conservadora, mas que na última década deu passos para trás pela via da contra-reforma do Estado, parte indispensável desta espécie de contra-revolução burguesa que vivemos (BEHRING, 2008, p. 247).

Essa mercantilização da Saúde como estratégia da contrarreforma do Estado, inicia-se pelo percurso histórico dos planos privados de saúde, desde os anos de 1990, até os dias atuais. De acordo com Brasil (2019):

Os serviços da saúde privada foram os principais gastos das famílias brasileiras com o setor, revelou hoje o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), por meio da pesquisa Conta Satélite de Saúde, que compara dados de 2010 a 2017. Despesas com médicos e com planos de saúde lideram o ranking. No total, os gastos somaram R\$ 231 bilhões, correspondentes a 3,5% do PIB (Produto Interno Bruto), que é a soma das riquezas produzidas no país. Na despesa de consumo final do governo, o destaque foi a saúde pública, com R\$ 201,6 bilhões, ou seja, 3,1% do PIB (BRASIL, 2019, p. 01).

Segundo matéria da Folha de São Paulo (2020): 13% dos serviços públicos de saúde já são terceirizados, e 73% deles estão sob gestão privada.

Empresas privadas com ou sem fins lucrativos já são responsáveis por 73% dos 3.013 serviços públicos de saúde, como hospitais e unidades básicas, administrados por terceiros nos 5.570 municípios brasileiros. A grande maioria (58%) está sob gestão de OS (Organizações Sociais), entidades sem fins lucrativos, e 15% nas mãos de empresas privadas, por meio de modelos como as PPP (Parcerias Público-Privadas). [...] Os dados são da Pesquisa de Informações Básicas Estaduais, divulgadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no ano passado (COLLUCCI, 2020, p. 01).

Esses dados fundamentam com elementos materiais a realidade objetiva da relação do SUS com as empresas privadas, principalmente, deixando claro como a privatização está se inserindo no sistema de Saúde pública, e de como os recursos financeiros do fundo público estão sendo direcionados para o setor privado de Saúde.

Em quatro anos, a gestão terceirizada de unidades de saúde dos municípios brasileiros subiu de 10,6% para 13,2%. Nesses casos, os serviços públicos de saúde do município são garantidos por uma entidade não governamental (ONGs, instituições filantrópicas, santas casas, empresas, associações e

outras entidades do Terceiro Setor, por exemplo). Mesmo quando a gestão é terceirizada, o serviço de saúde continua sendo responsabilidade do município. Em municípios com mais de 500 mil habitantes, a gestão de serviços terceirizados de saúde é realizada majoritariamente por organizações sociais (83,3%), criadas por lei federal há 22 anos. Em 2015, duas decisões do Supremo Tribunal Federal entenderam que estas são constitucionalmente permitidas e não afrontam os princípios do SUS (COLLUCCI, 2020, p. 01).

Mais uma vez o Poder Judiciário que deveria defender o SUS, toma uma decisão que além de ferir o princípio constitucional, retira investimentos que seriam destinados ao sistema público de Saúde para investir em instituições sociais, pois as OS criadas a partir dos anos 1990 possuem ligação direta com organização não governamental, sendo assim, é um verdadeiro ataque ao princípio constitucional da Saúde como dever do Estado.

Hoje as OS estão presentes em 24 dos 26 estados brasileiros. Administram a atenção básica, ambulatorios e hospitais. Em São Paulo, são 26 OS que, juntas, recebem cerca de R\$ 6 bilhões por ano. Só no município de São Paulo, em 2019, elas consumiram 38% da fatia do orçamento da saúde – 4,3 bilhões de 11,4 bilhões. A atenção primária ficou com R\$ 3,8 bilhões. [...] No município de São Paulo, 25 OS são responsáveis por 65% dos recursos humanos da saúde. Dos 13 mil médicos da rede municipal, 9.000 são contratados por meio de OS (COLLUCCI, 2020, p. 01).

Como foi visto acima as OS movimentam bilhões de reais em verbas públicas, que poderiam ser destinadas e injetadas no SUS para resolução das suas demandas e, assim, melhor atender a população. É importante também destacar aqui, que as OS estão sendo investigadas dentre alguns crimes, por desvio de dinheiro público, como se pode observar nesse trecho de Collucci na Folha de São Paulo (2020, p.01) “[...] muitas OS no país estão sob a mira de operações policiais e de CPIs por fraudes nas contratações e desvio de dinheiro público”.

O que vai enfraquecendo o SUS, pois ele perde sua total autonomia, espaço social e político dentro dessas instituições, tendo em vista que esses modelos de gestão descaracterizam o SUS na sua especificidade e legitimidade, de ser um sistema de Saúde pública, único e exclusivamente estatal, com a participação do setor privado apenas em caráter complementar.

### 3.2. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como aspecto de desmonte da Saúde pública

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nasceu em 15 de dezembro de 2011 com a Lei nº 12.550, no governo de Dilma Rousseff, como resultado do processo histórico de contrarreforma do Estado, da política neoliberal e de desmontes, promovendo a precarização e sucateamento das políticas públicas, como forma de inserir o setor privado para administrar e gerir instituições estatais.

A Lei Federal 12.550 de 15/12/2011 cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para administrar instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo. Ela traz desafios para os analistas de políticas públicas e aqueles que vão decidir estabelecer ou não contrato de gestão com elas, na compreensão do contexto em que emergiu a empresa, a que e a quem serve e que perspectivas aponta (ANDREAZZI; 2013, p. 276).

Esse novo modelo de gestão para os hospitais públicos universitários teve início ainda no governo Lula com a Medida Provisória (MP) 520, sendo assim o início aos ataques à Saúde pública brasileira, principalmente da universalidade ao acesso, e com a empresa demonstrando seu real objetivo de obtenção de lucro. Atualmente segundo o Estatuto Social da EBSERH (2020) Capítulo III – Do capital social e recursos. Art. 5º. O capital social da EBSERH é de R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais), integralmente sob a propriedade da União. Parágrafo único. O capital social poderá ser alterado nas hipóteses previstas em lei, vedada a capitalização direta do lucro sem trâmite pela conta de reservas (EBSERH, 2020 p. 02).

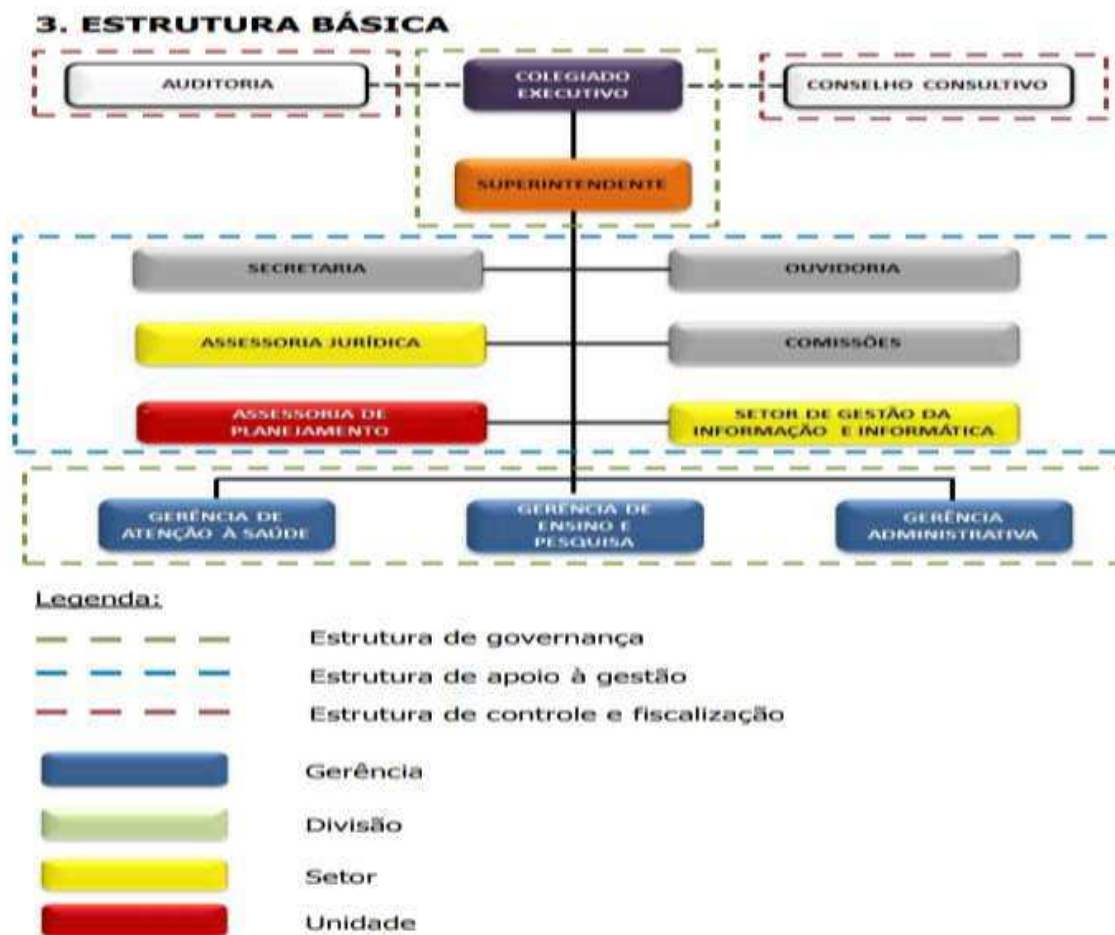
Tendo em vista a insistência na implantação de um novo modelo de gestão para os HUs, o Governo Lula editou a Medida Provisória (MP) 520, que reconfigura a proposta das fundações estatais de direito privado para os HUs, na medida em que cria um modelo específico para a gestão destes hospitais, cunhado na lógica neoliberal, tal como as fundações, pois propõe a execução de atividades pautadas na lógica empresarial, visando ao lucro (CARDIAL, 2016, p. 02).

