



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BRUNO JÁY MERCÊS DE LIMA

**UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE IMPLANTAÇÃO DA EBSEH NOS
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE SEUS EFEITOS, A PARTIR DE 2010**

Belém – PA

2016

BRUNO JÁY MERCÊS DE LIMA

**UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE IMPLANTAÇÃO DA EBSERH NOS
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE SEUS EFEITOS, A PARTIR DE 2010**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Orientadora: Prof^a Dr^a Flávia Cristina Silveira Lemos.

Belém – PA

2016

BRUNO JÁY MERCÊS DE LIMA

**UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE IMPLANTAÇÃO DA EBSEH NOS
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE SEUS EFEITOS, A PARTIR DE 2010**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Orientadora: Prof^a Dr^a Flávia Cristina Silveira Lemos.

Conceito:

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Flávia Cristina Silveira Lemos (Orientadora)

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dr. Leandro Passarinho Reis Júnior (membro interno)

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof^a Dr^a Laura Souza Fonseca (membro externo)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Mauricio Rodrigues de Souza (suplente)

Universidade Federal do Pará

AGRADECIMENTOS

Aos espíritos de Luz que me acompanham nesta trajetória terrena, pela força emanada para concluir mais esta etapa de luta em minha vida.

À minha família, em especial à minha mãe, pela fé depositada e por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

Às minhas valiosas amizades, companhias diárias: Verena Mendonça, Larissa Mendes, Amanda Mota, Inara Cavalcante, Adiele Alves, Alice Pacheco, Juliana Rodrigues, Alex Mendes, Átila Pereira, Danilo Rezegue, Anderson Castro, Karoline Ribeiro, Viviane Reis, Vanessa Paternostro, Flávia Câmara, Murilo Boto, Zeneide Lima e Pedrinho Maia. Independente da distância, suas existências em minha vida continuam a ser indispensáveis.

À FAPESPA (Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas), que me possibilitou desenvolver meus estudos através do usufruto de bolsa de pesquisa.

À minha eterna professora/amiga/companheira de luta Flávia Lemos. Seus ensinamentos serão levados por mim por toda a eternidade. Sou grato pela possibilidade dessa convivência e troca de saberes que me enriquece todos os dias. Serei eternamente grato!

Aos professores/as, funcionários e estudantes da Faculdade de Psicologia da UFPA, da faculdade de Enfermagem da UEPA, do PPGP da UFPA e da FAMAZ, pelas contribuições mais que indispensáveis em toda essa trajetória de estudos.

Ao grupo de Pesquisa Psicologia Social e Política (Transversalizando), pela oportunidade de criar importantes laços e viver experiências fundamentais para essa caminhada e que ainda continuará.

Aos camaradas do Movimento Esquerda Socialista (MES) e do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), pela possibilidade de atuar coletivamente com pessoas íntegras preocupadas com a possibilidade de um futuro feliz e digno para toda a humanidade.

Por fim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, positiva ou negativamente, atravessaram a minha existência e que me influenciaram a traçar este caminho tão gratificante e construtivo. Muito Obrigado!

Roda Viva
Chico Buarque

*Tem dias que a gente se sente
Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu
A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega o destino pra lá*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

*A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a roseira pra lá*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

*A roda da saia, a mulata
Não quer mais rodar, não senhor
Não posso fazer serenata
A roda de samba acabou
A gente toma a iniciativa
Viola na rua, a cantar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a viola pra lá*

*Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração*

*O samba, a viola, a roseira
Um dia a fogueira queimou
Foi tudo ilusão passageira
Que a brisa primeira levou
No peito a saudade cativa
Faz força pro tempo parar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a saudade pra lá*

RESUMO

LIMA, Bruno Jáy Mercês de. **Uma análise das práticas de implantação da ebserh nos hospitais universitários e de seus efeitos, a partir de 2010.** 2016. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, 2016.

Esta dissertação é resultado da pesquisa que objetivou problematizar, utilizando o método histórico-genealógico de Michel Foucault, as práticas da inserção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a partir de 2010, como modalidade de gestão dos Hospitais Universitários (HU's) ligados às Universidades Federais. A escolha deste tema se deu pela grande relevância, no cenário político-educacional atual, desta modalidade de gestão em saúde, a EBSERH, e suas repercussões sobre a organização dos serviços ofertados pelos HU's, por todo o território nacional. A pesquisa desenvolvida é qualitativa, uma análise documental sobre as legislações a respeito da EBSERH: medida provisória nº 520/2010 e lei 12550/2011. Para tanto, foram elaborados os seguintes objetivos específicos: descrever o processo de emergência histórica da EBSERH como modalidade de gestão em saúde; e problematizar as contradições da implantação da EBSERH, a partir de 2010, levando em consideração a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). A pergunta de pesquisa desenvolvida foi baseada na metodologia e conceitos de saber, poder, governamentalidade e biopolítica. À luz do método utilizado, percebemos a consonância do modelo de gestão adotado pela EBSERH com o neoliberalismo, através do seguimento do documento Consenso de Washington, importante instrumento para modificações de políticas econômico-sociais para implantação deste modelo econômico. A EBSERH, assim, produz efeitos, ressonâncias, sobre a forma de administração dos HU's, mas também sobre o controle social no SUS e modalidades de contratação de profissionais de saúde, contrariando os princípios defendidos pela Reforma Sanitária e as legislações em saúde. Concluímos, então, que esta forma de empresariamento da saúde, ao adotar formas de gestão do setor privado, causa danos ao serviço público de saúde, além de retirar direitos conquistados durante esse percurso histórico.

PALAVRAS-CHAVES: privatização da saúde; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; empresariamento da saúde; hospitais universitários.

ABSTRACT

LIMA, Bruno Jáy Mercês de. **Uma análise das práticas de implantação da ebserh nos hospitais universitários e de seus efeitos, a partir de 2010.** 2016. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, 2016.

This research aims to discuss, using the historical-genealogical method of Michel Foucault, the practices of insertion of the Brazilian Hospital Services (Ebserh), from 2010, as management mode of University Hospitals (UH's) connected the Federal Universities. The choice of this theme was due to the great importance in the current political-educational setting, this health management mode, the Ebserh, and their impact on the organization of the services offered by HU's, in throughout the national territory. The research is qualitative, documentary analysis of the laws regarding Ebserh: Provisional Measure No. 520/2010 and Law 12550/2011. Therefore, the following specific objectives were established: to describe the historical process of emergence of Ebserh as health management mode; and discuss the contradictions of implementation of Ebserh, from 2010, taking into account the laws of the Unified Health System (SUS). The question of developed research was based on the methodology and concepts of knowledge, power, governmentality and biopolitics. In light of the method used, it is identified the line of the management model adopted by Ebserh with neoliberalism, by following the Washington Consensus document, an important instrument for economic and social policy changes to implement this economic model. The Ebserh thus takes effect resonances on the form of administration of HU's, but also on the social control in SUS and health professionals recruitment procedures, contrary to the principles advocated by health reform and legislation on health. Therefore, this form of health entrepreneurship in health, to adopt forms of private sector management, causes damage to the public health service, and removes rights achieved during this historic route.

KEYWORDS: health privatization; Brazilian company of hospital services; Health entrepreneurship; university hospitals.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 O PERCURSO: FERRAMENTAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS.....	20
1.1 A GENEALOGIA EM FOUCAULT.....	21
1.2 ESTRATÉGIA PODER-SABER.....	27
1.3 GOVERNAMENTALIDADE.....	31
1.4 BIOPOLÍTICA.....	34
1.5 ANÁLISE DE DOCUMENTOS.....	35
2 A REFORMA SANITÁRIA E O CONSENSO DE WASHINGTON: NASCIMENTO DO SUS, PODERES E RESISTÊNCIAS.....	39
3 A RELAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E EBSEH: BIOPOLÍTICA, EMPRESARIAMENTO DA SAÚDE E O NEOLIBERALISMO.....	51
4 ANÁLISE DAS SÉRIES DISCURSIVAS: A EBSEH COMO PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.....	63
4.1 MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE.....	65
4.2 PRIVATIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	67
4.3 CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE.....	70
4.4 CONTROLE SOBRE OS PROFISSIONAIS.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS.....	85
Anexo A – Lei nº 8.080/1990.....	85
Anexo B – Lei 8142/90.....	116

INTRODUÇÃO

O objetivo da pesquisa consolidada nesta dissertação foi problematizar, utilizando o método histórico-genealógico de Foucault, as práticas de inserção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a partir de 2010, como modalidade de gestão dos Hospitais Universitários (HU's). Para tanto, recorreremos à análise do processo de emergência histórica da EBSERH, assim como, problematizamos as contradições da implantação desta, considerando a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta modalidade de gestão em saúde, a EBSERH, tem sido apresentada pelo governo federal como uma alternativa para o melhoramento dos serviços destes estabelecimentos de saúde, uma vez que é recorrente a constatação, assim como os argumentos, de ineficácia da gestão dos HU's. Ou seja, parte-se da idéia de que a melhora para o atendimento em saúde dos HU's seja modificar o processo de gestão, assim, repercutindo numa maior resolutividade dos agravos em saúde que chegam até estas instituições.

Lança-se, assim, em 05 de julho de 2010, o REHUF (Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais), tendo como principal diagnóstico a “necessidade de reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários Federais – HU's integrados ao Sistema Único de Saúde – SUS”. Tem, assim, por objetivo, modernizar a gestão destes HU's, com a finalidade de melhorá-la, qualificar financeiramente a instituição e implementar a reestruturação física destes (BRASIL, 2010).

Entretanto, diversos segmentos sociais, principalmente aqueles voltados para atuar no âmbito da saúde, têm apresentado questionamentos sobre modalidades de gestão em saúde (BRAVO, 2011), dentre estes, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. É relevante destacar que, como nos apresenta Foucault (2013), todo acontecimento é fruto de variadas forças em disputa, denotando o caráter de guerra que possuem as práticas discursivas. Para o acontecimento em análise nesta dissertação, devemos destacar o processo histórico que fez surgir a EBSERH. Temos como demarcador importante o surgimento do Consenso de Washington a partir do fim da chamada Guerra Fria.

Após a queda do muro de Berlim, em 09 de novembro de 1989, considerada o marco da queda do bloco socialista-stalinista, inicia-se uma grande ação para a efetivação do capitalismo como regime econômico hegemônico em vigor no mundo. A partir do reconhecimento da ausência de impedimentos para tal expansão, foram elaboradas diretrizes econômicas e políticas para as nações em desenvolvimento, subdesenvolvidas e aquelas até pouco tempo socialistas. Destas, as principais mudanças ocorreram no setor econômico destas nações. Estas modificações impactaram diretamente sobre as políticas sociais de cada país. A principal tática utilizada pelos países-potências capitalistas é o documento conhecido como Consenso de Washington (CANNABRAVA FILHO, 2010).

No final da década de 1980, antes mesmo do fim do bloco socialista-stalinista, intelectuais da economia mundial se reuniram para formular um conjunto de teorias que foram organizadas por John Willianson, que, naquele período, pertencia ao *Institute for international Economics*, a pedido de organizações financeiras internacionais e do governo do Estados Unidos da América (EUA). Estas formulações ficaram conhecidas como Consenso de Washington, que tinha como principal ideia norteadora a subordinação do Estado à lógica de mercado, ou seja, tinha como principal pressuposto o Neoliberalismo (CANNABRAVA FILHO, 2010). Este documento versava que os países em desenvolvimento econômico (naquele momento, o Brasil estava dentre estes) estavam desperdiçando o montante de dinheiro que estava sendo emprestado dos organismos de financiamento (Fundo Monetário Internacional – FMI e Banco Mundial – BM), uma vez que os problemas de ordem econômica destas nações se agravavam, e assim, os tornavam inadimplentes (BATISTA JR, 2009). Naim (2010) destaca que havia, durante a década de 1990, um consenso para que os países pobres se tornassem cada vez mais prósperos. Assim, o Consenso de Washington se apresentava como uma possibilidade para este objetivo, uma vez que apresentava recomendações para as melhoras econômicas destas nações, um receituário para consolidar o neoliberalismo ao redor do mundo.

O declínio do bloco socialista-stalinista representou que o capitalismo neoliberal era a forma mais viável de organizar a economia e a política dos países. O fato é que muitos destes já se encontravam endividados, como o Brasil, e se submeter a tais medidas do Consenso de Washington se apresentava como obrigação, a fim de diminuir seus dividendos. Entretanto, os resultados não foram aqueles desejados. A aplicação dos mandamentos do

Consenso de Washington ocorreu de forma a aprofundar as desigualdades sociais e diminuir perspectiva de melhora da economia dos países submetidos (CANNABRAVA FILHO, 2010).

As ideias decorrentes do Consenso de Washington tiveram grande repercussão sobre a economia dos países que aderiram a tais mudanças. Naturalmente, a forma como foram interpretadas e implementadas, modificou-se em cada nação. Estas modificações, em alguns casos, foram tão grandes, que fugiam ao controle dos proponentes do Consenso, gerando caos econômicos e sociais. Porém, estas mudanças não ocorreram sem contestação.

Assim ocorrendo, percebeu-se que metas políticas, que eram entendidas como a última etapa do processo de reforma, tornaram-se indispensáveis no momento inicial da implementação de mudanças. Foram desenvolvidas novas metas, menos tangíveis para os países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, o que denota a irresponsabilidade do Consenso de Washington para com estas economias. Os resultados que decorriam eram diferentes dos apresentados pelo Banco Mundial. E os políticos se esforçavam de forma inútil para que as mudanças fossem implementadas, porém, estas se apresentavam inviáveis, politicamente (NAIM, 2010; CANNABRAVA FILHO, 2010).

No caso do Brasil, devido ao seu alto índice da dívida, este foi obrigado a se entregar ao Consenso de Washington, implementando medidas que diminuíssem as estruturas protecionistas de mercado. Assim, percebe-se nesse período a substituição do discurso da expansão das estatais pelo discurso das privatizações dos serviços. Foi neste momento, em 1994, que entrou em vigor o NAFTA (Tratado de Livre Comércio da América do Norte), fruto da ideia defendida no Consenso de Washington para os países subdesenvolvidos (no caso, México e Chile), como nos aponta Naim (2010).

Ainda assim, tais medidas não foram suficientes para dar resolução aos problemas econômicos mundiais, que culminaram, na década de 90, nas crises financeiras, onde percebemos a falência de bancos, anulação de ganhos e eclodindo crises políticas (no Brasil, o caso do *impeachment* de Collor de Melo). Destaca-se aqui, então, a discordância que se desenhou entre essa nova configuração de Estado e a proposta de governo defendida por Foucault (1992), em que deixa claro que o objetivo da existência do governo é a própria população, elevando sua qualidade de vida, riquezas e saúde, fazendo uso de estratégias para alcançar tais objetivos. A população é, então, sujeito e objeto do governo (FOUCAULT, 1992).

No Brasil, é possível perceber de forma nítida a interferência do Consenso de Washington sobre nossa economia, principalmente sobre setores considerados estratégicos para a manutenção do bem-estar social (dentre estes, saúde, educação, seguridade social). Lima & Lima (2010) destacam que as principais medidas utilizada pelo governo brasileiro nesse período (considerando também os governos de Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva) foi a redução de gastos sociais, privatizações e centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza.

Na década de 1980 no Brasil, vislumbra-se um processo de retomada do protagonismo dos movimentos sociais, ainda com o legado do processo da Ditadura Militar, conhecido como “reabertura democrática”, que se dava de forma conflituosa em direção a um Estado de direito. Estritamente no âmbito da saúde, percebe-se a luta pela reformulação do conceito de saúde e, sobretudo, pela regulamentação dos serviços de saúde, conhecida como Reforma Sanitária (BRASIL, 2007). Dessa forma, a Reforma Sanitária se configurou como uma das principais questões que desempenharam o fortalecimento para a constituição de uma nova ordem social democrática, tornando-se indispensável para o avanço das políticas públicas no Brasil. Fazer oposição a esse processo, necessariamente, era negar a necessidade da transição política, uma vez que um regime dito democrático não poderia se estabelecer se não objetivasse dirimir dívidas sociais históricas (LIMA & LIMA, 2010). O principal resultado deste processo histórico é a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a inserção do capítulo Saúde na Constituição Federal de 1988, metas alcançadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde através dos dispositivos jurídicos (leis) 8.080/90 e 8.142/90, assegurando os pilares fundamentais do SUS e o controle social sobre este novo sistema.

Entretanto, ainda que havendo estas conquistas históricas no campo da saúde, percebem-se medidas governamentais, inicialmente durante o período de Fernando Cardoso através do Plano Bresser Pereira (Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado), que visavam diminuir a responsabilidade do Estado sobre políticas sociais, assumindo, assim, um caráter explicitamente neoliberal. Assim, o Estado deixava de ser produtor de serviços para ser agente estimulador e financiador de tais políticas. Iniciava-se, no setor saúde, uma série de medidas que deslegitimavam o Estado enquanto responsável por promover, gerenciar e implementar as políticas de saúde, ou seja, deslegitimava os princípios e diretrizes do SUS, assim como o que consagrava a Constituição Federal (GRANEMMAN, 2009). Rezende (2007) nos esclarece que tal governo defendia que “nem tudo que é público é estatal” e

afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas sociais provocadas pelo mercado”, denotando o caráter neoliberal privatizante do governo. É neste bojo que percebemos, durante os governos de Fernando Cardoso e Lula da Silva, medidas que criam modalidades de gestão que retiram do Estado a responsabilidade desta atividade sobre algum serviço de saúde. Dentre estas, as mais relevantes são as OSs (Organizações Sociais), OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), FEDPs (Fundações Estatais de Direito Privado) e a EBSEH, já no governo de Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores - PT).

É justamente neste atual contexto histórico que vislumbramos conhecer e elucidar sobre este novo mecanismo de gestão em saúde do governo Dilma. A EBSEH tem como principal finalidade, assim defende o governo, modernizar o serviço de saúde nos hospitais universitários (HUs). Em 31 de dezembro de 2011, o governo envia para o Congresso Nacional a Medida Provisória (MP) 520, criando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSEH S.A.). Da mesma forma como ocorrera nas outras modalidades de gestão, o Ministério da Educação apresenta uma proposta de criação de uma empresa de direito privado para gerir um serviço público, no caso, os hospitais universitários. Dallari (2009) nos explicita que estas modalidades de gestão, de caráter privado, porém, com função pública, são inconstitucionais, uma vez que são *res* (coisas) de naturezas diferentes, juridicamente. Além disso, tal iniciativa de privatização dos HUs apresentam ressonâncias diretas sobre o atendimento em saúde, sobre o controle fiscal e sobre a estabilidade empregatícia (SANT’HELENA, 2013). Ou seja, fica evidenciado, mais uma vez, através desta ação, que o objetivo principal de implementar essa medida é, diferente do que aponta o governo, retirar conquistas históricas dos movimentos sociais e dos trabalhadores no que tange aos princípios e diretrizes do SUS e à estabilidade do emprego em órgãos públicos.

É um pressuposto nesta pesquisa realizada que não existe imparcialidade no desenvolvimento de saberes, muito menos neutralidade em qualquer estudo que seja realizado. Toda pesquisa é atravessada pela subjetividade do/a pesquisador/a. Também destacamos que toda pesquisa é uma intervenção, conforme Paulon (2003). A intervenção produz saberes ao se articular dentro da relação entre instituição de formação e aplicação de conhecimentos. O conflito gerado a partir dessa intervenção são entendidos como possibilidades de mudança, ao denotar que há desajustamento à ordem colocada. Por isso, nos

situamos contrários aos padrões psicologizantes a partir dos conflitos, preferindo nos indagar sobre a ordem da formação que gera exclusão de sujeitos.

Seguindo Lourau (1993; 1995), entendemos que toda pesquisa é, por ser transversalizada pela subjetividade do/a pesquisador/a, também uma implicação para ele/a. Enfatizamos, então, que não descartamos uma característica que muitas vezes é negada na pesquisa, que há uma relação entre o pesquisador e seu objeto de pesquisa e campo, ultrapassando a formalidade acadêmica, as supostas imparcialidade e neutralidade já bem ditas como inexistentes. Portanto, fica claro que há uma intensa troca de saberes, construções coletivas, neste campo de defesa da saúde pública. É aqui que queremos destacar que a seriedade da pesquisa não se esvanece por haver a ratificação destas características, pelo contrário, aumenta sua credibilidade e acurácia, por ter responsabilidade do pesquisador para com uma realidade.

Sendo assim, devo dar destaque ao meu percurso para chegar até esta necessidade de produção de saber. Minha entrada neste campo de pesquisa em saúde é totalmente atravessada pela participação e engajamento político que desenvolvi durante minha vida acadêmica. O contato com os movimentos sociais em saúde me despertou indagações sobre a concepção de saúde que temos enquanto sociedade, assim como sobre os modelos de gestão em saúde a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Tive a oportunidade de desenvolver estudos em dois importantes grandes campos da saúde: Enfermagem (Universidade do Estado do Pará - UEPA) e Psicologia (Universidade Federal do Pará - UFPA).

A minha participação no Centro Acadêmico de Enfermagem João XXIII (UEPA), me possibilitou aprofundar o debate em saúde pública e políticas públicas em saúde. Em seguida, participei da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem – ENEEnf, podendo trocar experiências e saberes com os diversos agentes de transformação social Brasil afora. A construção de redes, que perduram até atualmente, vem sendo importante para a articulação de lutas conjuntas.

Também me possibilitei construir o Diretório Central dos Estudantes da UEPA, sendo coordenador geral durante duas gestões (2009 e 2010). Nesse momento, pude perceber, através de leituras, diálogos e debates, a relação existente entre as políticas de saúde e o sistema capitalista neoliberal com maior clarificação. Na UFPA, pude construir o Centro Acadêmico de Psicologia Nise da Silveira e a Coordenação Nacional dos Estudantes de

Psicologia, e, por pouco tempo, o Diretório Central dos Estudantes da UFPA. Nesse momento, compreendi a relação entre as mudanças econômico-sociais e a saúde mental, principalmente a partir do contato com as leituras de Michel Foucault, possibilitadas em diversas disciplinas ministradas pela professora Flávia Lemos, o que nos aproximou afetiva e politicamente, atuando em conjunto, por exemplo, na luta contra a EBSEH na UFPA, nas instancias deliberativas do nosso curso. Pude me perceber sendo atravessado por estes saberes e pessoas de minha trajetória em cada momento de atuação política.

Tive a experiência de gerenciar serviços da Atenção Primária à Saúde, o que me aproximou das dificuldades enfrentadas pela população e pelos profissionais da saúde. Em especialização em Estratégia Saúde da Família, me debrucei sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde, denotando o sofrimento de suas atuações. Em outra oportunidade de especialização, em Educação para Relações Etnicorraciais, no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, desenvolvi estudos sobre o racismo nas políticas públicas de saúde, analisando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em confrontação com dados coletados em pesquisa de campo num terreiro de candomblé, no município de Belém, se tornando extremamente gratificante e inquietador.

Todo o desenvolvimento de meu percurso enquanto acadêmico foi questionando, problematizando, as práticas em saúde. No Trabalho de Conclusão de Curso na Enfermagem, questioneei a Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) e as ressonâncias sobre o trabalho do Enfermeiro. Na Psicologia, mais recente, motivado pela minha atuação política também, problematizei a EBSEH na UFPA, destacando o impacto sobre a autonomia universitária.

Sendo assim, destaco que não separo minha atuação política de minha escrita/produção de saber. Aliás, considero que minha escrita é política, é uma intervenção e produção de saber sobre a realidade. E, como pesquisador implicado, denoto desde já que possuo um lado nesta história: estou com aqueles que defendem o SUS como necessário para a sociedade brasileira, e que qualquer tentativa de diminuir tal importância e seguridade, é combatida de forma veemente e séria por mim, com embasamento teórico e responsabilidade na escrita que aprendi a ter. Logo, não há discursos panfletários aqui, muito menos jargões. Esta pesquisa é fruto de análise criteriosa sobre documentos, não sendo simples denunciamento. Como genealogista que assumo aqui ser, seguindo as recomendações de minha orientadora durante as aulas do mestrado, desenvolvi parcimônia e qualificação na análise para chegar a tais resultados.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) tem como objetivo gerenciar e administrar os Hospitais Universitários (HU's) brasileiros vinculados à Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). É uma empresa pública de direito privado que, inicialmente, foi apresentada com formato de Sociedade Anônima, que busca a progressiva reestruturação dos HU's, destacando as questões referentes ao financiamento adequado e qualificação dos serviços prestados nos hospitais federais (BRAVO, 2011). Assim sendo, a EBSERH é criada para otimizar a gestão e os serviços de saúde, buscando o racionamento dos gastos e a melhor distribuição dos servidores que atuam nestas instituições.

Ainda que sob o discurso de melhorar o atendimento nos HU's, são apontadas diversas contradições e seus possíveis impactos com sua implementação, feitas pelos movimentos sociais em saúde. Considera-se que esta modalidade de gestão possui caráter privatista, apresentando controle sobre um serviço público, porém, em não-conformidade com a legislação vigente e os pressupostos da Reforma Sanitária (que fez nascer o SUS).

Como resposta à esta iniciativa realizada, principalmente, pelas reitorias, os movimentos estudantis e sindicais tem reagido com veemência à proposta. De um lado, o governo propõe a flexibilização da contratação de produtos e recursos humanos (uma vez que, conforme disposto em sua própria legislação, dispensará o processo licitatório) e estabelecimento de metas de produção. Por outro lado, os movimentos se posicionam contra a proposta, ratificando os ideais da Reforma Sanitária, consolidados no SUS, que considera a EBSERH um ataque à autonomia universitária e à consolidação do SUS, enquanto serviço público essencial à sociedade (SANT'HELENA, 2013). É deste último lado que nos colocamos.

A adoção dessas formas de gestão pela EBSERH denota um empresariamento da saúde. Ainda que o Ministério da Saúde, em conjunto com as reitorias, defendam que tal modalidade de gestão não é privatizante, as formas de organização e prestação do serviço se assemelham ao modelo privado em saúde. Logo, é a inserção da lógica neoliberal empresarial nos serviços do SUS. Além disto, há a possibilidade de, inserindo na gestão do HU, a EBSERH realizar vínculos institucionais com empresas privadas. Ao realizar o serviço, a EBSERH receberá o pagamento, criando uma tendência para o atendimento prioritário de pacientes com planos de saúde, a exemplo do que ocorre no HU da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde funciona um sistema de “dupla-porta”, ou seja, diferenciação de atendimento entre usuários do SUS e clientes de planos privados, o que fere frontalmente os

princípios do SUS (MARCH, 2012). Logo, além de deslegitimar o SUS, vemos a inversão do que é defendido pelos movimentos enquanto autonomia universitária.

Bravo (2011) destaca que sendo a EBSEH uma empresa pública de personalidade jurídica privada, se perde o espaço do controle social, conforme a legislação do SUS. A contratação de mão-de-obra se dá através de regime de CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), contrato temporário de até dois anos. Esta ação é uma desestruturação da estabilidade empregatícia garantida aos funcionários de IFES, que são regidos por Regime Jurídico Único (RJU). O caráter empresarial em saúde é percebido quando, utilizando esta modalidade de contratação, a EBSEH implementa uma rotatividade, ação típica do setor privado, comprometendo a qualidade e a continuidade dos serviços.

Dessa forma, o desenvolvimento deste estudo busca elucidar: quais os mecanismos, discursos e principais impactos que a implementação da EBSEH pode e/ou já está causando às Universidades Federais por todo o território brasileiro? Destacaremos, assim, as forças/discursos de resistências, ressonâncias para a autonomia universitária, elencando questões como o controle fiscal, o atendimento à população, assim como, a estabilidade de emprego do trabalhador em saúde dos HUs.

Diante do exposto, consideramos que esta pesquisa tem grande relevância pela atualidade da problemática no cenário político-administrativo das Universidades Federais. A partir do contato com os movimentos sociais em saúde, almejamos criar mecanismos de atuação, saberes para subsidiar a atuação destes movimentos no combate à desestruturação dos direitos historicamente garantidos pela sociedade brasileira.

A produção deste saber na Amazônia merece destaque. Nossa região possui Hospitais Universitários que dão conta de demandas de alta complexidade em nosso território, o que denota sua importância estratégica para a melhora do quadro de saúde do povo amazônida. No Pará, sediados na cidade de Belém, há dois HU's: Hospital Universitário João de Barros Barreto e Hospital Universitário Bettina Ferro e Souza, que já estão sendo atingidos pelas alterações causadas pela EBSEH.

A Psicologia deve contribuir para pensar as práticas de saúde que estão sendo desenvolvidas no território amazônico, pautadas no empresariamento da saúde. Dessa forma, questionando as práticas institucionais que estão se desenvolvendo a partir da EBSEH,

problematizando os saberes que estão sendo construídos e divulgados como verdades, buscamos desenvolver resistências, apontando alternativas para a construção de um serviço de saúde que se mantenha público, gratuito, com alta qualidade e pautado em práticas de saúde que promovam a participação social.

Esta dissertação estrutura-se em cinco partes. No primeiro capítulo, é destacada a ferramenta de pesquisa, o método histórico-genalógico de Michel Foucault, demonstrando como foi utilizado para análise de documentos, compreendo documento como acontecimento, a partir de Paul Veyne (1998).

No segundo capítulo, é apresentada a historicidade sobre a Reforma Sanitária, os processos de mobilização social durante a década de 1980, após a ditadura militar, e as forças de atuação existentes que influenciaram a construção do Sistema Único de Saúde. A necessidade dessa caracterização advém de problematizarmos a EBSERH enquanto modelo de gestão no SUS.

No terceiro capítulo, descrevemos a história e importância dos HU's no contexto da saúde pública, como ferramenta importante para pesquisa e campo de desenvolvimento de ensino na formação dos profissionais de saúde, utilizando os conceitos de Foucault de Biopolítica e governamentalidade, problematizamos a EBSERH enquanto modalidade de gestão empresarial em saúde, utilizando formas de gerenciamento e concepção de produção advindos do mercado privado em saúde.

A análise dos documentos, a partir das séries discursivas, é feita no quinto capítulo, quando apresentamos o produto da pesquisa feita, denotando os discursos utilizados para a implantação da EBSERH nos HU's, a partir de 2010.

Nas considerações finais, são feitos apontamentos, indicações de pesquisa e indagações sobre mais ressonâncias que modalidades de gestão como a questionada e outras podem representar para a saúde pública e população brasileira.

Em anexo, disponibilizamos a medida provisória (MP) 520/2010 e a lei 12550/2011 que tratam sobre a EBSERH, além do cronograma de atividades realizadas e as leis 8080/90 e 8142/90, consideradas Leis Orgânicas de Saúde (LOS).

A partir da pouca literatura disponibilizada em bases de dados da CAPES sobre o tema, destacamos a necessidade do aprofundamento de estudos sobre a EBSEH e outras modalidades de gestão semelhantes, que corroboram com o caráter privatista sobre o SUS. Isso nos responsabiliza em criarmos saberes que confrontem esta realidade e ratificarmos a importância do SUS. Em banco de dissertações, nenhuma produção foi encontrada sobre a EBSEH. Já nos periódicos CAPES, encontramos 1 produção (de mestrado) disponível até a finalização desta pesquisa, o que denota ainda mais esta contribuição. Foram utilizados descritores: “EBSEH”, “Empresa brasileira de serviços Hospitalares” “privatização da saúde” e “hospitais universitários” em cruzamento para especificar os resultados. A produção disponível é:

OLIVEIRA & SCHNEIDER. A compatibilidade dos princípios e modelo de estado que subjazem o SUS e a EBSEH (empresa brasileira de serviços hospitalares).

Este pequeno dado (ainda que relevante) corrobora com a necessidade de continuarmos pesquisando sobre a EBSEH, já atentando para os efeitos futuros que elas irão produzir a partir de sua implementação, seja sobre as práticas de cuidado, seja sobre as práticas de gestão.

1 O PERCURSO: FERRAMENTAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS

Neste capítulo explanaremos sobre as ferramentas metodológicas utilizadas na elaboração da pesquisa. Devemos destacar os conceitos que nos guiaram neste percurso, sendo estes, saber, poder, biopolítica e governamentalidade. Estes são conceitos centrais nesta pesquisa e se coadunam com o método histórico-genealógico de Michel Foucault. O objetivo geral da pesquisa foi problematizar, utilizando o método supracitado, as práticas de inserção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a partir de 2010, como modalidade de gestão dos hospitais universitários (HU's). Os objetivos específicos foram: descrever o processo de emergência histórica da EBSERH como modalidade de gestão em saúde; e problematizar as contradições da implantação da EBSERH, a partir de 2010, levando em consideração a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa realizada é qualitativa, a partir de análise de documentos referentes ao problema proposto, especificamente, a Medida Provisória 520/2010 e Lei 12550/2011, que versam sobre a EBSERH. Foi realizado uma profunda e extensa revisão bibliográfica sobre a temática, tendo como método o proposto por Foucault, a genealogia. Os documentos citados são considerados fontes primárias de análise. Além destes, temos, como fontes secundárias, os documentos de entidades estudantis e sindicais, principalmente da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, sendo, atualmente, a organização que reúne maior numero de entidades e possui posicionamento contrário à implantação da EBSERH. Seus documentos e produções disponibilizadas em bases de dados em site (<http://www.contraprivatizacao.com.br/>) são considerados de grande relevância para a intervenção política contra a EBSERH por todo o território nacional.