No que se refere a Saúde e ao SUS mais precisamente, essas privatizações como forma de reconfiguração nas formas de gestão, atingem de forma direta a Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido constitucionalmente, pois elas adentram à Saúde pública através de modelos de gestão privatizantes, como

exemplo a EBSEH. Segundo Bravo e Menezes (2015, p. 08) “a saúde como mercadoria e fonte de lucro [...]”; ocasionando assim o aprofundamento das desigualdades sociais.

Observemos a seguir a estrutura básica da EBSEH, demonstrando como está estruturada sua governança, sua divisão dos escalões mais altos, até chegar às gerências de atenção à saúde; de ensino e pesquisa, bem como administrativa.

**Figura 3: Estrutura básica da EBSEH:**



*Documento em elaboração – versão de 26/03/2013.*

Atualmente, segundo a Carta Anual – Ebserh (2020) a Rede EBSEH é formada por 40 unidades hospitalares vinculadas a 32 universidades federais (36 HUFs e quatro maternidades-escola), com quase 9 mil leitos realiza cerca de 350 mil internações, 168 mil cirurgias hospitalares e mais de 23 milhões de consultas e exames por ano, e avança a cada ano na formação dos profissionais e na geração de conhecimentos para a área da saúde.

A forma como a Saúde vem se tornando mercadoria é resultado da privatização das políticas públicas, essa reconfiguração da forma de gerir os hospitais universitários promove um negacionismo ao SUS enquanto sistema único de Saúde pública, pois esses modelos de gestão, implicam diretamente em interferência do setor privado no âmbito público, enquanto que na Reforma Sanitária ficou designado que o setor privado atuaria apenas com caráter complementar ao SUS.

A reconfiguração nas formas de gestão se efetiva com a criação das OS e das OSCIP através do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), no qual a saúde passa a compor a lista de atividades não exclusivas do Estado. As OS e as OSCIP foram regulamentadas pelas leis nº 9.637/98 e 9.790/99, respectivamente. Sendo colocadas como estratégias de garantir “um novo modelo de administração pública” no qual Estado e Sociedade estabelecem uma relação de aliança na execução de ações de caráter público (SOUSA, 2017, p. 140).

Esse “novo modelo de administração pública” é o que descaracteriza na Saúde os princípios do SUS, pois é dever do Estado criar e gerir as políticas públicas, sem a participação obrigatória da sociedade ou do mercado:

Neste sentido, as atividades desenvolvidas pelo SUS podem ser geridas por organizações públicas não estatais, entidades de direito privado, seja através de contrato de gestão ou termo de parceria. Com isto passam a ter direito à dotação orçamentária do Estado para a efetivação dos serviços que lhe forem destinados. Essas entidades gozam de autonomia financeira e administrativa (SOUSA, 2017, p. 140).

Como demonstra a autora acima, existe uma interferência das organizações públicas não estatais e das empresas públicas de direito privado, nos serviços ofertados pelo SUS. E conseqüentemente essas empresas passam a ter direito ao orçamento que deveria ser exclusivo de uso do Estado. Agora analisemos dados que comprovam quanto sai do SUS para o setor privado:

No ano em que o SUS (Sistema Único de Saúde) completa 30 anos, uma pesquisa a que o UOL teve acesso indica que os gastos públicos vêm perdendo peso frente às despesas privadas em saúde, na contramão do



que ocorre em países desenvolvidos. Uma diferença que tende a se agravar nos próximos anos com o congelamento dos gastos do governo por 20 anos. [...] integram o estudo “O Setor de Saúde na Perspectiva Macroeconômica – Período 2010/2015”, realizado pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) com dados da pesquisa “Conta-Satélite de Saúde Brasil”, publicada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Dos R\$ 546,1 bilhões gastos em 2015 em saúde, R\$ 314,6 bilhões saíram da iniciativa privada, o equivalente a 57,6% das despesas. Em 2010, esse percentual era de 54,8%. Entre 2010 e 2015, os gastos com saúde aumentaram, mas em maior proporção no setor privado: 85% frente a 65,7% (SOBRINHO, 2018, p. 01).

E no que tange aos Hospitais Universitários, o ensino, a pesquisa e a extensão se tornam mercadorias, e a assistência aos/as usuários/as cada vez mais comprometida com os interesses da empresa. De acordo com Bravo e Menezes (2015) que consideram que a maior parte e as mais importantes decisões econômicas são tomadas pelo setor privado.

Ressalta a Lei 12.550/2011 que a EBSEH é uma empresa pública de direito privado e tem como finalidade a prestação de serviços médicos, hospitalares, ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico de forma gratuita e que o art. 207 da Constituição Federal, que se refere à autonomia universitária deve ser respeitado. Dentre as competências da empresa estão: a administração dos hospitais e execução de serviços médico-hospitalares e de apoio ao ensino, pesquisa e extensão e formação de pessoas no campo da saúde pública. Para a prestação de tais serviços é necessário a formalização de contrato definindo metas de desempenho, indicadores, prazos de execução e sistemática de acompanhamento e avaliação (SOUSA, 2017, p. 145-146).

Outro aspecto perigoso é a autonomia que essas empresas possuem no aspecto financeiro e administrativo, porque a gestão dos serviços públicos deve ser feita pelo Estado, e não abrir tanto espaço para o setor privado na administração pública, uma vez que isso é uma forma de intervenção, pois os cargos de direção dessa empresa são totalmente através de nomeações políticas, sem respaldos de competência para tal compromisso. Um risco também da autonomia dessas empresas nas universidades públicas, é de distorção do verdadeiro significado e objetivo desses espaços públicos, que proporcionam disseminação de conhecimento e possibilitam a visão crítica da realidade social.

Observemo-nos o mapa estratégico da Rede EBSEH – 2018-2022:

Figura 4: Mapa Estratégico da Rede EBSEH – 2018-2022:

Figura 1. Mapa Estratégico da Rede Ebserh - 2018-2022



FONTE: Carta anual 2020 – Ano base 2019.

Sobre os direcionadores demonstrados no quadro acima é notório a questão 100% SUS, o que infelizmente não é real, pois trata-se da gestão de um serviço público por uma empresa pública de direito privado e com patrimônio próprio, que está fazendo parte dessa administração, atendendo a lógica de mercado. Essa inovação com inteligência de dados, que claro é compreensível e necessária, contribui para eficiência nos serviços com vistas a garantir o minimalismo nos gastos. Essa ideia de eficiência e eficácia também permeia o trabalho dos/as profissionais de saúde, sendo que estes precisam se adequar as metas e objetivos estabelecidos pela Empresa, de modo que o aspecto quantitativo se sobrepõe a subjetividade e ao aspecto qualitativo necessário ao trabalho com pessoas. Mesmo atendendo demandas do sistema público, esta Empresa funciona na lógica privada: busca racionalizar recursos, controlar de forma meticulosa o trabalho dos/as profissionais, garantir eficiência e eficácia ao estabelecer metas e objetivos a serem cumpridos em detrimento dos interesses e das subjetividades dos/as usuários/as.