A partir da revisão bibliográfica e análise criteriosa sobre trais documentações expedidas pelo governo, foram organizadas series discursivas sobre a EBSERH, destacando o período proposto a partir de 2010. Este demarcador temporal foi realizado por ter sido, neste ano, lançada a Medida Provisória (MP) 520/2010.

O método proposto nos possibilita visibilizar o emaranhado jogo de forças que aparecem na emergência de um acontecimento. Na história acontecimental, esse jogo de forças, essa guerrilha que ocorre, são práticas discursivas feito por pessoas e que constituem

objetos, como o entendemos, como o usamos, em cada momento histórico (VEYNE, 1998). Veyne (1998) nos mostra que, para realizar uma análise criteriosa sobre um acontecimento, temos que lançar anátemas e desnaturalizar as práticas e seus objetos, pois também são datados. Essa preocupação do genealogista foi tomada a todo momento na pesquisa, pois aqui denotamos, não somente como uma necessidade metodológica tal preocupação, mas por se tratar aqui de um compromisso ético-político com aqueles que foram silenciados e desvalorizados nesse processo de implementação da EBSERH.

1.1 A GENEALOGIA EM FOUCAULT

O método genealógico (FOUCAULT, 2013) traz consigo, como ponto fundamental para seu desenvolvimento e análise, a problematização sobre a concepção de tempo e, conseqüentemente, sobre a concepção de história. Na genealogia, a história difere-se do que podemos chamar de história tradicional. Nesta última, os acontecimentos são compreendidos como num *continuum*, numa progressão e ainda, numa escala evolutiva, em desenvolvimento sempre para melhor, mais aperfeiçoado e funcional, como se o presente contado sempre fosse melhor que o passado de outrora. Nesta perspectiva, a história nada mais é do que um encadeamento de acontecimentos, em que um anterior influencia e determina um posterior, onde o passado é sempre visto como retrógrado, atrasado, superado, e o futuro, como o melhor a vir, o avançado, aperfeiçoado.

Além disso, tem-se, na história tradicional, uma visão romantizada sobre o passado, em que, o estudo da história, é tomado como a história das origens das coisas. Denota-se, então, como, em certa medida, o mundo ocidental toma, como sua origem, os gregos da Antiguidade, com suas importantes contribuições para o desenvolvimento dos saberes. Um simples pensamento sobre as “origens” dos gregos (de sua história) nos defronta com uma inconsistência desta idéia de origem (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011).

Em genealogia (assim como na cartografia), essa concepção de origem é questionada. Concebem-se três noções importantes: gênese, continuidade e descontinuidade. Essa nova postura em pesquisa modifica, substancialmente, a forma de compreender o objeto, assim como, a forma de tratá-lo, analisá-lo. Eles não são eventos dados (estáticos,

quantificados) somente, são resultados (efeitos) de um diagrama de forças de práticas de saber-poder. Isso dá a possibilidade da visibilização de outros e “novos” discursos.

Estes discursos foram apagados pela história tradicional, que muitos tem se detido a realizar a historicidade dos vencedores. É assim que ocorre com os chamados documentos oficiais (muito utilizados em história tradicional), em que se volta a atenção para os feitos dos chamados “grandes homens”, priorizando uma forma de produção de documentos e, além disso, privilegiando poucas vozes (LIMA, 2013; ZAMBENEDETTI, 2011).

Não há, portanto, uma classificação e hierarquização dos discursos. Para Foucault, a história é entendida como um processo de jogos de forças, em que, em um dado momento, um discurso é colocado como verdade, em detrimento de diversos outros. É justamente aqui que está o foco desta pesquisa: além de fazer uma análise histórico-genealógica sobre os documentos oficiais da EBSEH, se busca mostrar que isto representa um apagamento de outros discursos diversos, paradoxais, antagônicos, e que se quer lançar foco sobre tais a fim de mostrar justamente esta característica da história, o paradoxal.

A partir de então, lança-se uma anátema sobre a idéia de verdade. Já que esta é fruto de forças em que o pensamento hegemônico dominante a impõe e que existem, concomitantemente, outros discursos ressoando e que foram apagados, tal verdade não existe. Ela é, tão somente fruto de um modo de pensar que, num dado momento histórico, é um saber (e prática) que se sobrepõe aos demais. Logo, o papel do pesquisador é justamente problematizar essa verdade, mostrar como ela foi construída (cartografia), dando ênfase sobre as forças que contribuíram sobre seu surgimento, e não a enfatizando como algo dado, estático e factual. O fato, então, é passível de refutação, historicizando-o, podemos mostrar que ele não é uma verdade absoluta e que sua forma de compreensão e estudo atual pode ser modificado, analisado de outra forma (FOUCAULT, 2013).

O pesquisador, conforme Lemos & Cardoso Jr (2009), deve realizar seu estudo de forma a buscar pensar a realidade de outra forma:

Pensar não seria contemplar e nem descobrir um solo primeiro e original ou último e seguro, mas uma tarefa de se colocar problemas continuamente. ‘Pensar é experimentar, é problematizar. O saber, o poder e o si são a tripla

raiz de uma problematização do pensamento' (Deleuze, 2005, p.124). O pensar seria uma abertura, sem um fim a atingir determinado por antecipação (p.353).

Dessa forma, fez-se uma investigação criteriosa a respeito da temática, considerando acontecimentos, discursos desvalorizados, apagados, esquecidos e reprimidos, atentando para as rupturas e discontinuidades da história destes acontecimentos, dando luz às forças que estão em disputa, que estão em jogo quanto à temática, notando que tais acontecimentos não ocorrem ao acaso, são construções históricas que não possuem origens fixas (LOBO, PRADO & LEMOS,...; FAÉ, 2004). Como ressalta Faé (2004):

O entendimento das condições que possibilitaram o surgimento e permanência de determinadas práticas discursivas propicia a compreensão da formação discursiva como construção histórica e sua emergência como dispositivo de poder. Partindo do pressuposto de que é no campo dos enunciados que toda realidade se manifesta, e entendendo o sujeito como efeito de discursos que emergem em meio a um jogo de forças atualizadas constantemente, as contribuições do método histórico-genealógico de Michel Foucault se fazem pertinentes para uma análise institucional (p.410).

Dessa forma, temos a compreensão de que, no que tange à temática da EBSEH, existem forças em disputa intensa, que buscam se renovar e refazer suas práticas para que se mantenham nessa intensa construção histórica. Entendemos, então, que esta metodologia nos possibilita compreender de que forma estes discursos foram construídos historicamente, quais os seus nascimentos, de onde e para quem falam. Em síntese, nos possibilita compreender o desenvolvimento histórico, não-linear, não-contínuo, das práticas discursivas.

A genealogia foi uma abordagem desenvolvida por Michel Foucault em que, dentre diversas contribuições, problematiza as forças que influenciam a constituição de um determinado objeto em estudo. A concepção de problematização (DELEUZE, 2012) auxilia na desnaturalização das coisas, mostrando que, assim como todo e qualquer objeto sob estudo,

um acontecimento possui caráter contingente a seu momento histórico. Como já falado anteriormente, denota-se aqui a noção de gênese diferentemente da noção de origem, como resultado causal. O acontecimento é, em Foucault, resultado de processos, de forças e atravessamentos. O papel do pesquisador é, então, desvelar tais forças para “destronar” o acontecimento (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011; LEMOS & CARDOSO JR, 2009).

A genealogia traz consigo, para a análise de um objeto, duas concepções importantes: emergência e proveniência que corroboram como exposta até então:

Já a análise da proveniência busca não uma identidade ou unidade, mas as marcas sutis, múltiplas e dispersas que remetem à construção do objeto. A pesquisa da emergência também se distancia da pesquisa de origem ao enfatizar as forças presentes em determinado contexto e o modo como elas atuam na produção de um determinado objeto. Como afirma Silva (2005), a gênese entendida como análise da emergência ‘possibilita desconstruir a naturalização de determinados conceitos, fazendo aparecer as condições que os tornam possíveis e, conseqüentemente, os problemas aos quais eles tentam responder’ (p. 102). Portanto, o conceito de gênese proposto pela abordagem genealógica aproxima-se do sentido atribuído à análise da proveniência e à análise da emergência. Genealogia: emergência, proveniência e quebra de verdades (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011. P. 456).

A necessidade e complexidade do tema proposta nos possibilita utilizarmos as contribuições de Michel Foucault com o seu método genealógico, uma vez que objetivamos sair do pensamento de causa e efeito, como nos mostra Lemos & Cardoso Jr (2006), problematizando, assim, sobre o processo de naturalização dos objetos, as relações de saber-poder, que se desenvolvem em relações de microfísicas do poder, relacionadas aos saberes. Estas práticas são capazes de produzir modos de pensar, agir e ser que são características do momento vivido, do momento histórico presente. Dessa forma, Foucault nos contribui uma vez que nos proporciona a possibilidade de pensar de forma interrogante e espantoso, com estranhamento, buscando desfazer evidências (LEMOS & CARDOSO JR, 2009).

Foucault nos mostra que a genealogia é “uma forma de história que dá conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios do objeto etc., sem ter que se referir a um sujeito” (FOUCAULT, 1992). Isto nos possibilita analisar as práticas, tendo como principal ação a interrogação sobre estas, a fim de desfazê-las enquanto verdade absoluta já estabelecida.

Lemos e Cardoso Jr (2009) nos explicita que o operador metodológico do dispositivo nos auxilia na análise das práticas discursivas, de poder e subjetivação, facilita a evidenciação das relações saber-poder, é “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (LEMOS & CARDOSO JR, 2009). LOBO *et al* (...) expõe que a noção de dispositivo é:

complexa e intrincada maquinaria de poder, de difícil visibilidade, estrategicamente formada em torno do enfrentamento de questões prementes para uma sociedade em determinado tempo. É composto por jogos de verdade e de enunciação, relações de força, modos de objetivação e subjetivação, cujo principal investimento é a produção política de subjetividades normalizadas.

As práticas discursivas são intensamente apagadas, controladas, desqualificadas, impedidas, recortadas de outra forma, com outra roupagem. Analisar seus efeitos, ramificações é um objetivo da genealogia, pois as relações encontram-se “ancoradas em regimes de verdade; se não fosse imanentes à produção, à acumulação, à circulação e ao funcionamento de um discurso” (LEMOS & CARDOSO JR, 2009).

Antes de tudo, destaca-se que este método, esta forma de fazer pesquisa, é um posicionamento político, crítico, uma vez que busca refutar verdades que estão postas de forma a manter um poder e apagar outros discursos. Sendo assim, conforme Lemos *et al* (2010), possibilita-se a criação de liberdades de discursos, abrindo questionamentos sobre questões da atualidade que se demonstram cristalizadas. Sendo uma força e tarefa política, a genealogia busca combater os efeitos do poder.

A partir da discursividade local, a genealogia ativa os saberes libertos da sujeição que emergem de tal discursividade (...). As relações de poder nas sociedades atuais tem essencialmente por base uma relação de força estabelecida (FOUCAULT, 2005, p. 172).

Da mesma forma que Foucault (1992), Deleuze e Guattari (2010), entendemos que o papel do pesquisador, não sendo o de contemplação, é também de intervir na realidade. O próprio ato de pesquisar é um ato de intervenção. De forma que não existe a possibilidade de intervenção sem uma implicação com a realidade em que o objeto se apresenta. Assim sendo, compreendemos que a cartografia (proposta por Deleuze e Guattari e também utilizada por Foucault) possui contribuições importantes para esta análise, já que não concebemos a realização de uma genealogia de um saber sem sua cartografia.

A cartografia como método de pesquisa-intervenção não é um modelo fechado de forma de pesquisa. Não existe uma metodologia rígida para como alcançar uma verdade, uma “essência”, sobre um determinado objeto. Além disso, não possui regras que já apontam para objetivos específicos e delimitados em um projeto anterior à pesquisa. Porém, não é uma ação não direcionada ou não intencional. É, antes de tudo, uma inversão da forma tradicional de fazer pesquisa. Dá-se ênfase sobre os efeitos da ação-pesquisa sobre o objeto da pesquisa, sobre o próprio pesquisador e sobre os resultados que ali se alcançam (PASSOS, KASTRUP, ESCÓCIA, 2015).

Logo o ato de cartografar é uma postura em relação ao objeto. É uma forma de acompanhamento do processo de pesquisa, da relação do pesquisador com o objeto. O objetivo da cartografia é:

Justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente. Para isso, é preciso, num certo nível, se deixar levar por esse campo coletivo de forças. Não se trata de mera falta de controle de variáveis. A ausência do controle purificador da ciência experimental não

significa uma atitude de relaxamento, de ‘deixar rolar’. A atenção mobilizada pelo cartógrafo no trabalho de campo pode ser uma via para o entendimento dessa atitude cognitiva até certo ponto paradoxal, onde há uma concentração sem focalização (...). Nesse sentido (...), do cartógrafo se espera que ele mergulhe nas intensidades do presente para ‘dar língua para afetos que pedem passagem’ (Rolnik, 2007, p. 23). Essa atitude, que nem sempre é fácil no início, só pode ser produzida através da prática continuada do método da cartografia e não pode ser apreendida em livros (PASSOS, KASTRUP, ESCÓCIA, 2015, p. 58).

Dessa forma, fica claro que é possível, e mesmo indissociável, a realização de uma genealogia sem buscar o traçado dos mapas de forças que se apresentam sobre o objeto (a cartografia). Apesar de nossa ênfase ser dada sobre a genealogia neste trabalho, entendemos que foi necessário à realização deste esquadramento sobre a EBSEH, desvelando as forças que estão atuando sobre este objeto, assim como os discursos que estão se opondo à sua implementação.

1.2 ESTRATÉGIA PODER-SABER

Poder e saber são dois conceitos indispensáveis para compreendermos a construção filosófica em Foucault e as práticas de implementação da EBSEH nos hospitais universitários como nova modalidade de gestão em saúde. Tais ideias atravessaram toda a construção desta pesquisa, sendo importante discorrer sobre elas para mostrar como as usamos sobre nosso objeto.

Começamos por explicitar que não existe uma teoria do poder em Foucault (DANNER, 2010). E por criticar insistentemente a uma epistemologia tradicional, não possuía qualquer pretensão em desenvolver uma teoria aos moldes das ditas Ciências. Diferentemente, Foucault propõe realizarmos uma analítica do poder, uma vez que, sempre ao estudarmos o poder, teremos que determinar seu lugar e tempo de nascimento, sempre reconstruindo sua gênese. Portanto, existem relações de poder, que são “formas díspares,

heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa, é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (MACHADO, 2013).

Não há, portanto, uma origem e um fim do poder. Ele não se origina num lugar e morre no outro. O poder está em constante transformação, movimento e, por conseguinte, gerando apagamentos. Por isso, discordamos do entendimento do poder como algo específico ou concentrado, por exemplo, na figura do Estado. O poder atravessa o Estado. Porém, existe em qualquer relação que tomarmos para análise. Há um deslocamento, em relação à teoria política tradicional, em relação ao monopólio do poder do Estado. Há uma relação de poderes que atravessam as várias estruturas sociais, ou mesmo, do próprio Estado. É possível captar, então, o poder nas suas diversas formas “regionais e locais (...), ultrapassando as regras de direito que o organizam e o delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições” e faz uso de diversos instrumentos e de formas violentas para atuação (FOUCAULT, 2013. p. 182).

Desta forma, o poder não pode ser restringido à atuação do Estado. Nem mesmo podemos compreender o poder dentro de uma totalidade, ou seja, como uniformidade, desconsiderando as idiossincrasias das relações de poder, da forma como elas existem e se estabelecem. É uma rede de dispositivos diversos que atravessam a sociedade e ninguém está imune, pois podemos identificar diversas relações que existem fora do aparelho do Estado e que são possíveis de serem analisadas, por exemplo, utilizando o termo soberania ou proibição, como comumente o poder é entendido. Por outro lado, é errado crer que Foucault desconsiderou a importância do Estado, mas que outras instituições também cumprem semelhante papel de executar controle, normas e formas de estabelecer relações. Se mantivermos a compreensão do Estado como centralizador do poder, estaremos mantendo a compreensão destes nos termos do Direito, como soberano. Basta uma breve análise, por exemplo, sobre as relações de poder que se expressam na família, no tráfico de drogas, ou mesmo no tráfico de influência para compreendermos que o poder opera por fora do que seja o Estado (DANNER, 2010).

Logo, o que fica nítido em Foucault, é que o poder não é pertencente a um grupo ou classe social, não há exclusividade sobre ele. Isso não quer dizer que não haja opressão de uma classe sobre outra. A ação, por exemplo, dos chamados desprovidos (economicamente) também é uma forma de exercício de poder, uma reação, um contrapoder. O poder não é uma coisa que existe, é uma prática ou relações de poder. Só pode ser entendido enquanto exercício que ocorre em rede, em interação. O poder é:

uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma ‘apropriação’, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos; que se desvende nele antes uma rede de relações sempre tensas, sempre em atividade, do que um privilégio que se pudesse deter; que se seja dado como modelo antes a batalha perpétua do que o contrato que faz uma cessão ou uma conquista que se apodera de um domínio. Temos, em suma, de admitir que esse poder se exerce mais do que se possui, que não é ‘privilégio’ adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas – efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados (FOUCAULT, 1975, p. 29).

Assim sendo, percebemos que o poder possui uma função se disseminando por todo o aparato do Estado e, por não ter um lugar específico, fora dele, por todas as relações sociais. O poder está em toda parte por advir de todos os lugares, mas não por ser totalizante, como já falamos anteriormente. Ele se cria e interliga com outros aparelhos como a escola, a prisão, locais de trabalho, meios de comunicação e, o foco da EBSEH, os hospitais (dentre, o universitário). E, da mesma forma, se criam jogos de forças, pois, por dentro destas instituições, também se criam resistências, se exerce o poder para colidir com outra forma de poder adversa. É uma possibilidade de resistência que criamos, de realizar guerra, como no caso da EBSEH, de mostrar as contradições que existem em relação às ideias que norteiam a Reforma Sanitária no Brasil e mesmo em relação à legislação vigente do SUS. Não se trata, portanto, de legitimar um aparato do Estado (as leis orgânicas do SUS), mas de empreender resistências a um modelo de gestão em saúde que retira acessibilidade a um direito garantido por força de atuação política do povo. O SUS é fruto de mobilização social intensa e sua defesa é necessária e pretensão dessa pesquisa.

Saber, em Foucault é outro conceito chave e que se faz necessário discorrer sobre ele. É sempre uma necessidade de produção de verdade, ou seja, a constituição de um regime discursivo com o objetivo de criar disciplinamento sobre algo. Quando sobre o corpo, tem o objetivo de promover a entrada do corpo, seu esquadramento, para torná-lo dócil, produtivo ao sistema capitalista (CORSINI, 2007). Temos, por exemplo, o saber científico

que, através de um arcabouço tecnológico, possui capacidade instrumental de instaurar técnicas de produção, de controle dos corpos produtivos, e de produção de economia. Sempre, então, o saber possui efeito de verdade, uma vez que tenta estabelecer um conhecimento, quando não universal, empregado para manter um regime.

Sendo assim, fica incompreensível o saber separado do poder (por isso, estratégia poder-saber), uma vez que a verdade construída a partir do saber gera poder, e vice-versa. Podemos denotar, com Foucault (1975), por exemplo, sobre o poder-saber psiquiátrico, ou sobre o poder-saber da medicina em geral, ou ainda, sobre o poder-saber produzido pelo governo (BRANCO, 2015). É o que ocorre em relação à EBSEH. O governo brasileiro produz uma verdade sobre um modo de gerenciamento em saúde dos HU's tendo como pressuposto ou embasamento um conjunto de saberes advindo da Administração Científica dos séculos XVIII e XIX que, sendo produzidos em um momento histórico, são frutos de relações de poderes da época, em que, havendo necessidade de aumento de produção a partir da exploração da mão-de-obra barata dos operários fabris, impõe um regime de trabalho elevado para gerar lucratividade. Percebemos, então, como esta estratégia poder-saber pode operar para aumentar o sofrimento de pessoas. Retomamos então que a Ciência, logo, não pode possuir (e não possui) caráter de neutralidade. É falaciosa tal afirmação que pretende impor um regime discursivo em que aparece a Ciência como acima de outras verdades. Por isso que empreendemos guerra ao questionar essa verdade produzida. Fazemos essa genealogia da EBSEH para mostrar o seu nascimento e suas formas de operação para sua implementação, construindo discursos e municiando a todos nós que estamos nessa disputa.

Entretanto, todo regime de verdade, toda produção de saber, requer formas de exclusão de outros saberes, outras verdades. Para que isso aconteça, Foucault (2014) nos mostra que existem procedimentos de exclusão dentro da produção do discurso.

Tabu do objecto, ritual da circunstância, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala: jogo de três tipos de interditos que se cruzam, que se reforçam ou que se compensam, formando uma grelha complexa que está sempre a modificar-se (FOUCAULT, 2014. p. 2).

Aqui destacamos o papel daquele que fala, ou melhor, daquele a quem é atribuído o poder de fala e que, no caso do papel do Estado numa sociedade capitalista, ganha grande conotação pelo valor de respaldo atribuído a um sujeito que o representa. É valendo-se disso que o governo brasileiro, ao defender a EBSEH, condiciona e orienta um conjunto de artifícios para que se excluam os discursos, os saberes, que são contrários à Empresa. Nos espaços de debate, ou onde deveria haver o debate, é rotineiro o uso de manobras, táticas e apagamentos de discursos que questionam a EBSEH. Basta olharmos, por exemplo, para a forma como se deu a aprovação da EBSEH na UFPA, em que a reitoria aprovou sem nem mesmo seguir o rito de votação da instituição.

O discurso verdadeiro, então, é aquele proferido por quem tem a permissão de falar, por quem tem um saber construído e legitimado (FOUCAULT, 2014). É assim que ocorre, por exemplo, com a figura do médico, do advogado, do psicólogo, e, sabendo dessa estratégia, o governo a utiliza para legitimar uma forma de operação e funcionamento dos HU's, mesmo que em contradição com diversas ideias do SUS, logo, da Reforma Sanitária, como veremos a frente.

A EBSEH, então ratifica a relação poder-saber defendida por Foucault:

Produz-se verdade. Essas produções de verdades não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, ao mesmo tempo, porque esses mecanismos se tornam possíveis, induzem essas produções de verdade tem, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam. São essas relações verdade/poder, saber/poder que me preocupam. Então, essa camada de objetos, ou melhor essa camada de relação, é difícil de apreender (FOUCAULT, 2012, p. 224).

1.3 GOVERNAMENTALIDADE

A partir da queda do Estado soberano, em que se sobrepõe o desejo do monarca sobre seus súditos numa extensão territorial, surgem diversas técnicas de poder que marcaram

os governos no mundo ocidental nos últimos séculos. Essas técnicas de poder Foucault (2013) chamou de governamentalidade. São resultados de um específico contexto de poder, não podendo ser confundida com a ideia de soberania, pois não lida com a conquista e manutenção de poder.

Com essa palavra eu quero dizer três coisas:

- 1) o conjunto constituído pelas instituições, pelos procedimentos, análises e reflexões, pelos cálculos e pelas táticas que permitem exercer esse modelo bem específico, ainda que complexo, de poder, que tem por alvo principal a população, por modelo principal de saber a economia política, por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança.
- 2) a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, conduziu incessantemente, durante muito, muito tempo, à preeminência desse modelo de poder que se pode chamar de governo sobre todos os outros - soberania, disciplina etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes.
- 3) o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, como se viu pouco a pouco governamentalizado (FOUCAULT, 2013, p. 429).

Essa forma de funcionamento do Estado, agora produzindo ferramentas e técnicas para atuação sobre a população, desenvolve uma série de saberes para realizar tal controle. O que fica, então, explícito é a função do Estado como servindo à população. É a população agora, diferente do Estado soberano, que é o objetivo final do governo. Deve-se melhorar a sorte da população, através de um conjunto bem organizado de técnicas para que a população viva melhor, alcance mais riqueza, mantenha-se viva. Isso, em saúde, podemos perceber através do uso de campanhas de vacinação, serviços que estejam próximos da população (Estratégia Saúde da Família), controle de natalidade, entre outros. A população deixa de servir ao monarca e passa a ser o objeto de intervenção do Estado, suas aspirações, desejos e

objetivos são considerados nessa forma de governo. Os interesses individuais e coletivos passam a ser o instrumento e alvo de atuação do governo da população.

Branco (2015) explicita:

A nova era traz a governamentalidade como tecnologia do poder, e sua ocupação principal é a gestão e administração da população, a regulação das atividades econômicas, assim como a articulação e o planejamento estratégico da vida socioeconômica (...). Na governamentalidade, o mundo democrático, feito a partir da decisão popular e amparado nas leis, segundo Foucault, seria um mundo da gestão dos interesses da população, considerada como categoria abstrata. Tudo seria liso e sereno, se não entrasse em jogo a ideia de golpe de Estado, ou seja, a ideia que a governamentalidade traz em si mesma um aspecto inusitado, quando se pensa em certas condições excepcionais, mas não tão fora do esquadro como muitos podem imaginar (p. 74).

É justamente esse caráter de excepcionalidade que podemos perceber em relação à EBSEH. Tendo se resguardado sob o discurso da precariedade dos HU's e vendo a necessidade de reorganizá-los, o governo se utiliza desse regime de exceção do Estado para fazer funcionar um mecanismo de gestão que está fora do que é previsto como execução dos serviços de saúde, como disposto pelo SUS em sua legislação (8080/90 e 8142/90, em anexo). O autor supracitado destaca isso como característica do próprio Estado governamentalizado, que possui o poder de golpe de Estado. Legitimado, utiliza-se do poder de, se necessário for, desautorizar-se, fazendo valer novas formas, no caso em questão, por exemplo, de gerenciar um serviço de saúde, mesmo que não esteja em conformidade com o que é esquadrihado no próprio Estado. No caso do SUS, ainda que seja uma forma de gestão que não esteja em conformidade com o que foi definido por uma intensa movimentação popular que conseguiu garantir uma série de dispositivos para funcionamento dos serviços de saúde. É o caráter violento do Estado que, sob a justificativa de uma ameaça, interna ou externa, existente ou não, utiliza de "terrorismo de Estado" (suspensão das leis vigentes) para operar outras formas de governamentos.

1.4 BIOPOLÍTICA

Biopolítica aparece pela primeira vez nos escritos de Foucault em *O Nascimento da Medicina Social* (FOUCAULT, 2013). Entretanto, é somente em outras obras que ele irá discorrer mais arduamente sobre tal conceito. Para nosso estudo, adotamos o *Nascimento da Biopolítica* (2010) como obra para embasar nossa análise sobre as práticas e efeitos da implementação da EBSEH.

O poder de causar a morte e deixar viver, como expressão da vontade do soberano, começa a perder força a partir do século XVIII. Neste momento, há grandes transformações sobre os mecanismos de atuação de poder. Agora, o poder se expressa para gerar vida e deixar morrer. Podemos perceber esse giro, essa mudança no trato sobre a população, a partir da entrada de técnicas da ordem do saber para controle da vida humana, através, principalmente, de cálculos, mensuração de fenômenos. Empreende-se mecanismos de poder e saber que objetivam controlar comportamentos, pensamentos, condutas, a vida coletiva. O ser humano vira estatística (principal ferramenta utilizada, por exemplo, na epidemiologia, nas políticas públicas em saúde, nas campanhas de vacinação) e o biológico passa a ser visto como político, como passível de intervenção de um poder (FOUCAULT, 2010). Esta interação fundamenta e municia a expansão do capitalismo, inclusive, sobre as políticas de saúde do século XVIII e XIX:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal, que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2013. p.89).

É em nome da manutenção da vida, de fazer nascer, que o poder vai apropriando-se, pouco a pouco, de técnicas bem específicas e usadas de forma planejada para influenciar em processos biológicos e, caso necessário, para modificá-los. Temos, assim, uma relação entre história e vida, entre “os movimentos da vida e os processos da história”, entrando sob a influência de cálculos matemáticos, uma tecnologia para transformação da vida humana (FOUCAULT, 2015). São técnicas que agora objetivam intervir sobre um corpo coletivo, para controle da espécie; a população surge como novo conceito que não era problema no campo dos saberes. Estabelece-se uma regulamentação sobre a população, controlando os processos biológicos, assim, podendo realizar quantificações, controle sobre o futuro a partir de cruzamentos estatísticos. É o que ocorre com o controle de natalidade, com o desenvolvimento infantil, com o acompanhamento escolar através de notas, com o índice de produtividade e absenteísmo no ambiente de trabalho, entre outros (FOUCAULT, 2010).

Sendo assim, a biopolítica se constitui como uma forma de prever acontecimentos sobre a população e instrumentalizar as ações governamentais, condicionando sua ação para promover economia, tanto no aspecto do dispêndio estatal (serviços, escolas, estabelecimentos de saúde), quanto no aspecto financeiro, controle de gastos. O ser humano passa a ser compreendido como *homo oeconomicus* a partir da inserção das práticas do neoliberalismo da Escola de Chicago, como um agente para responder às necessidades do mercado. Passa-se então, o Estado, a governar para o mercado e não mais sobre o mercado. Percebemos, então, uma nova função do Estado surgir: produzir corpos saudáveis para gerar riqueza na nova fase neoliberal do sistema capitalista (FOUCAULT, 2010).

1.5 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

Grubits e Noriega (2004) e Le Goff (1990) nos traz a necessidade de pensarmos que um documento é fruto da construção das sociedades em que estes foram produzidos, levando em consideração os discursos que ali aparecem e que ali não aparecem. O documento é um instrumento que deve, sempre, ser questionado, então, em seus significados.

Resulta do esforço das sociedades históricas para impor ao futuro – voluntária ou involuntariamente – determinada imagem de si próprias. No limite, não existe um documento verdade. Todo documento é mentira. (...) É preciso começar por desmontar, demolir esta montagem, desestruturar esta construção e analisar as condições de produção dos documentos-monumentos (LE GOFF, 1990. p. 538).

Sendo a genealogia “cinzenta”, como o próprio Foucault (2013) ressalta, o trabalho do pesquisador é, então, confrontar o documento, retirá-lo do local de inabalável, lançar sobre essa verdade construída historicamente, as anátemas que a própria história nos mostra em suas descontinuidades, nas linhas tênues da desordem que lhe são próprias. O genealogista deve mostrar que, assim como há a necessidade de uma geração mostrar à seguinte como quer ser lembrada, isso ocorre dentro de uma realidade histórica, que, por si só, já mostra o apagamento de outros discursos produzidos por essa mesma realidade. Cabe ao genealogista, então, fazer emergir essas outras falas e mostrar, que a verdade construída sobre uma realidade, sobre um povo e sobre um acontecimento, é uma produção das variáveis verdades existentes. E que essa reificação do documento-verdade é uma relação de poder estabelecida com um propósito bem definido.

O trabalho do genealogista é demorar-se sobre os documentos que narram o cotidiano e os detalhes considerados banais, que pareciam não ter história. Trata-se da ‘constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais’ (LEMOS & CARDOSO JR, 2009. p.354).

[a genealogia] trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos. ... Daí, para a genealogia, um indispensável demorar-se: marcar as singularidades dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história — os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles

desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna, o momento em que eles não aconteceram (FOUCAULT, 2013. p. 55).

O que se confronta, dessa forma, é a manufatura (produção) de um monumento, conseqüentemente, a necessidade de instauração de uma verdade. A produção de um documento é tática para a manutenção ou nascimento de um poder, que, por resultado, gera um saber como efeito, que são efeitos de um conjunto de forças. O documento é um procedimento de produção de discurso, por conseqüência, de verdade, deliberada e minuciosamente pensada desde sua seleção até sua distribuição, definindo, inclusive, quem fala e o que fala. É assegurada, assim, a possibilidade de controle sobre os outros discursos, inclusive, mantendo o caráter monumental do documento. Estabelece-se uma hierarquia de saberes, em que persiste uma polícia do discurso, capaz de realizar um criterioso crivo para fazer perdurar uma realidade. É assim que se mantém, por exemplo, o discurso científico. Ocorre o mesmo com a EBSEH, em que, através de uma legislação, se cristaliza uma verdade que não possui contrapontos, pois não há espaços para estes. Os limites de quem fala são estabelecidos categoricamente, e as vozes contrárias, são duramente aniquiladas por essa polícia do discurso (FOUCAULT, 2014).