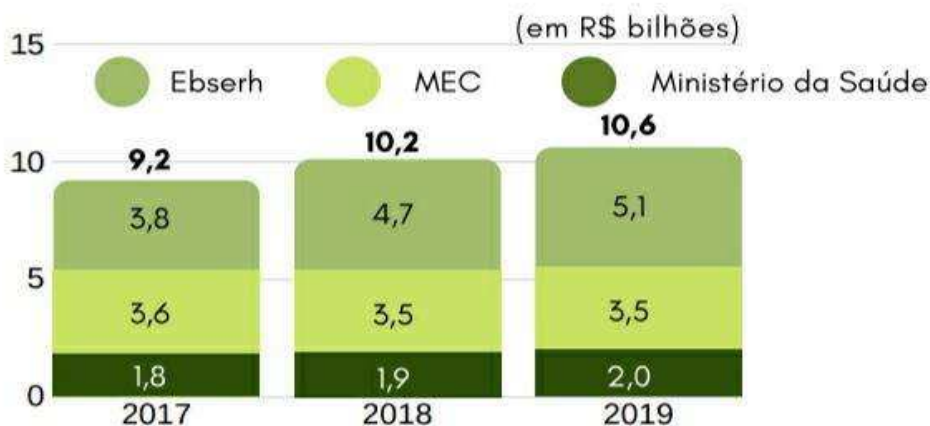
Avaliemos a seguir exatamente essas fontes de financiamento da empresa:

O capital social da Ebserh pertence integralmente à União. De acordo com o Art. 6º do seu Estatuto Social, suas fontes de financiamento podem ser: I- as dotações que lhe forem consignadas no orçamento da União; II- as receitas decorrentes: a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto; b) da alienação de bens e direitos; c) das aplicações financeiras que realizar; d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais. III- doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; IV- os oriundos de operações de crédito, assim entendidos os provenientes de empréstimos e financiamentos obtidos pela entidade; V- rendas provenientes de outras fontes. Em 2019, foram consignados à Ebserh recursos de custeio para atendimento de programas de governo específicos, caso do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (Rehuf), cujo gerenciamento compete à Ebserh, e do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), atividade no âmbito do Programa Mais Médicos financiada pela Ebserh e gerenciada pelo Ministério da Educação (CARTA ANUAL – EBSEH, 2020, p. 13).

No ponto V, quando se fala de rendas provenientes de outras fontes, deixa claro que a empresa pode receber investimento de qualquer setor, o que torna o problema ainda maior, porque gera o interesse de grandes grupos empresariais investirem, e poderem ter direito de interferir na gestão de uma instituição antes de tudo estatal.

**Figura 5: Orçamento da EBSEH e suas fontes de financiamento:**

**Gráfico 1. Orçamento empenhado por ano pela Rede Ebserh - por órgão**



Fonte: Tesouro Gerencial. Não contempla despesas do MEC com servidores RJU inativos

**FONTE:** Carta anual 2020 – Ano base 2019.

De acordo com o gráfico acima, fica claro o quanto essa empresa possui reservado de limite orçamentário, e o quanto se aproxima nessa questão, de órgãos públicos e estatais (Ministério da Educação e Ministério da Saúde). São valores exorbitantes que demonstram o desmonte do setor público no Brasil, e a desresponsabilização do Estado ao injetar fundo público no âmbito privado, que poderia estar sendo utilizado e direcionado para melhorar e alavancar os serviços públicos do SUS.

Diante do exposto, ao passo que ocorre a disputa pela Saúde pública, no sentido de controle dos serviços prestados, acontece também a desconstrução desses serviços públicos de Saúde, utilizando-se de discursos que o Sistema precisa se atualizar e se abrir para novas formas ou modelos de gestão, o que na verdade é a privatização mascarada.

É importante enfatizar que, diante da efetivação da EBSERH, os/as trabalhadores/as da saúde e professores/as universitários/as se posicionaram de forma contrária a esse processo de privatização:

Em 2012, ocorre a greve nacional dos professores universitários, com adesão de mais de cinquenta universidades e instituições de ensino. Uma das pautas importante foi contra a privatização dos hospitais universitários, ou seja, contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (BRAVO; MENEZES, 2015, p. 07).

Demonstrando, assim, que mesmo os governos mais populistas tiveram sua parcela na participação da abertura do serviço público para as privatizações, terceirizações e ampliações das parcerias público/privado, ou seja, a abertura do setor público para participação do mercado.

Ao longo do período de 2003 a 2010, que compreende o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, as mudanças efetivadas foram contrárias aos anseios dos trabalhadores, com reformas e incentivos que privilegiaram a relação público/privado, particularmente na área da saúde. Proposições regressivas como as de criação de FEDP e EBSERH (SOUSA, 2017, p. 141).

A EBSERH traz de certa forma com seu modelo de gestão, a privatização para a Saúde pública, com o argumento de ser a melhor forma de gerir os hospitais universitários federais e inovar a gestão da Saúde, fazendo os serviços serem mais eficientes e eficazes no que se propõem. Tudo isso de forma “gratuita”, o que aparentemente é bastante atraente e irrecusável.

Quando a EBSEH legalmente começou a adentrar no cenário da gestão dos hospitais universitários federais, como empresa pública de direito privado, a partir de então passou a ser responsável pela administração dessas unidades de saúde, de tamanha importância para a assistência em saúde de média e alta complexidade e, para o ensino, a pesquisa e a extensão, por serem diretamente ligados as universidades.

Outro dispositivo desencadeado, em particular, para a gestão dos hospitais universitários instituiu a EBSEH através da Lei nº 12.550/2011, aprovada no final do governo Lula e executada na primeira gestão de Dilma Rousseff (SOUSA, 2017, p. 145).

De acordo com a finalidade, serviços prestados e competências da empresa em questão, é importante ressaltar que não cabe aqui responsabilizar apenas os governos presidenciais do Partido dos Trabalhadores (PT) pela instalação e existência da EBSEH, esses governos apenas colocaram em prática o que estava em curso no Estado neoliberal brasileiro. Os discursos e posicionamentos em favor da parceria público/privado são bem anteriores a esses governos. Para melhor compreender a linearidade histórica de como os HUs chegaram ao processo de precarização até o momento de serem geridos pela EBSEH, Pilotto (2012, *apud* SOUSA, 2017, p. 147) ressalta que:

[...] os HU até os anos de 1980 tinham como missão serem hospitais-escola. Com a Reforma Sanitária, estes passam a integrar a rede SUS passando a ter como missão ensino e assistência, sendo hospitais de referência no atendimento secundário e terciário. O financiamento desses hospitais deveria ser executado pelos Ministérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia. Entretanto, várias dificuldades foram sendo colocadas ao longo do decênio de 1990 em relação ao financiamento, desde o congelamento da tabela de procedimentos do SUS, à falta de concurso público para contratação de pessoal, gerando e ampliando formas precarizadas e terceirizadas de contrato, dentre outras situações que foram reduzindo a capacidade e qualidade desses hospitais.

Assim, fica claro como os hospitais públicos universitários que depois da Reforma Sanitária passaram a atuar no SUS com serviços de ensino e assistência, passaram por um processo de precarização nos seus serviços, através de disputas pelo seu financiamento, congelamentos, ausência de concurso público, o que precariza o serviço para em seguida privatizá-lo, sendo esse o momento no qual as empresas surgem como sendo a solução.

A EBSEERH se coloca como alternativa para solucionar os problemas gerados ao longo dos anos pelo descaso, subfinanciamento, sucateamento e terceirização dos HU, situação que se repete sempre que os interesses econômicos recaem sobre alguma instituição estatal, ou seja, sucateiam, desmontam e argumentam que se tornou um peso para o Estado, que há uma crise, que precisa de modernização, nova forma de gestão e nessas circunstâncias ocorre a entrega do patrimônio público ao setor privado (SOUSA, 2017, p. 148).

Sobre as contradições que envolvem a criação e manutenção dessa empresa, inicialmente com o contexto de precarização e em seguida da privatização dos HUs, centros riquíssimos em conhecimento, essa inserção do setor privado afetou não só a Saúde, mas também os processos de formação das universidades públicas, que muitas das vezes finalizam o processo de formação com o estágio curricular dentro desses hospitais escola.