A crítica ao documento, aqui, não é simplesmente mostrar que sua verdade é certa ou errada. A crítica sobre o documento, em genealogia, é problematizar o seu nascimento, as forças atuantes sobre este monumento, a fim de mostrar os atravessamentos e as ressonâncias deste jogo de forças sobre a realidade. A EBSEH e sua legislação são frutos de jogos de forças. Mostrar a emergência desta tecnologia em gestão de saúde é, não somente reconhecer quem ou o que a opera, mas garantir a fala de quem questiona, é possibilitar releituras e destronar a verdade.

Assim sendo, este trabalho foi desenvolvido através da análise de documentos referentes às legislações da EBSEH (medida provisória 520/2010 e lei 12.550/2011), utilizando, inclusive, aqueles produzidos por entidades estudantis e de categorias de trabalhadores que se opõem a tal proposta (Moções de repúdio de sindicatos de trabalhadores e trabalhadoras dos hospitais universitários, Diretórios Centrais de Estudantes, Associação Nacional de Docentes de Nível Superior – ANDES-SN e Frente Nacional Contra a

Privatização da Saúde), realizando séries discursivas, que facilitará no processo de construção da discussão.

Então, usaremos o método histórico-genealógico de Foucault, uma vez que realizaremos a desconstrução da verdade do discurso destes documentos ditos oficiais, ressaltando, inclusive aquilo que foi apagado, os discursos que são encobertos, através destes documentos produzidos por entidades e movimentos em defesa da saúde pública. Compreende-se, dessa forma, que tal método nos possibilitará a compreensão dos modos de agir e pensar promovidos e evidenciados através dos discursos, denotando a produção destes saberes-poderes construídos no decorrer destes jogos de forças.

2. A REFORMA SANITÁRIA E O CONSENSO DE WASHINGTON: NASCIMENTO DO SUS, PODERES E RESISTÊNCIAS

Partimos da premissa que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma característica ímpar: ele é fruto de intenso processo de mobilização social e uma conquista popular. Seus principais conceitos, formas de atuação e de controle foram pensados em coletividade por diversos sujeitos envolvidos politicamente com essa construção. Por isso, discorrer sobre essa construção é importante para localizarmos o surgimento da EBSEH como modalidade de gestão para os HU's.

Já foi dito que os movimentos sociais em saúde, amparados nas discussões e contribuições da Reforma Sanitária, possuem divergências quanto à forma de implementação e gestão da EBSEH sobre os HU's. Seus questionamentos se dão diretamente sobre a incompatibilidade desse modelo de gestão com os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Dessa forma, realizar um breve histórico sobre essa conjuntura é importante para problematizarmos essa realidade.

Tomaremos como ponto de partida a queda do muro de Berlim, ocorrida em 09 de novembro de 1989. Este marco histórico é considerado como o demarcador do fim do bloco socialista-stalinista, direcionado pela então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Reconhecendo pouca resistência agora ao processo de expansão do Capitalismo para o restante do mundo, inicia-se uma grande ação para implementá-lo como único regime econômico vigente. Essas ações, emanadas das grandes potências econômicas mundiais (como o Estados Unidos da América), tinham por objetivo intervir sobre as questões econômico-sociais dos países em desenvolvimento, subdesenvolvidos e, mais recente, os antigos socialistas. Como se esperava, tais modificações trariam impactos diretos sobre as políticas sociais de tais países (dentre estes, o Brasil). Cannabrava Filho (2010) destaca o Consenso de Washington como um dos principais instrumentos utilizados pelas potências capitalistas para tal fim.

Já prevendo o fim do bloco socialista soviético, no final da década de 1980, diversos intelectuais da economia mundial se reúnem para elaborar um conjunto de teorias que foram organizadas por John Williamson (pertencente ao *Institute for International*

Economics), a pedido do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Este novo documento produzido ficou conhecido como Consenso de Washington. Sua principal meta era muito simples: oferecer essa nova forma de atuação de Estado, dentro do capitalismo neoliberal, subordinando as ações estatais à lógica do mercado. De forma direta, submeter as economias dos países ao Neoliberalismo em expansão (CANNABRAVA FILHO, 2010).

O diagnóstico que embasou o documento era muito simples: os países que realizavam empréstimos das instituições financiadoras (FMI e BM) estavam desperdiçando o volume de dinheiro cedido. Suas economias não apresentavam *superávit* (acúmulo de riqueza) e os problemas econômicos cada vez mais pioravam, o que os tornava inadimplentes. O objetivo era que as nações pudessem, a partir da aplicação das medidas do Consenso de Washington, apresentar melhoras econômicas, gerando riqueza e atração de empresas multinacionais (BATISTA JR, 2009; NAIM, 2010). Juntamente a este cenário, temos: crise do petróleo no final da década de 1970, críticas ao estado de bem-estar social e o “fim” do socialismo. Essa conjuntura fez com que se acreditasse que realmente o capitalismo era a única saída para a economia mundial. A certeza é que estes países endividados, por esta situação, foram obrigados a aderir ao Consenso de Washington para diminuir sua dívidas. Este documento apontava, de forma simples, dez regras (CANNABRAVA FILHO, 2010):

1 – Disciplina fiscal: altos e contínuos déficits fiscais contribuem para a inflação nacional;

2 – Redução dos gastos: diminuição de gastos de fundo nacional;

3 – Reforma tributária: a base de arrecadação tributária deve ser ampla e as *marginal tax rates* moderadas;

4 – Juros de mercado: os mercados financeiros domésticos devem determinar as taxas de juros de um país. Taxas de juros reais e positivas desfavorecem fugas de capitais e aumentam a poupança local;

5 – Câmbio de mercado: países em desenvolvimento devem adotar uma taxa de câmbio competitiva que favoreça as exportações, tornando-as mais baratas no exterior;

6 – Abertura comercial: as tarifas devem ser minimizadas e não devem incidir sobre bens intermediários utilizados como insumos para as exportações;

7 – Investimentos estrangeiros direto, com eliminação das restrições: investimentos estrangeiros podem introduzir o capital e as tecnologias que faltam no país, devendo, portanto, ser incentivadas;

8 – Privatização das estatais: as indústrias privadas operam com mais eficiência porque os executivos possuem um “interesse pessoal direto nos ganhos de uma empresa ou respondem àqueles que tem”. As estatais devem ser privatizadas;

9 – Desregulação – afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas: a regulação excessiva pode promover a corrupção e a discriminação contra empresas menores com pouco acesso aos maiores escalões da burocracia. Os governos precisam desregular a economia e as leis trabalhistas; e

10 – Direito de propriedade intelectual: os direitos de propriedade devem ser aplicados. Sistemas judiciários pobres e leis fracas reduzem os incentivos para poupar e acumular riqueza.

Destarte, Cannabrava Filho (2010, p. 03) explicita como essas medidas atravessaram os diversos governos do Brasil:

Como se vê, os dez mandamentos de Washington definem com clareza a política econômica que nos vem sendo imposta com extrema falta de criatividade, nos doze anos de fernandato e que o nosso presidente operário não consegue dela se livrar. Pior que isso, aquelas reformas que Fernando Henrique não executou por não ter conseguido apoio suficiente no Congresso, são hoje prioridades no governo do Partido dos Trabalhadores (PT).

As ideias decorrentes do Consenso de Washington tiveram grande repercussão sobre a economia dos países que foram forçados a aderir ao documento. Entretanto, a forma

como a implementação da política neoliberal ocorreu nos países foram diferenciadas: devido à força dos movimentos sociais, mas também à forma como foram interpretadas essas medidas, causaram diferenciações nos modos de inseri-las nas economias (NAIM, 2010).

Mudanças no cenário político e econômico internacional e novas condições internas aos países em transição criaram problemas que até mesmo os proponentes originais do consenso não previram, demandando, assim, a busca de novas respostas. Algumas destas respostas complementavam as recomendações do Consenso de Washington. Outras, entretanto, contrariavam suas recomendações (NAIM, 2010, p. 01).

Devido ao ocorrido, as metas políticas (as formas de governamentalidade), que antes eram entendidas como a última etapa do processo de modificação para as economias adentrarem ao neoliberalismo, passaram a ser prioridade para justamente poder implementar essa nova forma de governo. Nesse cenário, conforme Foucault (2010), podemos ver como opera o Estado quando possui, por exemplo, a finalidade de implementar uma política econômica: cria um regime de exceção para justificar a adoção de medidas que estão, inclusive, em não conformidade com a legislação vigente do país, é o chamado “terrorismo de Estado”. O Estado desenvolve técnicas que possibilitam deslegitimar a si mesmo, em nome da ordem, da economia e da paz. Os países foram obrigados a adotarem novas metas econômicas menos tangíveis, o que denota a pouca responsabilidade dos operadores do Consenso sobre as economias dos países subdesenvolvidos. Os resultados alcançados não estavam previstos pelo BM e FMI, pois eram destoantes da previsibilidade dos organismos financiadores. Os políticos desses países se esforçavam para operar as mudanças, sem sucesso (NAIM, 2010; CANNABRAVA FILHO, 2010).

O Brasil, ao apresentar elevado índice de dívida, foi obrigado a aderir ao Consenso de Washington, principalmente adotando medidas para diminuir as dificuldades (protecionismo) para entrada de grandes empresas internacionais. É nesse período (década de 1990) que há uma sistemática substituição da expansão das responsabilidades do Estado pelo discurso das privatizações. Há necessidade de esclarecermos, neste ponto, o que significa nesta pesquisa o termo “privatização”. Há, deixemos claro, uma relação bastante próxima entre o termo e o momento da entrada do neoliberalismo na economia do Brasil (restringindo

nossa análise à nossa conjuntura política na década de 1990). Di Pietro (2003) afirma que privatização é qualquer medida que tenha por objetivo diminuir o tamanho do Estado frente a uma de suas responsabilidades, o que compreende:

- a) Desregulação: diminuição da função do Estado sobre a economia;
- b) Desmonopolização estatal de atividades econômicas;
- c) Vendas de ações de empresas estatais para o setor privado (desnacionalização ou desestatização);
- d) A concessão de serviços públicos: tornando concessionária uma empresa privada, e não pública, como antes;
- e) Os *contracting out*: celebração de acordo para colaboração do setor privado sobre algum serviço de função pública, como convênios para prestação de serviços. Nesta classificação que podemos compreender a terceirização.

Qualquer modalidade de gestão de saúde que não seja a realizada pelo governo, será possível de ser classificada numa das formas apontadas por Di Pietro. No caso da EBSEH, fica bastante nítida que a privatização é um termo cabível, pois repassa para a iniciativa privada uma função totalmente pública: a Constituição Federal de 1988 deixa claro que a saúde, que deve funcionar mediante serviços e estabelecimentos de saúde, deve ser de responsabilidade do Estado brasileiro e que, para além destes serviços e estabelecimentos, requer políticas públicas intersetoriais: atuação em conjunto com políticas de saneamento, educação, previdência, entre outros. É incabível pensarmos em intersetorialidade de políticas tendo o governo diminuído sua atuação sobre as próprias políticas. A saúde deixa, então de ser serviço para ser mercadoria, possibilidade de lucratividade.

Percebemos, então, que a política da privatização está em total consonância com o Consenso de Washington: diminuir a interferência do Estado sobre a economia, com a finalidade de gerar margem de lucro para as empresas privadas. As modificações causadas pelo Consenso geraram grande ebulição política. No Brasil, por exemplo, vivemos crise financeira, com falências de bancos e empresas, eclodindo crises políticas, demarcadas pelo *impeachment* de Collor de Melo (NAIM, 2010).

Foucault (2008) ressalta que o Neoliberalismo é uma forma de governar que sempre questiona a intervenção do Estado sobre a economia. O objetivo é: deve-se intervir cada vez menos no mercado, e governar cada vez mais para este para manter sua liberdade e

capacidade de gerar riqueza para a população. O Estado deve se limitar a governar as condutas das pessoas. A governamentalidade é expressa através, por exemplo, dos aparelhos jurídicos, o que justifica sua não intervenção sobre a economia (ainda que esta, inclusive, esteja causando males para a população). Na relação mercado-Estado é a lei que administra e assegura os fluxos e lucros. A lei é definida pelos governados, numa forma de ação parlamentar, que constitui uma forma eficaz da “economia governamental” (FOUCAULT, 2008, p. 436).

É construída uma verdade de forma bem articulada, em que é a própria população que define como se dá as relações entre Estado e mercado. As ações do Estado, em favor da manutenção de um modo de governar a favor do mercado, são ratificadas pela população através do parlamento, instância de representatividade das vontades dessa população. Essa legitimidade garante ao Estado passar para o mercado funções que antes pertenciam aquele (privatização). Foucault (1992) nos mostra então uma discordância sobre o que significa o Estado e para que deveria governar. O objetivo do governo seria a própria população, buscando sempre elevar sua qualidade de vida, riquezas e saúde. Para isso deveria usar de diversas técnicas de governamentalidade para com a população.

No caso do Brasil, fica mais fácil, então, percebermos as interferências do Consenso de Washington sobre a nossa economia, se, por exemplo, atentarmos para setores considerados estratégicos para o bem-estar social (saúde, educação e seguridade social). Ainda na década de 1990, é possível perceber modalidades de gestão que substituem funções do Estado sobre estes setores. É o caso das Organizações Sociais, que passam a atuar em educação, saúde e cultura (BORGES, 2012). Estas instituições são privadas e assumem responsabilidade de gerir serviços públicos, a partir da concessão do próprio governo. Foucault nos alerta sobre o desenvolvimento do mercado justamente na área da saúde. Em *Nascimento da Biopolítica* (2010), o autor ressalta que a saúde enquanto forma de atuação sobre a qualidade de vida da população, enquanto serviço, opera também como uma forma de governo de condutas, uma vez que, em nome da vida e da segurança, desenvolve-se e opera-se conjunto de técnicas e práticas, em nível coletivo, para mudanças da população. Apresenta-se, então, sob o discurso do cuidado, uma forma eficaz de controle, respaldado por um discurso moral.

Redução de gastos sociais (em saúde, educação e outros), privatizações e centralização de gastos sociais em programas seletivos de pobreza foram as principais medidas utilizadas pelas gestões neste período e até os anos 2000 (LIMA & LIMA, 2010):

Na implementação de políticas sociais, destaca-se menos desmercantilização, não se admite o conceito de direitos sociais (direito de ter acesso aos bens sociais pelo simples fato de ser membro da sociedade) e exige-se uma contrapartida para se ter acesso aos benefícios, os quais são os comprovadamente carentes, como no caso do Bolsa Família do governo Lula da Silva (LIMA & LIMA, 2010, p. 26).

Por outro lado, nesta mesma conjuntura política, vemos o processo da Reforma Sanitária acontecer na contramão das políticas neoliberais no Brasil. Schwarcz & Starling (2015) destacam que, ainda em na década de 1960, os movimentos sociais, dentre estes, os de saúde, estavam em plena organização, em conjunto com partidos de esquerda, pois havia grande perspectiva de implementação no governo “Jango” (João Goulart) das chamadas reformas de base. João Goulart mantinha grande diálogo com movimentos sociais. Fruto dessa aproximação, acreditava que a única possibilidade do desenvolvimento sócio-econômico do país aconteceria através de modificações de diversos setores econômicos e sociais. Estas reformas de base se tornaram as principais metas desse governo que, inicialmente, criou vias de diálogo a fim de acelerar tais reformas. Foi o que ocorreu, por exemplo, em relação à reforma agrária, em que se criou o Conselho Nacional da Reforma Agrária. A saúde também estava contemplada nas reformas de base. A intenção era criar um sistema de saúde que atendesse a todos os brasileiros e brasileiras, independente de serem trabalhadores de carteira assinada, como há décadas vinha se mantendo. O Estado, pela primeira vez na história do Brasil, assumia responsabilidade sobre questões como desemprego, fome e saúde. Mas devemos destacar que isso só foi possível por influência dos movimentos sociais.

Entretanto, tais medidas não agradavam a todos, é claro. Os setores conservadores, em conjunto com empresários internacionais, não percebiam as mudanças como positivas para si. Caso essas medidas fossem realizadas, significaria a perda de lucros

sobre a saúde da população, uma vez que não existia um sistema universal de saúde e o Estado repassava dinheiro público para a iniciativa privada atender a população trabalhadora e seus dependentes. Era uma margem de lucro imensa e que se perderia com as reformas de base. Sabendo disso, empresários e conservadores se unem aos militares e os financiam para, em 31 de março de 1964, depor João Goulart e declarar golpe de Estado: inicia-se a Ditadura civil-militar no Brasil (SCHWARCZ & STARLING, 2015).

Porém, de acordo com Fleury, Bahia e Amarante (2008), os movimentos sociais, assim como o de saúde, não deixaram de existir: continuaram pressionando os governos militares para aumentar a responsabilidade do Estado sobre os serviços considerados essenciais para a população. Isso não ocorrera. Pelo contrário: os governos militares aumentaram as reservas de recursos para os serviços privados, possibilitando inclusive o crescente número de hospitais privados, utilizando tecnologias avançadas, gerando cada vez mais lucros com um modelo hospitalocêntrico, enquanto a população era impossibilitada de acessar serviços de saúde. A mortalidade infantil aumentava, morte durante partos se tornava cotidiano, doenças como hipertensão e diabetes surgiam com mais força, dizimando a população. Em conjunto a este quadro de saúde e a pressão política implementada pelos movimentos sociais, de trabalhadores e de estudantes, a ditadura militar estava com dias contados. Foi um processo lento que durou 20 anos. Foram 20 anos de assassinatos, grande repressão e uma política de saúde que, em conformidade com o neoliberalismo, deixava morrer uma parcela considerável da população.

Na década de 1980, no Brasil, há um aumento da reorganização dos movimentos sociais, motivados pelas necessidades de modificações de políticas sociais que não eram atendidas da Ditadura Civil-militar. Esse processo culmina na “reabertura democrática” (BRASIL, 2007). Essa mudança se deu de forma bastante conflituosa, se direcionando à consolidação de um Estado democrático de direito. Na saúde, percebemos a tentativa de modificação da concepção de saúde que iriam nortear as políticas vindouras, regulamentação dos serviços: era o ápice da Reforma Sanitária. O Movimento da Reforma Sanitária foi imprescindível para a queda da Ditadura civil-militar e para o fortalecimento e constituição de uma nova ordem social pautada na democracia, repercutindo sobre o avanço de políticas públicas no Brasil.

O regime democrático que estava se estabelecendo não poderia se consolidar se não tivesse como objetivo dirimir as dívidas sociais históricas com a população (FLEURY,

2009). Por isso, opor-se a esse processo em desenvolvimento estaria negando a necessidade de transição política. Um dos resultados desse processo é a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a inserção do capítulo de saúde na Constituição Federal de 1988. Estes dois objetivos foram alcançados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, assim como diversas conferências de outras áreas do serviço estatal. Através dos dispositivos jurídicos 8080/90 e 8142/90 ficaram assegurados os pilares do SUS e o controle social sobre este novo sistema.

Interessa-nos destacar que as leis orgânicas de saúde (8080/90 e 8142/90) possuem um processo de aprovação que é pouco divulgado. Luz (1991), descreve que a aprovação da lei 8080/90 não foi em sua totalidade. Obedecendo aos ideais do neoliberalismo, o então presidente Fernando Collor de Melo vetou diversos artigos da lei. Estes artigos versavam justamente sobre o controle social em saúde, ou seja, sobre os mecanismos de controle do processo de gestão em relação aos gastos e investimentos em saúde. Collor possuía uma plataforma política deliberadamente neoliberal e aprovar uma lei que executava controle sobre o governo, diminuindo sua possibilidade de gestão, era inaceitável. Por isso, é encontrada na lei 8080/90 diversos artigos vetados.

Entretanto, a realidade era diferente. Os movimentos sociais em saúde ainda estavam bastante fortalecidos nos anos de 1990. E, percebendo a tática política adotada pelo presidente, logo em seguida da aprovação da lei 8080/90, encaminharam um projeto de lei (8142/90) para justamente recuperar os vetos realizados por Collor: sobre o controle do recurso público a ser usado em saúde. A movimentação foi tão acelerada que, sendo a lei 8080/90 de setembro deste ano, a lei 8142/90 foi aprovada em dezembro do mesmo ano. Isso mostra o poder de articulação e reorganização dos movimentos sociais da época, conseguindo, até mesmo, impor derrota às ações presidenciais (LUZ, 1991).

Diferentemente do que se costuma pensar e do que a maioria dos escritos sobre tal conferência relata, este espaço não foi homogêneo: nem todos que ali estavam tinham o objetivo de construir um sistema que fosse realmente estatal, público e universal com qualidade. Lima (2013) relata que a 8ª Conferência Nacional de Saúde também era composta por setores de empresários da saúde que, inclusive, estavam em concordância com a ditadura civil-militar, lucrando com dinheiro público. Seus intentos eram garantir que o setor privado se mantivesse de alguma forma dentro dos serviços públicos de saúde. E isso ocorreu: a saúde complementar foi aprovada como forma de manter o serviço privado dentro do SUS,

garantindo, assim, uma parte do orçamento público para a iniciativa privada. O discurso era o mesmo: onde o serviço público não puder atuar, o privado poderá intervir. Entretanto, não ficou estabelecida a margem de participação do setor privado no SUS, o que possibilitou a realização de diversos convênios Brasil a fora com organizações privadas para fornecer serviços públicos. Percebemos, então, uma forma de privatização, a desresponsabilização do Estado perante o serviço de saúde.

O debate privado x estatal, ou nacional x internacional, a que nos referimos, é recorrente no discurso da política de saúde desde os anos 50. Nos anos 80, uma característica nova e, talvez, original na discussão desses temas foi a entrada em cena do empresário da saúde como um ator político que defende publicamente seus interesses, com lobbies no Congresso e nas assembleias legislativas, nos ministérios da Saúde e da Previdência Social, nas instituições formadoras de recursos humanos (faculdades e hospitais universitários) e nos serviços públicos estaduais e municipais da área.

Essa oposição de interesses de base encontra sua expressão mais acabada na alternância de orientação e de proposições para o setor: a uma orientação privatizante e internacionalizante contrapõe-se uma orientação estatizante e nacionalizante. É necessário acentuar, entretanto, as nuances presentes no interior de ambas as orientações, que experimentam conflitos internos entre tendências.

A defesa do que deve ser ou não 'nacionalizado' - isto é, estatizado -levanta discussões e divergências profundas entre os que apóiam esse caminho. Este é apenas um dos pontos de conflito no interior de uma das tendências de base. Se se colocarem em jogo as divergências das duas tendências de base, pode-se ter uma idéia da intensidade do debate havido na conjuntura que analisamos (LUZ, 1991, p. 86).

Entretanto, não se nega que o SUS é uma grande conquista histórica. Por outro lado, medidas do governo, através do Plano Bresser Pereira (Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado), tinham por objetivo diminuir as responsabilidades do Estado sobre as

políticas sociais: era o neoliberalismo se enraizando ainda mais no Estado brasileiro. O Estado deixa, a partir do Plano, de ser produtor de serviços para ser agente estimulador e financiador das mesmas políticas. No setor saúde, vemos uma série de iniciativas que retiravam do Estado sua responsabilidade descrita na Constituição: promover, gerenciar e implementar as políticas de saúde. De outro modo, deslegitimava os princípios do SUS e a Reforma Sanitária (GRANEMMAN, 2009; BAHIA, 2011).

“Nem tudo que é público é estatal” e “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas sociais provocadas pelo mercado” eram as ideias que o próprio governo defendia naquele momento (REZENDE, 2007). Assim, ficava evidenciado o caráter neoliberal e privatizante que era imposto ao Estado. Neste bojo, percebemos durante os governos dos anos 1990 e 2000 medidas que criam modalidades de gestão que diminuem a interferência do Estado frente à saúde. Dentre estas medidas: OSS (Organizações Sociais de Saúde), OSCIPs (Organizações Sociais Cíveis de Interesse Público), FEDPs (Fundações Estatais de Direito Privado) e a EBSEH, já no governo recente de Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores).

É nesse contexto que objetivamos problematizar sobre essa técnica de gestão em saúde do governo Dilma. A EBSEH, segundo o discurso do governo, possui a intenção de modernizar o serviço de saúde dos hospitais universitários. Em 31 de dezembro de 2010, o governo envia para o Congresso Nacional a Medida Provisória (MP) que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares SA (EBSEH SA). Como ocorrera com outras modalidades de gestão, o governo novamente apresenta uma proposta que visa substituir a função de Estado perante à saúde através de uma organização privada de gestão de serviço público.

Há inconstitucionalidade, de acordo com Dallari (2009), sobre estas formas jurídicas de atendimento e gestão dos serviços públicos. A função pública deve ser realizada pelo próprio Estado, segundo o jurista. Sant’Helena (2013) explicita que essas tentativas de privatização de serviços públicos provocam alterações outras: sobre o atendimento em saúde, sobre o controle fiscal e sobre a estabilidade empregatícia. Percebemos que essas alterações são as mesmas propostas pelas medidas do Consenso de Washington. Logo, a prática é muito simples: desenvolver técnicas que favoreçam a entrada da iniciativa privada sobre os serviços públicos, garantindo margem de lucro elevada, o neoliberalismo da forma clara possível. O que ocorre é a retirada de uma conquista histórica dos movimentos de saúde e da Reforma

Sanitária, uma vez que estas ações estarão indo de encontro às principais bandeiras defendidas na Reforma.

3. A RELAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E EBSEH: BIOPOLÍTICA, EMPRESARIAMENTO DA SAÚDE E NEOLIBERALISMO

Em *O Nascimento do Hospital*, Foucault (2013) historiciza de forma precisa o surgimento do hospital no mundo ocidental. Inicialmente, os hospitais eram estabelecimentos não propriamente com a finalidade de realizar cuidados de saúde. Mantidos pela Igreja Católica, os hospitais nascem com duas grandes finalidades: 1) desenvolver ações caritativas para que, aqueles que as executavam, pudessem alcançar seu lugar no paraíso cristão; e 2) para aqueles que recebiam tais ações, que pudessem se arrepender dos seus pecados e receber a salvação. Ou seja, o hospital era um lugar para garantir seu lugar no céu.

A realidade era bem diferente da que costumamos observar nas últimas décadas. No mundo ocidental, mais precisamente na Europa, os hospitais não possuíam qualquer sistematização para o cuidado em saúde. Ora, não era esse o objetivo de tal lugar, então, não era a principal função deste. Padres, freiras, prostitutas, deficientes, leprosos, doentes de todos os tipos, circulavam nos mesmos espaços, o que favorecia grandes contaminações. Ainda era escasso, antes do século XVIII, os conhecimentos a respeito de como se dava a contaminação, por exemplo, pelo ar.

O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar. Houve, de fato, na história dos cuidados no Ocidente, duas séries não superpostas; encontravam-se, às vezes, mas eram fundamentalmente distintas: as séries médicas e hospitalar. O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nessa época, uma prática não hospitalar. É importante lembrar isso para poder compreender o que houve de novidade no século XVIII quando se constitui uma medicina hospitalar ou um hospital médico, terapêutico (FOUCAULT, 2013, p. 174).

O hospital, até o século XVIII, é uma instituição para assistir aos pobres. Mas também possui função de exclusão e separação dos indesejados da cidade, que, por possuir doenças e necessitar de assistência, é perigoso e pode provocar contágio. Por isso, o personagem central neste surgimento do hospital é o pobre que precisa ser encarcerado, diferentemente do que se pensa, não é o doente o objeto de intervenção do hospital. Neste espaço, o pobre irá receber os últimos possíveis cuidados e o sacramento para sua morte. Hospital era lugar para morrer e não para viver. Quem cuidava não estava ali para salvar a vida das pessoas, mas para se salvar perante Deus. A inserção de técnicas da medicina sobre o hospital só vem ocorrer em meados do século XVIII, quando, na tentativa de diminuir os efeitos negativos do hospital sobre a cidade, implementou-se tais técnicas para diminuir essa influência. É confirmada essa hipótese se atentarmos, por exemplo, sobre como se deu a constituição dos hospitais marítimos. Na tentativa de controle de doenças vindas com os marinheiros, os monarcas delegam funções de controle para profissionais médicos, a fim de que evitem transitar nas cidades quando chegassem. Entretanto, havia mais uma função: era comum os marinheiros realizarem pequenos furtos da coroa que vinham nas embarcações. Isso estava se tornando constante e trazia prejuízos para os soberanos. O hospital assume uma outra roupagem, impedir roubo das coroas. Percebemos, então seu distanciamento da prática de cuidado, mas sua preocupação com a economia e higiene da cidade (FOUCAULT, 2013).

Isso começa a mudar a partir da interferência da medicina sobre o controle do espaço hospitalar:

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico,. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas (FOUCAULT, 2013, p. 182).

Percebemos, então, que, para que ocorressem as modificações em direção ao que conhecemos o hospital, foram outros os interesses que motivaram. Não foi caridade, nem benevolência, muito menos preocupação com a população. Mas foi o controle da economia, do roubo, da higiene da cidade que impulsionaram tais mudanças no papel do hospital. Os padres e freiras perdem as funções de chefias dos hospitais, passando para a mão de médicos, a fim de aplicar as novas técnicas de controle (a biopolítica aqui pode ser percebida) sobre a cozinha do hospital e produção da alimentação, sobre a quantidade de líquido que cada paciente ingere, sobre a quantidade de urina produzida, entre outros. A medicina deixa de ser individual para ser coletiva, para atuar sobre grupo de pessoas. Além disso, tem-se a preocupação também sobre o controle do ambiente: ar, água, alimentação etc, passam a ser preocupação dos médicos e arquitetos, que desenvolvem tecnologias de saneamento das cidades, para evitar as epidemias.

O médico era antes um sujeito do cuidado privado, curava quem tinha dinheiro para pagar pela cura. A figura do médico no hospital surge com grande poder neste espaço. Essa hierarquização é percebida até hoje na ritualização da visita do médico aos pacientes, no preparo das enfermeiras para recebê-lo. Antes, as sinetas anunciavam a chegada do médico, hoje, ainda vemos os desfiles deste junto a seus alunos e equipe para avaliar o corpo do paciente (FOUCAULT, 2013).

No Brasil, o processo ocorre um pouco diferenciado, mas guardando a mesma lógica de funcionamento do hospital. As Santas Casas de Misericórdia surgem com as mesmas características dos hospitais da Europa: garantir a quem prestava cuidado a reserva no céu e oferecer sacramento a quem se submetia aos cuidados. A integração entre ensino e assistência, característica dos hospitais universitários, podem ser relatados a partir de 1808, com a criação, na Bahia, da Escola de Cirurgiões, por D. João VI. Esta instituição depois torna-se a Faculdade de Medicina da Bahia. Com a mudança da família real para a cidade do Rio de Janeiro, é criada uma nova Escola de Cirurgiões, que depois se transforma para a então Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Com o surgimento de ensino superior da medicina no Brasil, as santas casas passam a ser local privilegiado para a educação médica, passando, de forma semelhante, pelas modificações que ocorreram nos hospitais europeus quando da entrada dos médicos nestes estabelecimentos (CARMO, 2006).

Até as décadas de 1940 e 1950, as atividades de educação médica realizadas pelas faculdades existentes (que eram poucas) eram realizadas em instituições filantrópicas que

cediam espaço e seus doentes para tal finalidade. Para estas instituições era interessante manter esse vínculo com o ensino. Mas, por vezes, era sentida a diferença existente entre as faculdades, que tinham por objetivo desenvolver recursos humanos em saúde, e os hospitais, que tinham direcionamento de desenvolver assistência aos pobres enfermos. Enquanto que, para o desenvolvimento das atividades educativas, necessitava-se de implementação de tecnologias para as ações em saúde, isso não era correspondente aos anseios dos hospitais filantrópicos, o que gerava grande impasse entre as instituições. Para diminuir esses conflitos, as instituições de ensino iniciaram construções de hospitais próprios com esta finalidade: assim surgem os hospitais de ensino; no futuro, hospitais universitários (CALDAS JR, 2009).

O primeiro Hospital de Clínicas é fundado em 1948, em Salvador, pertencente a uma universidade federal brasileira. A partir da década de 1970, diversas faculdades de medicina são criadas pelo território nacional, sendo necessária a expansão dos HU's, se transformando como indispensável para a formação medica brasileira e referência em serviços de alta complexidade (CARMO, 2006). A forma como se dava a organização dos hospitais universitários recém-criados obedecia ao sistema de cátedras que fora vidente no Brasil até a reforma universitária de 1969: os espaços dos hospitais, a forma como eram ocupados, o funcionamento dos setores ambulatoriais e enfermarias, eram submissos aos privilégios catedráticos, sendo mais importantes que as normas hospitalares. As disposições conforme a cátedra era tão notável que os usuários possuíam todos os recursos quando sob os cuidados dos médicos em laboratórios e enfermarias, o que não ocorria quando saíam destes espaços (CLEMENTE, 1998).