As contradições que perpassam a criação e manutenção da EBSEERH como empresa pública de direito privado desvenda a intenção de exploração dos HU como atividade econômica de caráter lucrativo, ou seja, de privatização dos hospitais-escolas e da sua desvinculação com as universidades, descaracterizando a sua função precípua que é de ser uma instituição de ensino para funcionar apenas como um prestador de serviços. Após a vinculação de um HU a EBSEERH esta passa a tomar todas as decisões sobre a gestão e atividades, podendo reduzir leitos e serviços para adequar às regras do mercado, neste sentido, quebra a autonomia universitária e os gestores dessas instituições não conseguem interferir em seu cenário de desmonte, de redução e de mudanças dos seus fins, como hospital de ensino (SOUSA, 2017, p. 149).

É notória a relação de exploração entre a empresa EBSEERH e os hospitais universitários geridos pela mesma, descaracterizando a principal função desses hospitais de ensino e formação de novos profissionais, para obter lucros e oferecer minimamente serviços à população, deixando o hospital e seus/suas funcionários/as sem nenhuma autonomia, pois fica tudo na responsabilidade da EBSEERH e nem os próprios gestores dessas instituições podem interferir na descaracterização de hospital de ensino, pela ofensiva neoliberal de desmonte que ocorre de forma mascarada no interior desses hospitais federais. O que torna os equipamentos de saúde totalmente atrativos para o mercado, pois, de acordo com Correia (*apud* SOUSA, 2017, p. 145) a saúde “é uma área de grande interesse do capital, pois nela se concentram as grandes indústrias farmacêuticas, de equipamentos, de insumos e grupos de seguradoras, planos de saúde e de prestação de serviços privados [...]”. Nesse sentido, a implantação da EBSEERH nos Hospitais Universitários,

desconstrói a universidade pública, reduzindo sua autonomia e atinge de imediato a relação: ensino, pesquisa e extensão, na medida em que recorre a uma racionalização administrativa modernizadora, na qual a lógica é produtivista e flexibilizadora, de otimização dos recursos, inovação tecnológica e aumento da produção (SOUSA, 2017, p. 148).

Compreende-se que o serviço privado através de metas estabelecidas interiormente proporciona uma maior resolutividade nos seus serviços, os/as profissionais trabalham para atingir essas metas, que acabam por ultrapassar um pouco o SUS na questão de maior resolutividade dos serviços e agilidade na sua realização, pois o setor privado trabalha com resultados, números e lucros. Isto aumenta a competitividade entre os/as profissionais, promove a sobrecarga de atividades por um menor intervalo de tempo e uma maior responsabilização individual na realização de serviços em equipe multiprofissional.

Ainda sobre o trabalho na EBSERH, existe na empresa o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (2020) que tem como objetivo principal estabelecer uma política eficaz para a ascensão profissional dos/as seus/suas colaboradores/as, de acordo com suas aptidões e desempenho para subsidiar o desenvolvimento no plano de carreiras com vistas a atingir os objetivos da empresa. O setor responsável por esse Plano é a Diretoria de Gestão de Pessoas.

No documento do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (2020), se estabelece a descrição de cargos e funções dos/as funcionários/as da empresa. As funções se dividem em: descrição sumária, atribuições e requisitos básicos da função. Fica estabelecido que, a cada dois anos, haverá uma revisão dos cargos e funções ou sempre que houver necessidade de ajustes, a fim de adequá-las às mudanças tecnológicas e de mercado (mais uma vez a lógica de mercado inserida na instituição pública). A estrutura de Cargos e Carreiras está dividida em: grupo organizacional, classe e nível salarial.

A política salarial da EBSERH, também segundo o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (2020), terá seus salários administrados por níveis que são posicionados em uma tabela salarial, com critérios definidos de ingresso e com a possibilidade de movimentação e enquadramento em outra classe ou nível. Existe ainda a Política de Progressão, Estratégia de Remuneração e Enquadramento Funcional com: progressão horizontal (progressão por mérito e progressão por antiguidade), e progressão vertical. O sistema de remuneração é composto por: salário base que corresponde ao salário fundamental, sem o acréscimo de

importâncias fixas ou variáveis com as quais se completa a remuneração global dos/as empregados/as, valor definido no contrato, e a remuneração que representa o somatório dos valores correspondentes ao nível salarial, acrescido dos adicionais e vantagens recebidas pelo empregado.

Sobre essa progressão por mérito presente na avaliação de desempenho, segundo a Cartilha da EBSEH (2020) “Tem o objetivo de identificar o quanto o desempenho do empregado está de acordo com os padrões esperados pela Ebserh durante o período avaliativo.” Essa avaliação é composta pelo/a próprio/a empregado/a, que fará sua autoavaliação, por colegas ou subordinados/as, nesse caso o/a empregado/a será avaliado por colegas da mesma lotação e se o/a empregado/a tiver cargo de chefia, sua avaliação será feita pelos/as seus/suas subordinados/as, e por último a avaliação da chefia imediata. Aqui cabe mais uma discussão, como um/a subordinado/a faz a avaliação do seu/sua chefe, qual liberdade esse/a funcionário/a tem, por exemplo, para fazer críticas e influenciar diretamente na avaliação do/a seu/sua chefe e não sofrer sanções posteriormente, e assim por diante. É importante também mencionar que o/a gestor/a de férias, que esteja concorrendo a progressão horizontal por mérito, deve no período de férias avaliar seus/suas subordinados/as e se autoavaliar; e o/a empregado/a de férias deve fazer sua autoavaliação e avaliar os/as subordinados/as, ou seja, são férias que não falta trabalho. E para concluir essa questão, o/a empregado/a só terá acesso as notas depois de finalizada todas as avaliações.

A tabela salarial ainda deverá ser atualizada em função da legislação vigente (Convenção, Acordo Coletivo de Trabalho, dentre outras), com base em pesquisas de mercado. Será definido, posteriormente, o Sindicato que representará os/as empregados/as da EBSEH para quaisquer negociações relativas a este Plano.

Tendo em vista que esse documento é de abril do corrente ano, se concretiza mais uma demonstração de retrocesso para a classe trabalhadora, pois os/as empregados/as da empresa não têm o sindicato para organização política, social e busca dos seus direitos trabalhistas, o que comprova a atuação da política neoliberal.

A política neoliberal afeta as políticas públicas brasileiras, retirando da classe trabalhadora os direitos sociais conquistados depois de muitas lutas. Contudo cabe aqui ressaltar a importância da resistência em tempos tão difíceis, pois além de



estarmos no cenário de pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, vivenciamos diariamente os ataques desse (des)governo presidencial totalmente despreparado, e que está enfrentando a situação de emergência e calamidade pública em face do contexto da pandemia, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com total irresponsabilidade e descaso com a vida dos/as trabalhadores/as.

Em resposta ao avanço da política e economia neoliberal e para a luta por uma Saúde pública 100% estatal e de qualidade e o SUS efetivo, foi criada em 2010 a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, com o objetivo de fortalecer os movimentos sociais em defesa da Saúde pública no Brasil.

A Frente surge com o objetivo de defender o SUS universal, público, 100% estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980. É composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários (BRAVO; MENEZES, 2015, p. 08).

Cabe aqui destacar a importância desses mecanismos de luta e defesa por uma Saúde pública de qualidade, porque a resistência é de extrema importância, pois demonstra a população reconhecendo seus direitos assegurados na lei, e o dever do Estado como principal responsável pela execução das políticas públicas, sendo também a Frente Nacional um mecanismo de controle social. Até porque um direito assegurado em lei, não significa sua efetivação imediata.

A garantia dos direitos sociais conquistados, assegurados em lei não implica em sua imediata materialização, exige a ação do Estado para se transformar em políticas sociais, pois a lei em si não modifica a realidade. Entretanto, presencia-se também no país a submissão do Estado às pressões do capital nacional e internacional para a implantação de reformas neoliberais com corte de recursos para o meio social, o que gera um verdadeiro ataque aos direitos sociais (DIAS; LEMOS; SALES, 2011, p. 02).

E quando se trata da EBSERH essa questão fica um pouco mais complicada, já que é o setor privado gerindo um serviço público e as demandas do SUS passam a ser voltadas para a empresa citada, o que gera a descaracterização do SUS como sistema público, ou seja, os/as usuários/as desse serviço ficam submetidos/as aos interesses do mercado.