Nos anos de 1960, se observava elevados gastos em atendimentos e internações dos diversos usuários do Hospital das Clínicas da Bahia, o que denotava a “suserania de seus catedráticos”. Era a falta de controle que gerava os elevados gastos com usuários que já poderiam não precisar dos cuidados. Surge, então, uma necessidade de controle dos gastos sobre o corpo. Era necessário racionalizar os gastos com esses usuários, era uma relação de custo-benefício: deveria se manter os tratamentos, pois serviam para desenvolvimento educacional dos médicos, porém, isso não deveria representar gastos demasiados, sem controle rigoroso do que é feito em cada sujeito (RIBEIRO, 1993).

Os hospitais universitários são estabelecimentos de saúde que funcionam como um prolongamento do processo de ensino e formação de mão-de-obra em saúde, estando submetidos a autoridades competentes e à serviço da comunidade. São:

Laboratórios destinados à prática do ensino na área da saúde que, vinculados às universidades como órgãos suplementares, desenvolvem, juntamente com o ensino, atividades de pesquisa, extensão e assistência à saúde, de forma integrada ao Sistema Único de Saúde (COLOSSI, 1998, p. 188 apud PEREIRA, 2004, p.20)

Percebemos aqui, duas características importantes sobre os hospitais universitários: 1) possuem a finalidade de manter o tripé ensino-pesquisa-extensão que fundamenta a existência das universidades; e 2) devem estar inteiramente integrados ao Sistema Único de Saúde. Sendo um serviço de alta complexidade que possui profissionais qualificados e com elevado treinamento em saúde, não pode deixar de pertencer a um sistema que visa integralidade da assistência. Essas características são importantes para situar a função social que os HU's possuem, como estabelecimento estratégico em saúde para a população. Servem de referência na produção acadêmica por serem locais de produção de saberes e práticas de cuidado.

O seminário realizado pela Organização Mundial da Saúde em 1995, para avaliar “o estado da arte” dos Hospitais Universitários em 22 países, mostrou que estes são centros de atenção médica de alta complexidade que apresentam forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionadas ao tipo de atendimento que realizam, atraem alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exercem papel político importante na comunidade na qual estão inseridos dados sua escala, dimensionamento e custos (CARMO, 2006, p. 26).

Após 1964, ocorre a extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que gerou abertura maior para a rede privada em saúde estabelecer contratos, convênios e credenciamentos com o Estado. Essa extensão ocorreu a partir do momento que o governo da ditadura civil-militar quis abarcar, dentro do INPS, além dos trabalhadores formais, autônomos e empregadores que contribuía para a previdência (CARMO, 2006). Vemos, aqui, desresponsabilização do

governo em relação à criação e expansão de serviços próprios da saúde estatal. Com a finalidade de aumentar o poder de lucratividade dos investidores empresários da saúde, foi realizada abertura comercial da saúde, utilizando, inclusive, financiamento público através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, gerando mais lucro e aumentando a entrada do setor privado no sistema de saúde. É uma das formas de privatização denotada anteriormente: o Estado contrata o setor privado, repassando para este funções estritamente suas.

Em 1974, os hospitais universitários passaram a compor programas de assistência médica previdenciária através do Plano de Pronta Ação (PPA), o que gerou também uma rápida expansão da compra de serviços do setor privado de saúde. Porém, com a crise econômica de 1980, aumentou em demasia os gastos hospitalares devido à inflação e incorporação descontrolada de tecnologias sem qualquer critério para aquisição. Ainda que com as modificações das tabelas de pagamentos de serviços do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), o reajuste não inviabilizou o pagamento extra que deveria ser realizado pelos usuários, caso necessitassem de cuidados mais específicos (MÉDICI, 1992).

No ano de 1981 foi criado o CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. O Plano estabeleceu o pagamento através da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, modalidade de pagamento da internação hospitalar por “pacote”, extinguindo o pagamento por Unidade de Serviços. Criou o programa de valorização e integração dos serviços públicos de saúde e o programa de racionalização dos ambulatórios do INAMPS.

Em 1982, a Portaria 2.837/MPAS estabeleceu que a complementação não poderia ser superior aos valores da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). A cobrança de complementação, o aumento do número de leitos nas enfermarias e o superfaturamento de materiais e medicamentos foram mecanismos encontrados pelo setor privado para compensar a defasagem custos X remuneração dos serviços prestados. Estabeleceu-se assim a crise

do sistema previdenciário, com reflexos também para os hospitais universitários e de ensino (CARMO, 2006, p. 27).

O que percebemos aqui é justamente a forma como o governo operou para o aumento da inserção do setor privado na saúde. Ainda considerando o processo de crise econômica que o país estava enfrentando, era nítida a intenção do governo em manter a destinação de volumosas quantidades de recursos públicos para o setor privado. Este setor, ainda que não satisfeito com as medidas adotadas, utilizava de recursos que burlavam a legislação vigente, a fim de aumentar ainda mais a lucratividade sobre os procedimentos prestados ao Estado brasileiro. Agora, o complexo hospitalar privado, que cresceu às custas de grandes remessas de recursos públicos, passava a destinar as melhores instalações de seus serviços para a saúde supletiva (planos privados de saúde), delegando aos contratos e convênios realizados com o INAMPS, serviços com menor qualidade, enfermarias com serviços básicos, unidades de menor complexidade. Os serviços supletivos de saúde, fazendo-se valer da insatisfação da população com o INAMPS, expandiram e também passaram a receber recursos públicos, sejam direitos, através dos subsídios, ou indiretos, por isenções fiscais (NORONHA, 2001). Passando por intensa crise econômica, o governo busca soluções para os HU's:

Para Cunha, Santos e Coelho (1991), a reclassificação dos hospitais universitários ocorrida em 1984 e a criação do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) em 1985, que foi acrescido do Índice de Valorização do Desempenho na área de prestação de serviços-ensino em 1987, significaram, para os HU, alternativa de saneamento da crise pela qual vinham passando no período uma vez que a internação hospitalar tinha valores adicionais de até 130% de seu valor original (CARMO, 2006, p. 28).

O então modelo hegemônico médico assistencial privatista é percebido através de quatro subsistema, conforme Mendes (1991):

- 1) Estatal: conjunto de serviços mantidos diretamente pelo Estado.

- 2) Privado contratado-conveniêdo da previdência: serviços privados que possui contratos com o governo.
- 3) Atenção médica supletiva: planos privados de saúde;
- 4) Alta tecnologia: onde era acessível, mediante elevados custos, serviços de saúde com elevado uso de tecnologias.

Os HU's eram classificados como alta tecnologia, ainda que não fossem de interesse para intervenção do setor privado em saúde. Em 1989, é criada a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), que foi importante para, em conjunto com diversas outras associações de especialidades, reivindicar maior repasse de recursos junto ao INAMPS. Percebemos, aqui, o jogo de poderes em intensa guerra acontecendo. Ainda que num sistema desfavorável de reabertura democrática, com pouca possibilidade de diálogo e expansão de direitos, ações como estas foram importantes para manter o funcionamento de diversos HU's e expandir seus serviços, além de garantir maior número de pessoas atendidas nestes estabelecimentos, o que denota sua importância, haja vista a complexidade dos cuidados que são ofertados por estes estabelecimentos (MENDES, 1991).

Mas a crise econômica seguinte não favoreceu a manutenção dessa realidade. Os HU's perderam volumosos recursos por serem unidades das universidades que consomem grande parte de recursos destas. É somente com a Reforma Sanitária, que alcança seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e com o surgimento do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que depois dará lugar ao SUS) que ocorre maior democratização quanto à destinação de recursos e organização do modelo assistencial (LUCCHESI, 1996).

A evolução do movimento da Reforma Sanitária resultou na Constituição de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que saúde é direito de todos e dever do Estado. O SUS surgiu com os princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade, e princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização, Descentralização com comando único, e Participação Popular. O financiamento se daria com recursos da Seguridade Social, da União, Estados, Municípios e outras

fontes, com repasses fundo a fundo de saúde. O setor privado participaria do sistema em caráter complementar (CARMO, 2006, p. 29).

Fica assim estabelecido na lei 8080/90, artigo 45:

Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que esteja m vinculados. (BRASIL, 1990).

Os HU's, ainda que integrantes ao SUS, passam a gozar de autonomia administrativa. Isso acontece também por estarem submetidos às universidades federais, que, segundo a Constituição Federal de 1988, possuem também autonomia. Entretanto, deveria ocorrer o controle fiscal e social através das instancias deliberativas das universidades.

Ocorre a descentralização do processo de gestão em saúde através da municipalização. Os gestores municipais, a partir de então, possuem autonomia para celebrar acordos e convênios a fim de aumentar a universalidade do sistema. Além disso, cabem a eles realizarem a avaliação e fiscalização dos serviços privados e filantrópicos, principalmente aqueles que possuem convênios com o SUS. Haviam, então, três propostas, segundo Carmo (2006, p. 30), para a crise dos HU's:

Havia segmentos que defendiam a transferência desses para os gestores do SUS; havia os que defendiam a transformação dos hospitais em Organizações Sociais, cuja marca principal é a flexibilização de relações, especialmente relacionadas à gestão de recursos humanos e com o setor privado; e houve os que defenderam a privatização dos HUE, criando estruturas nesses para a prestação de serviços ao sistema suplementar.

Da mesma forma que vimos anteriormente, percebemos aqui a forma como as práticas neoliberais se tornam rizomáticas por dentro dos aparatos do SUS. Era necessário apontar os problemas presentes nos HU's, tendo como solução o processo de privatização, já que já sabemos que as OSS são modalidades de gestão privatizantes. A governamentalidade apresenta técnicas para operar as políticas de saúde e, sendo o HU fruto também de uma política pública, era necessário implementar ações que pudessem garantir o caráter neoliberal sobre ele. O HU continuaria existindo e mantendo serviço, mas com a finalidade de gerar lucratividade, então.

Para diminuir o impasse sobre a destinação de verbas para os HU's, foi proposto a gestão compartilhada entre universidades e gestores do SUS, a fim de garantir atividades docentes e assistenciais em diversas modalidades (hospitalar ambulatorial, domiciliar, com trabalhos comunitários, em equipes multidisciplinares) recuperando dimensão social e subjetiva da clínica em saúde. Essas ações visavam aumentar o vínculo com a comunidade, responsabilidade e ações pautadas na humanização do cuidado (CAMPOS, 1999). Contudo, isso não ocorreria.

A ABRAHUE, em conjunto com diversos reitores de universidades federais, fizeram mobilização para pressionar o congresso nacional a atentar para os HU's. Com pouca atenção dada, esta instituição passou a apontar a possibilidade de contratos de gestão entre os HU's e gestores do SUS como possibilidade de captar recursos financeiros. Entretanto, em 2004, o presidente da ABRAHUE, em discurso em conferência, aponta para a possibilidade dos HU's fazerem convênios com a saúde suplementar para, enfim, arrecadar recursos para manutenção de suas atividades. Além disso, seria uma possibilidade de fixar profissionais em regime de dedicação exclusiva (CARMO, 2006). Percebemos, novamente, através dessa prática, a defesa da privatização da saúde como única possibilidade de melhorar o processo de gestão e financiamento em saúde. A lógica para a privatização continua sendo a mesma: diminuição progressiva dos gastos, conseqüente desvalorização dos profissionais, para justificar a celebração de contratos com o setor privado, destinando recursos e insumos necessários para o funcionamento dos HU's a partir da nova gestão. Com relação à EBSERH, isso vem ocorrendo em todo o território nacional: o Ministério da Educação e da Saúde destinam recursos maiores para os HU's que estão sob a gestão da EBSERH, fortalecendo o setor privado na saúde.

Os HU's são indispensáveis para a formação de profissionais de saúde e prestação de serviços de alta complexidade com qualidade: Chioro (2004) relata que de 147 hospitais credenciados como de ensino ou universitários, 42 eram vinculados a instituições federais de ensino, 49 eram estaduais, 42 filantrópicos, e o restante, vinculado a municípios, Ministério da Saúde e setor privado. Todos estes possuem 10,3% do total de leitos cadastrados no país no ano relatado. 25% dos leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) estavam em HU's. 37,6% é o total de procedimentos de alta complexidade realizados por estes hospitais na rede do SUS. Se não todos, a grande maioria dos cursos de ensino superior em saúde possuem campos de estágios nestes locais, além de dispor de 22 mil vagas de residências médicas em todo o Brasil. Quanto à produção acadêmica, estima-se que até a data, tenham sido produzidas 2 mil teses e 4 mil dissertações. Fica denotado, então, a importância destes estabelecimentos de saúde para o SUS, para a manutenção da qualidade dos serviços, ao formar profissionais capacitados.

Na tentativa de dirimir essa realidade dos HU's, o Ministério da Educação e Ministério da Saúde lançam o REHUF (Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais) em 05 de julho de 2010, possuindo o diagnóstico de que há “necessidade de reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários Federais – HU's, integrados ao Sistema Único de Saúde – SUS”. Objetivam, então, modernizar a gestão destes hospitais, melhorando o processo de gestão, qualificando financeiramente a instituição e implementando a reestruturação físicas (BRASIL, 2010).

Em 2009, este mesmo diagnóstico mostra que os HU's possuem cerca de 5800 docentes e 72 mil estudantes em formação. O fator recursos humanos e o principal entrave apontado: existiam 1124 leitos desativados por falta de profissionais para operá-los. A necessidade emergencial seria de 5443 servidores em atuação (ANDES, 2009).

A maior parte das dívidas destes hospitais estão concentradas em ações trabalhistas: devido ao vínculo precário de trabalho celebrados através de fundações de apoio destas universidades. Em 2008, a dívida alcança a cifra de 3,65 bilhões de reais. Assim sendo, os hospitais universitários são uma intensa preocupação dos gestores e reitores ANDES, 2009; UNB, 2009). Daí a justificativa da inserção da EBSEH ser vista como plausível: o discurso de modernização da gestão, dinamização das forças de trabalho etc, são formas de desresponsabilização dos reitores, conseqüentemente, do governo, em relação a um problema grave de serviço de saúde. A EBSEH começa a ser vista como uma possibilidade real de

gestão, justificando, inclusive, desrespeitar as legislações em saúde (controle social no SUS, modo de gestão) para implementar a entrada do setor privado nestes importantes estabelecimentos de saúde.

4. ANÁLISE DAS SÉRIES DISCURSIVAS: A EBSEH COMO PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

Tanto em arqueologia como em genealogia suscitam um modo de investigação particular sobre os discursos. Essa forma de construir saberes se opõe à prática do comentário e das interpretações psicologizantes, por exemplo. Os conceitos que permeiam a análise que apresentaremos são de descontinuidade, ruptura e série discursiva. É aqui que corroboramos com Bert (2013) sobre o caráter descontínuo da história, rompendo com a história tradicional em que há uma linearidade, situações de causa e efeito, passíveis de explicação simplistas. Queremos dar lugar à história o lugar que ela pertence (rupturas e descontinuidades) e faremos isso também com a EBSEH ao dar prosseguimento às análises dos documentos que legitimam sua existência. Mostraremos então que a própria EBSEH é fruto dessa descontinuidade: ela nasce como fruto de um saber e uma prática (além de um poder) que há tempos já apareceram por diversas vezes na nossa história (como já foi demonstrado anteriormente).

Em *Arqueologia do saber*, Foucault nos mostra que o discurso é:

Elemento último indecomponível, suscetível de ser isolado em si mesmo e capaz de entrar em um jogo de relações com outros elementos semelhantes a ele; como um ponto sem superfície mas que pode ser demarcado em planos de repartição e em formas específicas de agrupamentos; como um grão que aparece na superfície de um tecido de que é o elemento constituinte; como um átomo do discurso (FOUCAULT, 1997, p. 90).

Foucault nos mostra, então, a possibilidade de mostrar os discursos em suas positivities, de outro modo dito, considerando suas condições espaciais e temporais para o seu aparecimento. Discursos, logo, só são possíveis de serem problematizados e lançados anátemas sobre eles se tivermos a habilidade genealógica de cercá-los com a realidade em que se inscreve. Objetivamos fazer isso nestes resultados de pesquisa.