**A saúde e educação são bens públicos, que não podem e não devem se submeter aos interesses do mercado. A EBSERH nega esse princípio constitucional e abre espaço para mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs.** O fato de se afirmar como

empresa pública e prestar serviços para o SUS não resolve o problema, pois concretamente as possibilidades de “venda” de serviços pela Empresa são reais e estão postas na Lei. Inclusive, as atividades de pesquisa e ensino seguem podendo ser vendidas a entidades privadas por meio de “acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais” (Lei nº 12.550/2011, artigo 8º, Inciso II), sendo esta uma das fontes de recursos da EBSEH (MANIFESTO EBSEH, 2014, p. 02, grifos do autor).

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde é totalmente contrária a EBSEH, pois entende que essa empresa é um risco para todos os princípios do SUS, para os HUs e para os princípios constitucionais. O texto do Manifesto EBSEH (2014) traz os pontos que considera prejudicados pela empresa:

1) ao caráter público dos HUs e à sua característica nata de instituição de ensino vinculada à Universidade; 2) um desrespeito à autonomia universitária garantida no artigo 207 da Constituição de 1988; 3) um risco à independência das pesquisas realizadas no âmbito dos HUs; 4) uma forma de flexibilizar os vínculos de trabalho e acabar com concurso público; 5) além de prejudicar a população usuária dos serviços assistenciais prestados pelos Hospitais-escola e de colocar em risco de dilapidação os bens públicos da União ao transferi-los a uma Empresa (MANIFESTO EBSEH, 2014, p. 01).

Trata-se de um prejuízo imensurável para o serviço público no geral, pois atinge desde as universidades públicas até os serviços assistenciais ofertados pelos HUs. É um desrespeito à estabilidade proporcionada pelo concurso público, um retrocesso para pesquisas e estudos desenvolvidos dentro desses hospitais, de certa forma colocando bens públicos nas mãos do mercado. Como atestava o movimento contrário à empresa:

Impedir a implantação da EBSEH (Lei nº 12.550/2011) nos hospitais-escola federais significa evitar a privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro, composto por 45 unidades hospitalares. **A implantação desta Empresa representa uma séria ameaça para o Sistema Único de Saúde, consolidando o projeto privatista em curso** (MANIFESTO EBSEH, 2014, p. 01, grifos do autor).

De acordo com o que foi discutido, é possível visualizar um verdadeiro ataque aos serviços públicos, como Saúde e Educação, no que se refere às universidades e ao tripé extremamente importante para a formação profissional: ensino, pesquisa e extensão.

**Quebra-se também o princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e a verdadeira natureza dos Hospitais Universitários**, que se limitariam, sob os ditames e gerenciamento da nova Empresa, a prestar serviços de assistência à saúde, conforme pactos e

metas de contratualização (MANIFESTO EBSEH, 2014, p. 02, grifos do autor).

O que demonstra mais um retrocesso para as conquistas da classe trabalhadora, pois o ensino, a pesquisa e a extensão ficam ameaçados com a gestão privada dos serviços prestados, tanto pelas universidades, como pelos hospitais públicos universitários, que tanto contribuem para uma formação íntegra, pública e de qualidade para todos/as, e não baseada na lógica de mercado.

Essas empresas trabalham assim como outras do mercado, com metas, exatamente aqui cabe a indagação de como atender as demandas dos/as usuários/as e também satisfazer as metas da empresa, deixando claro que o importante são quantos atendimentos prestados e não efetivamente a qualidade desses atendimentos e a resolução das demandas apresentadas pelos/as usuários/as.

Os serviços, regidos sob a lógica do mercado, prejudicariam a população usuária, pois ao ter por princípio tão somente o cumprimento de metas contidas no contrato de gestão firmado, não se teria garantias da qualidade dos serviços de saúde e do atendimento às demandas. Além disto, o número de leitos para os usuários do SUS seriam diminuídos, a exemplo do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (apresentado pelo Governo Federal como modelo para implantação da EBSEH) que tem dupla porta de entrada, vendendo 30% dos seus leitos para planos privados de saúde (MANIFESTO EBSEH, 2014, p. 02).

A política de Saúde perpassa atualmente por inúmeros prejuízos e enfrentamentos, seja no aspecto da precarização dos serviços, seja na despolitização da sociedade no geral, profissionais e usuários/as, no sentido de ter a compreensão de que é direito de todos/as e que não é de “graça”, pois pagamos inúmeros impostos absurdamente altos diariamente para isso.

E não se pode deixar de discutir sobre a importância de visualizar a demanda para além do que ela significa ou representa, e entender que Saúde é resultado de todas as condições de vida dos/as usuários/as, compreender também que uma demanda pra ser resolvida de forma imediata merece toda a análise teórica e crítica da situação, ou seja, é priorizar sua resolução mas sem deixar de lado sua análise.

Para melhor compreensão do funcionamento dos hospitais públicos universitários geridos por essa empresa, se faz extremamente necessária a análise das esferas que compõem esse tipo de gestão e seu funcionamento perante o setor

público. Como por exemplo, financiamento, controle social, a relação da empresa com seus/suas funcionários/as, e assim por diante.

A EBSEERH traz um modo de operar hospitais universitários completamente diferente do atual. Além de transformar a atividade de ensino, pesquisa e assistência em atividade econômica, apresenta as seguintes mudanças: **Financiamento:** Se hoje é por meio da União, do MEC e de convênios com o SUS, com a EBSEERH se mantém essas fontes, acrescidas da incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro – por exemplo, venda de cursos, aluguel de instalações como enfermarias para escolas médicas e de enfermagem privadas. Muda aqui a lógica da alocação de recursos, pois as necessidades do mercado definem os serviços oferecidos pela empresa e não qualquer lógica de necessidades de saúde, de formação de profissionais de saúde e de pesquisa de acordo com prioridades políticas nacionais (ANDREAZZI, 2013, p. 279-280).

O que demonstra por meio desse modelo de gerir, a mercantilização dos serviços essenciais que constituem as universidades públicas e os hospitais públicos universitários, uma empresa que trabalha diretamente com as necessidades e a lógica de mercado, define os serviços que serão oferecidos de acordo com demandas privadas e não com as necessidades básicas da Saúde,

[...] A EBSEERH poderá ser sócia de empresas lucrativas – por exemplo, laboratórios farmacêuticos, laboratórios de análises clínicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. Aqui se implementa o princípio do plano de negócios definindo o perfil da empresa, o que, numa conjuntura prolongada de ajuste fiscal, significará a incessante busca de recursos privados, com o discurso da sobrevivência de uma empresa “estatal” (ANDREAZZI, 2013, p. 280).

Fica claro que o objetivo principal da EBSEERH é a obtenção de lucro e isso afasta a possibilidade da mesma exercer um serviço público baseado nos princípios do SUS e com prioridade às demandas dos/as usuários/as, pois irá existir a tensão entre os interesses da empresa na busca de recursos privados e os interesses dos/as usuários/as e dos/as profissionais na busca de exercer sua profissão obedecendo os princípios éticos e em defesa de uma Saúde pública de qualidade. Além disso,

A EBSEERH não tem mecanismos democráticos de gestão, eleição de gestores, conselhos deliberativos paritários, tudo o que a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde preconizam para o sistema público de saúde e que o tornam um sistema de Estado e não dos eventuais e transitórios governos (ANDREAZZI, 2013, p. 280-281).

Analisemos a seguir, a execução orçamentária e financeira da Unidade Orçamentária da Ebserh, sendo possível verificar os valores significativos, investimentos altíssimos principalmente com pessoal e benefícios, é lamentável ver tanto dinheiro público indo diretamente para empresas privadas realizarem a gestão de grandes instituições públicas.

**Figura 6: Execução orçamentária e financeira da Unidade Orçamentária da EBSEH (em R\$ milhões):**



**FONTE:** Carta anual 2020 – Ano base 2019.

No que tange aos/as funcionários/as dessa empresa, no quadro acima descritos como pessoal, são contratados/as com vínculos empregatícios fragilizados, mesmo sendo a contratação mediante concurso público, alguns com tempo determinado para contratação, o que deixa o/a trabalhador/a cada vez desamparado/a no que se refere aos direitos trabalhistas.

São CLTs e contratados mediante concurso público de provas ou provas e títulos, podendo haver, em sua implantação, processo seletivo simplificado,

por tempo determinado (até cinco anos) (Art. 10º e 11º da Lei 12.550). Na verdade, ao contrário do que defendem seus idealizadores, essa modalidade de contratação não abortará processos trabalhistas por parte dos atuais terceirizados, pois a permanência destes dependerá, em última análise, de aprovação em concurso público (ANDREAZZI, 2013, p. 281).

Tudo isso acoplado com o sucateamento dos hospitais universitários federais, causado pela administração por parte da EBSEH, que notoriamente prioriza as necessidades do mercado e afeta a autonomia dessas instituições de saúde nas decisões internas, sendo a empresa responsável também pela distribuição dos recursos para os hospitais.

Trata-se de repassar para esta empresa a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), através de contratos de gestão e termos de parcerias, além da transferência de recursos públicos. Há também a transferência de “instalações públicas e de pessoal”. Está em jogo não só a gestão, mas também a qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS, a estabilidade dos trabalhadores, a qualificação de profissionais para a área da saúde, dentre tantos outros aspectos, não menos importantes. De fato, estas novas modalidades de gestão representam um retrocesso na caminhada histórica da conquista de direitos pela classe trabalhadora brasileira, correspondendo a uma afronta aos princípios constitucionais (CARDIAL, 2016, p. 04-05).

Ou seja, é deixar a Saúde pública brasileira e os recursos destinados à sua manutenção e efetivação nas mãos de uma empresa pública de direito privado, que coloca em jogo a qualidade dos serviços ofertados, a estabilidade dos/as profissionais com a contratação por tempo determinado e, conseqüentemente, o aperfeiçoamento desse/as profissionais. Tudo isso recai diretamente sobre a população usuária que depende desses serviços e fica exposta a toda e qualquer forma de desassistência e falta de cumprimento de um princípio constitucional básico e essencial, que é a saúde em seu sentido amplo.

Outro princípio que está sendo frontalmente impactado é o da universalidade, tão caro à sociedade, haja vista a luta engendrada nas décadas de 1970 e 1980, em meio a um regime ditatorial, quando o acesso aos serviços de saúde era restrito e privado, não obstante ter havido, naquele momento, uma ampliação das políticas sociais. Conseguiu-se assegurar na Constituição Federal de 1988 o princípio da universalidade, conforme preconiza o Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CARDIAL, 2016, p. 10).

Demonstrando assim, o ataque ao princípio constitucional e ferindo a dignidade humana, pois é um serviço essencial que a maior parte da população não

tem condições de pagar por ele na iniciativa privada, ou recorrer à um plano de saúde, sendo essa parcela da população que se comparado ao valor que ganha mensalmente é a parcela populacional que paga mais impostos, os quais são exatamente destinados à Saúde e Educação, e quando precisam de um serviço dessa magnitude são desamparados pelo Estado, que não arca com suas responsabilidades e obrigações legais, preconizadas em lei.

Ainda de acordo com Cardial (2016, p. 11) “Percebe-se, desta forma, as verdadeiras intenções da EBSEH: a apropriação do fundo público da saúde e a mercantilização dos serviços, minimizando o contingente do atendimento aos usuários do SUS”.

É notório que a Saúde pública vive atualmente um momento de precarização com a deterioração dos serviços prestados, tudo isso em decorrência do antagonismo entre capital e trabalho, e a EBSEH com foco na produtividade, nas metas e nos resultados vem acentuar essa situação da política pública de Saúde.

Ainda no que tange as formas de contratação por parte da empresa, segundo Biondini (2018), os contratos variam de acordo com o tempo de vigência, por exemplo, no Hospital das Clínicas da UFMG o contrato tem o prazo de 20 anos, já com o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Piauí o contrato é por tempo indeterminado.

Conforme Biondini (2018), os/as trabalhadores/as mesmo realizando processo seletivo no modelo de concurso público, são regidos pela CLT, pois são empregados/as de uma empresa pública que está submetida, conforme parágrafo 1º do Art. 173 “ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários” (BRASIL, 1988), ou seja, é uma forma de precarização das relações de trabalho, flexibilização e ausência de estabilidade para os/as servidores/as públicos/as. Em relação aos salários pagos, são relativos, pois dependem do salário base de cada profissional, das remunerações extras e de acordo com a estrutura de cargos e carreiras.

A estrutura de cargos e carreiras da Empresa está organizada em: grupo organizacional, classe e nível salarial. a. Grupo organizacional – agrega cargos com mesmo nível de escolaridade (superior, técnico e médio). b. Classe – compreende o grau de complexidade e responsabilidade das atribuições, expressas por padrões hierarquizados dentro de um cargo, que se refletem em valores organizados em níveis salariais. c. Nível Salarial – são os valores que expressam o salário base dos 12 níveis hierárquicos de cada classe. Os grupos ocupacionais da EBSEH estão organizados de

acordo com o nível de escolaridade, o cargo e a classe da carreira, sendo que o nível superior subdividido em duas carreiras – CME e S (PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS; EBSERH, 2020, p. 03).

Sendo assim, é perceptível a questão dos salários como ponto chave para compreensão, de que a empresa leva em consideração inclusive progressão salarial por mérito, e dessa forma, promove a desigualdade salarial dentro da própria instituição, entre profissionais da mesma formação, isso gera maior concorrência e uma corrida para atingir as metas e obter aumento salarial. Bem semelhante ao que acontece nos empregos na área comercial, onde vendedores/as de um mesmo estabelecimento comercial disputam pelo atendimento aos clientes, pois ao final do mês recebe um salário maior de acordo com a quantidade de vendas realizadas, isso estimula a concorrência entre os/as profissionais e deixa de lado a qualidade dos atendimentos e dos serviços. É possível também perceber que de acordo com a classe ou classificação que compõe a questão salarial da empresa, os/as profissionais podem chegar a receber valores consideravelmente favoráveis, o que provoca mais uma problemática quando se fala da questão salarial ofertada pelos municípios e estados brasileiros, que deveriam ser exemplo e pagar bem aos/as seus/suas funcionários/as. Informo ainda que todas as classes e classificações que constituem o salário dos/as funcionários/as da Ebserh, estão disponíveis para consulta no Plano de Cargos, Carreiras e Salários; atualizado anualmente pela empresa.

A citação abaixo demonstra claramente como funciona a progressão salarial dos/as funcionários/as da empresa:

Progressão Horizontal consiste na mudança para o nível salarial superior de enquadramento, podendo ocorrer para 1 (um) ou 2 (dois) níveis, nos anos pares e será obtida em duas situações: I – Progressão por Mérito – obtida mediante avaliação de desenvolvimento funcional que considera os fatores: Conhecimento técnico, Conhecimento da organização /negócio; Competências sociais/relações humanas; Amplitude de pensamento; Grau de dificuldade; Autonomia para tomada de decisão; Intensidade da Influência e, Assiduidade do empregado no trabalho desenvolvido. II – Progressão por Antiquidade – obtida mediante avaliação do tempo de permanência na Empresa (em anos). Consiste na mudança para o nível salarial imediatamente superior de enquadramento (um nível) e ocorrerá mediante lista de antiguidade. Progressão Vertical: poderá ocorrer, nos anos ímpares, quando o empregado obtiver crescimento decorrente da complexidade das tarefas desempenhadas por ele, ou por maturidade, definida pela sua qualificação profissional. Consiste na mudança da classe ocupada para a imediatamente superior e para o nível salarial correspondente ao acréscimo mínimo de 3% do nível salarial do emprego público ocupado. Os recursos destinados à progressão horizontal e vertical para a carreira estarão limitados 1% na folha salarial anual. O sistema de



remuneração da EBSEH será composto por: a. Salário base – corresponde ao salário fundamental, sem o acréscimo de importâncias fixas ou variáveis com as quais se completa a remuneração global dos empregados, valor definido no contrato; b. Remuneração – representa o somatório dos valores correspondente ao nível salarial, acrescido dos adicionais e vantagens recebidas pelo empregado. A partir dos resultados obtidos na pesquisa de salários, foram definidos os valores dos níveis salariais iniciais e finais de cada classe, respeitando-se o intervalo de step (percentual aplicado entre os níveis salariais, classes e grupo ocupacional da tabela salarial), estabelecido estatisticamente por meio da referida pesquisa de mercado (PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS; EBSEH, 2020, p. 05-07).

Já para a parte administrativa as altas remunerações estão disponíveis para acesso na Carta Anual de Políticas Públicas e Governança Corporativa da Ebserh (2020) tendo como ano base 2019; valores altíssimos, conforme veremos nas figuras abaixo, e que nos fazem refletir o quanto essa imensa quantidade de dinheiro faria a diferença se fosse investida e aplicada diretamente no SUS e nos seus serviços. Outra questão que chama a atenção é a grande diferença salarial perceptível entre o presidente e diretores se comparado com os salários dos conselheiros de administração e fiscais. Ademais, segue uma breve exposição dessas informações:

## Figuras 7, 8 e 9: Remuneração da administração e dos membros do colegiado da EBSEH:



FONTE: Carta anual 2020 – Ano base 2019.

Quanto à fixação dos limites da remuneração individual e global para o período em questão, foram considerados os valores autorizados pela Sest, conforme segue nas Tabelas 5, 6, 7 e 8.

É importante destacar o abatimento de valores de remuneração que excedam o teto remuneratório definido pela Constituição Federal.

Em 2019, o abate-teto Constitucional da remuneração do Presidente da Ebserh foi de R\$ 232.686,54, e, no âmbito da remuneração dos Diretores, foi de R\$ 249.108,46.

**Tabela 5. Remuneração - Presidente**

Itens	Valor de um Mês do Item de remuneração	Subtotal por cargo (Limite Individual)	Total por tipo de cargo Limite Global
Honorário Fixo	R\$ 30.999,53	R\$ 371.994,36	R\$ 371.994,36
Gratificação de férias	R\$ 10.333,18	R\$ 10.333,18	R\$ 10.333,18
INSS	R\$ 8.950,53	R\$ 107.166,41	R\$ 107.166,41
FGTS	R\$ 2.548,85	R\$ 30.586,20	R\$ 30.586,20
<b>Subtotal</b>			<b>R\$ 520.080,15</b>

Fonte: SPP/CAP/DGP.

**Tabela 6. Remuneração - Diretores**

Itens	Valor de um Mês do Item de remuneração	Subtotal por cargo (Limite Individual)	Total por tipo de cargo Limite Global
Honorário Fixo	R\$ 29.139,55	R\$ 349.674,60	R\$ 2.098.047,60
Gratificação de férias	R\$ 9.713,18	R\$ 9.713,18	R\$ 58.279,10
INSS	R\$ 5.827,91	R\$ 69.934,94	R\$ 419.609,66
FGTS	R\$ 2.331,16	R\$ 27.973,98	R\$ 167.843,87
<b>Subtotal</b>			<b>R\$ 2.743.780,23</b>

Fonte: SPP/CAP/DGP.

**FONTE:** Carta anual 2020 – Ano base 2019.

**Tabela 7. Remuneração - Conselho de Administração**

Itens	Valor de um Mês do Item de remuneração	Subtotal por cargo (Limite Individual)	Total por tipo de cargo Limite Global
Honorário Fixo	R\$ 2.940,53	R\$ 35.286,31	R\$ 317.576,82
INSS	R\$ 588,11	R\$ 7.057,26	R\$ 56.458,18
<b>Subtotal</b>			<b>R\$ 338.749,06</b>

Fonte: SPP/CAP/DGP.

**Tabela 8. Remuneração - Conselho Fiscal<sup>1</sup>**

Itens	Valor de um Mês do Item de remuneração	Subtotal por cargo (Limite Individual)	Total por tipo de cargo Limite Global
Honorário Fixo	R\$ 2.940,53	R\$ 35.286,31	R\$ 105.859,08
INSS	R\$ 588,11	R\$ 7.057,26	R\$ 21.171,82
<b>Subtotal</b>			<b>R\$ 127.030,90</b>

Fonte: SPP/CAP/DGP.

<sup>1</sup> Para os conselheiros que ocupam cargos efetivos ligados a regime próprio de previdência na Administração Pública (por exemplo: regidos pelo Regime Jurídico Único), não é devido o desconto do INSS sobre os jetons que recebem por participação nos conselhos de Administração ou Fiscal da Ebserh, pois o regime previdenciário ao qual estão ligados, não prevê o desconto da previdência sobre os jetons recebidos. Contudo, para os conselheiros sem vínculo com a administração ou ocupantes de cargos efetivos celetistas, os jetons são contabilizados normalmente como base de cálculo para a contribuição ao regime geral de previdência (INSS).

**FONTE:** Carta anual 2020 – Ano base 2019.

Nesses quadros, evidencia-se os altos valores pagos aos membros da administração dessa empresa, dinheiro esse que deveria estar sendo destinado ao sistema público de Saúde, às suas instituições, unidades, serviços e demandas, uma vez que o SUS é para atender a todos/as. Porém, devido a inserção dessas empresas na gestão das instituições públicas, como resultado do processo de contrarreforma do Estado, o SUS está perdendo espaço e investimentos que se não fossem direcionados ao setor privado fariam toda a diferença para a efetivação do direito universal a uma saúde totalmente pública, gratuita e de qualidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente trabalho possibilitou uma análise crítica acerca do processo de privatização na política de Saúde em todo seu contexto histórico, particularmente com a inserção da EBSERH para a administração dos hospitais universitários federais (HUs), e a efetivação do SUS nessa correlação de forças entre o espaço público e a iniciativa privada.

O texto evidenciou os ataques que a Saúde pública vem sofrendo ao longo dos anos em decorrência dos processos de privatizações, resultado da política neoliberal que promove a desproteção social à classe trabalhadora, com governos que infelizmente priorizam o desenvolvimento e a acumulação capitalista, favorecem os interesses da classe empresarial e do grande capital, em detrimento dos direitos da classe operária.

A Lei 8080/90 que regula nacionalmente as ações e serviços da Saúde e regulamenta o SUS, um dos maiores e mais complexos sistemas de Saúde do mundo, apresenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde. Essa lei aponta como dever do Estado prestar serviços de Saúde de qualidade para todos/as, e evidencia a participação das instituições privadas em caráter complementar. No entanto, a EBSERH chega para administrar os hospitais públicos, fato que desrespeita a Constituição, pois administração não é algo complementar, mas sim a base da instituição, principalmente, quando se refere aos hospitais universitários (HUs), que são vinculados diretamente ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação.

Essa pesquisa, realizada através de uma revisão bibliográfica e documental, possibilitou uma melhor apreensão sobre a interferência direta do processo de contrarreforma do Estado na Saúde pública, e acima de tudo viabilizou um amplo olhar crítico a respeito do resultado negativo dos retrocessos que o processo de privatização substancia.

A EBSERH como modelo de administração pública fere os princípios do SUS, pois é dever do Estado, sem interferência do setor privado, atender as demandas e necessidades básicas da população. Cabe aqui destacar o quanto atribuir a gerência de hospitais e instituições públicas por empresas privadas é perigoso para a política da Saúde, pois descaracteriza o SUS e minimiza sua relevância para a sociedade.

Conforme demonstramos na pesquisa, boa parte do fundo público está sendo destinado aos interesses de setores privados, enquanto que os serviços públicos estão carecendo de recursos, materiais e estrutura para seu pleno funcionamento. Essa estratégia está em total consonância com o processo de desresponsabilização do Estado frente às políticas sociais e com uma política que desvia recursos públicos para promover o sucateamento destas e justificar privatizações.

A pesquisa deixou claro o problema estrutural que existe por trás das privatizações; demonstrou da mesma forma que a EBSEH prejudica o tripé das universidades públicas federais, ensino, pesquisa e extensão, pois, transforma os hospitais públicos universitários em empresas, para atender as demandas do mercado, retirando seu caráter de hospital-escola, uma vez que com a inserção da lógica privada, o processo de formação profissional e de legitimação do serviço público ficam comprometidos.

Também foi possível identificar que a EBSEH controla o trabalho profissional através de avaliações de desempenho invasivas, tendo em vista que são baseadas em padrões pragmáticos e gerencialistas, além do/a trabalhador/a se submeter à avaliações de outros/as profissionais. Em suma, a empresa traz uma lógica de eficiência privada ao SUS, que prioriza objetivos e metas em detrimento da subjetividade do trabalho com os/as usuários/as, compromete as universidades federais e descaracteriza o serviço público.

Dada a importância do assunto, torna-se necessário enfatizarmos que esse estudo possibilitou perceber o quanto o SUS vem sendo historicamente desvalorizado e precarizado, o que rebate sobre a sua relevância na vida de milhares de pessoas. O SUS foi resultado de muita luta e se faz também necessário ressaltarmos a necessidade real e diária de resistência, pois esse sistema de Saúde pública é da classe trabalhadora, que o custeia diante de uma política tributária recessiva. Portanto, o SUS deve servir aos interesses dessa classe, o que está sendo prejudicado pela falta de investimentos e pela omissão do Estado, em não exercer seu papel de zelar pela coisa pública e pelo serviço público.

Nesse sentido, finalizamos este estudo com a compreensão da extrema importância desse debate no cenário brasileiro, tendo em vista a expansão de ofensivas sobre os direitos sociais e políticas públicas, que se evidenciam desde o final dos anos 1990, mas que, estão na pauta do dia, especialmente, em um período

de ascensão de governos ultraneoliberais. Esses governos vêm promovendo os cortes de investimentos com políticas públicas, perseguindo movimentos sociais e lideranças políticas, contribuindo para a desdemocratização das políticas sociais e atuando no sentido de assegurar a exploração do trabalho, a extração desregulada dos nossos tesouros ambientais e a acumulação de riquezas nas mãos de uma parcela privilegiada da burguesia brasileira e internacional.

Buscamos, com essa pesquisa, ainda que de forma sintética, despertar a análise crítica a respeito desse cenário de desmontes, retrocessos e inobservância aos direitos sociais que o Brasil vivencia. Nossa análise, no entanto, não se pretende neutra, mas almeja somar esforços na defesa incessante pela concretude de uma política de Saúde, de qualidade, essencialmente pública e gratuita para toda classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, 2013. 37 (2): 275-284.

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. **A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões**. In: Revista INSCRITA Brasília: CFESS, 2004. n. 9.

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

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING,, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9 ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BIONDINI. Bárbara Katherine Faris. “**Saúde pra dar e vender**”: A EBSEERH como um aspecto do desmantelamento da saúde pública. Dissertação (Mestrado – Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Belo Horizonte, 2018. 105 f.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 24/10/19.

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

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Brasília: 2010. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm)>. Acesso em: 15 de Out. de 2020.

BRASIL. Decreto nº 7661, de 28 de dezembro de 2011. Brasília: 2011. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/mpv/2177-44.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm)>. Acesso em: 18 de Maio. de 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Brasília: 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm)>. Acesso em: 21 de Jul. de 2019.

BRASIL. **Medida provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010**. Câmara dos Deputados, Brasil, 31 de dezembro de 2010. Disponível em: <[camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=490386](http://camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=490386)>. Acesso em: 10 de Nov. de 2019.



BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Brasília, 16 dez. 2011.

BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016** : Emenda Constitucional nº 95 de 15/12/2016. PEC DO TETO DOS GASTOS PÚBLICOS. Brasil, 15/12/2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05 de Ago. de 2019.

\_\_\_\_\_, Cristina Índio do. **Gastos com saúde privada no Brasil somam R\$ 231 bilhões de 2010 a 2017**. Agência Brasil - UOL Economia, 20 de dezembro de 2019. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2019/12/20/gastos-com-saude-privada-no-brasil-somam-r-231-bilhoes-de-2010-a-2017.htm>>. Acesso em: 11 de novembro de 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio**. p. 01-24. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Cadernos de saúde**. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, p. 15-28, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. “Política de Saúde no Brasil”. In: MOTA, Ana Elizabete; et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. □□ \_\_\_\_\_. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. □ *evista Cadernos de Saúde*. Rio de Janeiro: ADUFRJ; Pela Saúde, p. 15-28, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: **CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000; “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. et al. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argum., Vitória, v.10, n.1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Lutas contra a privatização da saúde no Brasil na atualidade. In: VII **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Anais: Estado, Lutas Sociais e Políticas Públicas. São Luís, 2015, p. 1-12.

BRAVO, Maria Inês Souza. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2011, n.105, pp.185-187. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100012>>. Acesso em: 15 de Ago. de 2019.

CARDIAL, Andréa Mattos Dantas do Nascimento. **EBSERH**: A nova roupagem da contrarreforma nos HUS. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Belo Horizonte: 19-21 de maio de 2016.

COLLUCCI, Cláudia. **13% dos serviços públicos de saúde já são terceirizados, e 73% deles estão sob gestão privada.** Folha de São Paulo. Uol. São Paulo, 03 de novembro de 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/10/brasil-ja-tem-73-dos-servicos-publicos-de-saude-sob-gestao-privada.shtml>>. Acesso em: 11 de Nov. de 2020.

DIAS, Marly de Jesus Sá. et al. A materialização de direitos sociais na saúde pública: reflexões sobre a prática profissional do Serviço Social. In: **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. v. 16, São Luís, 2011, p. 1-10.

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

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Plano de Cargos, Carreiras e Salários**. Brasília, 2014. 22 p.  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Regimento Interno**. Brasília, 2016. 28 p.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Carta Anual de Políticas Públicas e Governança Corporativa**. Brasília, 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Progressão por Mérito**. Avaliação de desempenho. Cartilha. 1ª Edição; 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Código de Ética e Conduta da Ebserh**. Princípios Éticos e Compromissos de Conduta. 2ª edição. Comissão de Ética. Brasília: Ebserh; 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Estatuto Social da Ebserh**. Brasília, 2020.

GERBASE, Livi; PINHEIRO, Luiza. INESC. **Governo e pandemia**: os dados chocantes do descaso. Brasil, 2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasmidias/governo-e-pandemia-os-dados-chocantes-do-descaso/>>. Acesso em 10 de Nov. de 2020.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MATOS, Maurílio Castro de. **O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19**. Pela Saúde blogspot. Rio de Janeiro, 2020, p. 1-14. Disponível em: <<https://pelasaude.blogspot.com/>>. Blog do projeto de pesquisa e extensão da UERJ Pela Saúde. Acesso em: 15 de Ago. de 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. **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. FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://www.contraprivatizacao.com.br/2020/05/manifesto-em-defesa-do-sus-e-exigencia.html>>. Acesso em: 09 de Ago. de 2020.

MENEZES, S. B. de. **O Conselho Nacional de Saúde na atualidade**: reflexões sobre os limites e desafios. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A política de saúde no governo Lula**. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 25 out. 2020.

MÉSZÁROS, István. **Uma crise estrutural exige uma mudança estrutural**. Partido Comunista Brasileiro. Brasil, 2017. Disponível em: <<https://pcb.org.br/portal2/>>. Acesso em 18 de Mai. de 2020.

MÉSZÁROS, István. 1930. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição / István Mészáros; tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1 ed. Revista. – São Paulo: Boitempo, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. Disponível em:< <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 12 de setembro de 2020.

MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). **Serviço Social e saúde**. Formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, Andreia de; Kruger, Tânia Regina. A contrarreforma do sistema único de saúde, a residência multiprofissional em saúde e a participação do serviço social. □□ XIMENES, Alessandra da Silva; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 179-205.

PASSOS, Rômulo; BRASILEIRO, Olívia. **Legislação da Ebserh**. Editora Brasileiro. Brasília, 2019.

PASTORINI, Alejandra. **Quem mexe os fios das políticas sociais?** Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”. □□ Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XVIII, março, 1997. N. 53.

PENA, Rodolfo F. Alves. Commodities. UOL. **Mundo educação**. Disponível em: <<https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/commodities.htm>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2020.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Liberalismo de Adam Smith**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/administracao/liberalismo-de-adam-smith/37072>. Acesso em: 28 de outubro de 2019.

SIMEON, Yuri. **10 razões para defender o SUS**. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). 20 de março de 2020. Disponível em: <<https://mst.org.br/2020/03/20/10-razoes-para-defender-o-sus/>>. Acesso em: 15 de Set. de 2020.

SILVA, Sheyla Suely de Souza; ALMEIDA, Larissa Martins de; ANDRADE, Sayonara Santos. Neoliberalismos e contrarreformas das políticas sociais. □□ XIMENES, Alessandra da Silva; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 53-73.

SOARES, Raquel Cavalcante. et al. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. Argum., Vitória, v.10, n.1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

SOBRINHO, Wanderley Preite. **Peso do SUS cai, e saúde privada tem fatia maior do que em países ricos**. UOL Notícias, São Paulo, 17 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/12/17/sus-30-anos-gasto-publico-cai-ao-menor-nivel-em-relacao-ao-setor-privado.htm>>. Acesso em: 11 de Nov. de 2020.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Reconfigurações do público e do privado na saúde. □□ XIMENES, Alessandra da Silva; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 137-156.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Importância do SUS e da universidade durante a pandemia serão debatidos no Congresso Acadêmico**. Unifesp, 2020, p. 01. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/reitoria/dci/noticias->

anteriores-dci/item/4596-importancia-do-sus-e-da-universidade-durante-a-pandemia-debatidos-congresso-academico>. Acesso em: 20 de nov. de 2020.

XIMENES, Alessandra da Silva. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade**: resistência ou consenso. R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014.

XIMENES, Alessandra da Silva; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro (orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande; EDUEPB, 2017.