Bert (2013) ressalta:

Os discursos são práticas sujeitas a regras particulares, entre elas, a regra de estarem sempre ligados a seu contexto de produção. Quais são, muito concretamente, as condições de aparição, de desenvolvimento e de desaparecimento dos discursos? Por que o conteúdo dos discursos varia em medida tão expressiva de acordo com as épocas? Por que, em uma mesma época, alguns conceitos, frases e noções entram e permanecem na memória e no dia a dia dos indivíduos, enquanto outros são rejeitados e silenciados? (p.181).

É para quebrar essa lógica de exclusão que possibilitamos o aparecimento dos discursos que contrapõem a EBSEH. Aqui se denota o caráter político e comprometido dessa pesquisa: a defesa do SUS e o aparecimento dos excluídos. Não é só uma questão de produzir saber sobre ou contra a EBSEH, mas é fazer justiça para os que foram amordaçados nesta guerra. OS discursos só são analisáveis sob um feixe de explicações que conectam instituições, economia e condições sociais, as formas de comportamento de uma sociedade, as normas, técnicas e formas de classificação adotados. Daí advém a necessidade de problematizarmos nosso objeto de estudo dentro de uma realidade histórica. Não queremos isolá-lo com a pretensa crença de melhor empreender análise: queremos deixá-lo justamente no lugar que pertence, mas ressaltando o que foi apagado na escrita dessa história e nos discursos que provocaram o apagamento de outros.

A organização dos discursos foi feita em séries discursivas (apresentado regularidades e aproximações dos discursos), a saber: a) modelo de gestão em saúde; b) privatização dos hospitais universitários; c) controle social em saúde; e d) controle sobre os profissionais. A análise se dará sobre a MP 520/2010 e a lei 12550/2011, as duas legislações que versam sobre a EBSEH. Em cada uma das séries discursivas, dividimos a análise em duas partes: uma sobre a MP 520/2010 e outra sobre a lei 12550/2011.

4.1 MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE

Já denotamos anteriormente que o modelo de gestão em saúde adotado pela EBSERH é baseado nas modalidades privadas, do setor privado. O modelo de gestão privilegiado por essas instituições é baseado na Administração Científica: alta produtividade, divisão e especialização do trabalho, garantindo alta lucratividade (DUTRA, 2009). Sendo assim, podemos perceber tais características na legislação MP 520/2010 logo no primeiro artigo:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública sob a forma de sociedade anônima, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSERH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

Logo de início já fica explícito que o modelo de gestão a ser adotado, apesar da empresa ser dita pública, será do direito privado. Dutra (2009) nos mostra que serviços privados, preocupados em elevar a lucratividade, preocupam-se com análises quantitativas, número de procedimentos realizados relacionado ao número de profissionais disponíveis para realizar o trabalho. A personalidade jurídica de “sociedade anônima – SA” mostra também o caráter privatizante da saúde. O governo, segundo Foucault (2010) opera táticas para, no neoliberalismo, facilitar a inserção da iniciativa privada, dando liberdade econômica, porém, sob intervenção estatal para favorecer o setor privado de saúde.

No parágrafo único do artigo 2º vemos:

Parágrafo único. A integralização do capital social será realizada com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem

como pela incorporação de qualquer espécie de bens suscetíveis de avaliação em dinheiro.

Bravo (2011) nos mostra que a EBSEH, tendo autonomia sobre a gestão de recursos humanos e materiais de que goza a partir dessa legislação, poderá realizar investimentos financeiros, compras de ações no mercado da saúde, para produzir acúmulo de finanças. Esta mesma forma de atuação é utilizada pelo setor privado da saúde: compram ações em diversos serviços, além de receberem financiamento de empresas privadas.

No inciso V do artigo 4º, sobre as competências da EBSEH, fica explicitado:

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

A EBSEH poderá realizar prestação de serviços mediante, claramente, a pagamentos pela sua disponibilidade. Estes serviços serão ofertados para HU's e congêneres. Entretanto, não fica explícito o que seriam tais "congêneres", o que abre margem para vendas de serviços da EBSEH, ainda que usando profissionais do serviço público (uma vez que estes poderão ser cedidos a EBSEH, como veremos a diante) e recursos materiais também advindos do SUS. É a forma mais simples de realizar a privatização, como denotado anteriormente: usar recursos públicos para produzir riqueza.

Na lei 12550/2011, apesar de sofrer algumas modificações a partir das manifestações dos movimentos sociais e instâncias de controle do SUS, o modelo de gestão em saúde continua a ser o mesmo (BRAVO, 2011). É o que percebemos a seguir: "§1º O estatuto social da EBSEH definirá a composição, as atribuições e o funcionamento dos órgãos referidos no caput". Estes órgãos referidos são aqueles que realizarão a administração do HU através da EBSEH. Ou seja, esta instituição terá forma organizativa própria, contrariando o defendido pela Reforma Sanitária e alcançado nas leis orgânicas 8080/90 e

8142/90, que denotam que a forma de administração deverá atender à prerrogativas delimitadas nestas legislações.

Dessa forma, percebemos que, quanto ao modelo de gestão, são utilizadas práticas que estão em conformidade com o setor privado em saúde. O serviço operará tendo a forma curativista biomédica como centro das ações. Ou seja, pautadas na doença e na figura do médico, um retorno nas políticas de saúde, muito utilizado no período da ditadura civil-militar.

4.2 PRIVATIZAÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Foucault (2010) nos mostra que o neoliberalismo é uma forma de governo de condutas que prioriza a docilização de corpos para manter a produtividade sempre elevada, gerando, cada vez mais, lucro. Para que isso ocorra de forma mais efetiva, é preciso privatizar os serviços de saúde, garantindo, assim, um modelo de gestão que priorize a realização de regime de trabalho com alta rotatividade e produtividade e com estabilidade empregatícia baixa (se compararmos re Regime Jurídico Único com a Consolidação das Leis Trabalhistas).

Na MP 520/2010, vemos que a EBSEH tem como competência:

II - prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;

É notória aqui a privatização, seguindo Sant’Helena (2013), dos hospitais universitários ao nos depararmos com o nível de independência que a EBSEH possui se considerarmos que os estabelecimentos de saúde, que atuam no SUS, devem atender uma série de prerrogativas legais para receber recursos, realizar/prestar serviços de saúde, entre

outros. É dada à EBSEH, além de uma quantidade elevada de recurso financeiro, grande mobilidade administrativa, funcionando autonomamente.

Art. 5o A EBSEH sujeitar-se-á ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários.

Talvez este seja o artigo que melhor apresenta o caráter privatizando dos HU's a partir da EBSEH: estas instituições possuem, ainda que realizando prestação de serviço público, uma vez que incorporarão o SUS, autonomia de empresas privadas, podendo estabelecer contrato de trabalho em consonância com a CLT. Dallari (2009) explicita que estas formas de gestão em saúde não funcionam em concordância com a Constituição Federal de 1988, uma vez que é explícita nesta as diferenciações entre o setor público e privado e cada uma de suas atribuições. A saúde pública deve ser ofertada e gerenciada pelo serviço público, não podendo ser atribuída a função a outrem.

Ainda na MP 520/2010, destacamos:

Art. 9o Constituem recursos da EBSEH:

I - 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;

II - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e

III - rendas provenientes de outras fontes.

A EBSEERH poderá realizar investimento e até mesmo alugueis de bens que foram cedidos pelo poder público, ou seja, se tratando de saúde, pelo SUS. Foucault (2008) nos mostra que, em nome da manutenção do funcionamento da maquinaria pública, sob o discurso de falência, ou mesmo, de ameaça à manutenção do governo, é possível suspender (golpe de Estado) as próprias funções do Estado. A EBSEERH possui justamente esse caráter: sob o discurso de mau funcionamento dos HU's, implementa-se uma forma de gestão privatizante frente à possível ameaça de perda de um serviço, favorecendo a construção de uma crença que, apesar das irregularidades, é aceitável que se faça essa violência contra o SUS.

Segue-se na análise:

Art. 16. A EBSEERH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. O patrocínio de que trata o caput poderá ser feito mediante adesão a entidade fechada de previdência privada já existente.

Mais uma vez denotando o caráter privatista, os profissionais de saúde serão regidos pela forma privada de previdência, sendo a EBSEERH a responsável por celebrar tal contratualização. Os profissionais, ainda que prestando um serviço público, atendendo usuários do SUS, estarão sob a regência privada em previdência, forma típica de atuação do setor privado.

Na lei 12550/2011, em seu artigo 1º, destaca que a EBSEERH terá “personalidade jurídica de direito privado”. Além disso, é mantida nessa legislação que as condições para prestação de serviços por parte da EBSEERH para outras instituições serão regidas por estatuto social próprio. Dessa forma, opera-se o serviço público em favor do capital privado, cedendo serviço de alta complexidade e de alto custo. Além disso, conforme o artigo 5º, “é dispensada a licitação para contratação da EBSEERH pela administração pública para realizar atividades

relacionadas ao seu objeto social”. March (2012) denota que, em se tratando de serviço público, há ilegalidade nessas ações, uma vez que processos de compra e cessão de serviços devem ocorrer por parâmetros definidos para controle da coisa pública, como o uso de processo licitatório.

Quanto às dotações orçamentárias, são mantidas as mesmas prerrogativas que na MP: a EBSEH continuará a poder realizar transações comerciais usando recursos cedidos pelo SUS. Além disso, as instituições de ensino cederão recursos necessários para a execução e pleno funcionamento da EBSEH, cedendo bens e mesmo direitos para a execução de sua política. O mesmo ocorre quanto à financiamento de entidade fechada de previdência privada (MARCH, 2012).

Não há como não percebermos as práticas privatizantes ocorrendo com a implementação da EBSEH. Desde sua forma de funcionamento, liberdade de comércio com recursos públicos e uso de modelo de gestão baseado na produtividade, dão à EBSEH a face da privatização da forma mais simples possível. É um ataque direto aos direitos conquistados pela Reforma Sanitária, a fim de manter a transparência da gestão dos serviços de saúde e manutenção da qualidade da assistência a ser prestada.

4.3 CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Sem dúvida alguma, esta série discursiva é a que mais apresenta facilidade para compreensão. Se já sabemos que a EBSEH utiliza de um sistema de gestão de caráter privatizante, a lei 8142/90, que versa sobre o controle fiscal em saúde, perderá qualquer efeito neste modelo de gestão de saúde. Percebemos isso tanto no artigo 10 da MP 502/2010 quanto no artigo 9º da lei 12550/2011:

Art. 10. A EBSEH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e por uma Diretoria Executiva, e contará ainda com um Conselho Fiscal.

§ 1º O estatuto social da EBSEH definirá a composição, as atribuições e o funcionamento dos seus órgãos societários.

Art. 9º A EBSEH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e por uma Diretoria Executiva e contará ainda com um Conselho Fiscal e um Conselho Consultivo.

§1º O estatuto social da EBSEH definirá a composição, as atribuições e o funcionamento dos órgãos referidos no caput.

A lei 8142/90 é bastante clara quanto ao controle social no SUS: ele deverá ser realizado de forma direta e deliberativa, ou seja, o controle deve ser realizado à revelia do modelo de gestão adotado. Entretanto, a EBSEH é autônoma para estabelecer como se dará a participação do controle social previsto no SUS, que terá caráter consultivo, contrariando tanto o processo de construção da Reforma Sanitária, quanto o que fica consolidado enquanto controle social. Fleury, Bahia e Amarante (2008) destacam que o controle social no SUS foi uma das principais conquistas alcançadas, uma vez que garantia o funcionamento dos serviços pelo controle direto da população sobre os gestores e execução das políticas. Isso não ocorre com a EBSEH. Gozando dessa autonomia, a EBSEH não respeita as leis orgânicas do SUS e desresponsabiliza o Estado perante uma política social importante para a população.

4.4 CONTROLE SOBRE OS PROFISSIONAIS

Lima (2013) destaca que a EBSEH possui grande repercussão sobre a estabilidade empregatícia dos profissionais da saúde. O objetivo está em conformidade com o Consenso de Washington: desregulamentar as leis trabalhistas para facilitar o processo de exploração de mão-de-obra. Submetidos a regimes de trabalhos que não garantem uma série de direitos, como no Regime Jurídico Único, o profissional é absorvido por uma lógica de trabalho que não favorece a manutenção de sua própria saúde. E a organização da governamentalidade para executar técnicas de controle dos corpos para o trabalho. Além

disso, como descrito na MP 520/2010, profissionais servidores públicos podem ser cedidos à EBSEH e passando a trabalhar conforme o novo regime de trabalho:

Art. 8o Na hipótese de que trata o art. 7o, os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênere que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas.

E segue no artigo 11º:

Art. 11. O regime de pessoal permanente da EBSEH será o da Consolidação das Leis do Trabalho e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração.

Ainda que sob o discurso de realizar concurso público para os cargos na EBSEH, os profissionais de saúde serão regidos por CLT, ou seja, atuando como iniciativa privada. De forma que é incoerente o discurso do governo ao dizer que a EBSEH é uma instituição pública. Se assim o fosse, não estariam os profissionais aprovados em concursos públicos da EBSEH submetidos a essa forma de contratualização de trabalho (MARCH, 2012).

A intencionalidade em atender às prerrogativas do neoliberalismo, consagradas no Consenso de Washington, é tão denotada, que, quanto à contratação de mão-de-obra em saúde (leia-se: desregulamentação das leis trabalhistas) é o único discurso que não sofre qualquer modificação, se compararmos as duas legislações em análise. O governo desenvolve técnicas

de gestão que contradizem a sua própria existência e funções determinadas legalmente, para poder proporcionar a entrada do setor privado.

Percebemos, assim, que a EBSEH assumirá um serviço público que terá que funcionar em regime de serviço privado. Para os profissionais da saúde, isso representa uma coisa: o aumento da espoliação de sua força de trabalho, acarretando adoecimento e rotatividade de serviço, já que não há estabilidade garantida no trabalho. Isso já vem acontecendo, por exemplo com os serviços de saúde geridos por OSS. Como os empregados não possuem vínculo com o serviço público, estão submetidos a esta instituição que opera na lógica da Administração Científica, podendo gozar de autonomia de gestão e realizar serviços que alcancem as metas estabelecidas e com os recursos que são repassados sem atrasos para estas. Comparativamente, os serviços que são geridos diretamente pelo governo possuem realidade bastante precária, o que denota todas as facilidades para estas modalidades de gestão funcionarem (BORGES, 2012).

Tivemos como objetivo geral desta pesquisa problematizar, utilizando o método histórico-genealógico de Foucault, as práticas de inserção da EBSEH, a partir de 2010, como modalidade de gestão dos HU's. Para alcançar este objetivo, desenvolvemos dois objetivos específicos, a saber: 1) descrever o processo de emergência histórica da EBSEH como modalidade de gestão em saúde; e 2) problematizar as contradições da implantação da EBSEH, a partir de 2010, levando em consideração a legislação do SUS.

Consideramos que estes objetivos foram alcançados. Foi realizado um estudo histórico da emergência da EBSEH, considerando-a como uma modalidade de gestão que atua em consonância com os preceitos do Consenso de Washington, implantando, nos hospitais universitários, uma modalidade de gestão baseada no empresariamento da saúde, ou seja, adotando formas de gerir o processo de saúde semelhante ao sistema privado. Além disso, o levantamento histórico do nascimento dos hospitais universitários foi importante para problematizarmos a inserção da EBSEH nos HU's. As contradições da EBSEH com a legislação do SUS foram explanadas a fim de denotar a incompatibilidade do modelo de gestão com o preconizado pelo SUS, para tanto, recorreremos à Reforma Sanitária, importante momento da história política do Brasil, e o processo de implantação do SUS, denotando esta disparidade no que concerne ao gerenciamento do sistema.

Quanto ao objetivo geral, não descartando a necessidade de desenvolvimento de mais pesquisas nesse âmbito, consideramos termos alcançado-o. Utilizando o método escolhido, problematizamos as práticas que vem sendo empreendidas para a implantação da EBSEH nos hospitais universitários, denotando as principais ressonâncias desta modalidade de gestão, dando voz aos discursos vencidos neste percurso histórico, ou seja, os apagados (representantes de entidades, movimentos sociais em saúde). Consideramos, então, nossa pergunta respondida, uma vez que os discursos e principais impactos da EBSEH sobre os HU's foram problematizados nesta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa teve por objetivo problematizar, através do método histórico-genealógico de Michel Foucault, as práticas de inserção da EBSEH, a partir de 2010, como modalidade de gestão dos hospitais universitários. Tivemos o intuito de dar visibilidade aos discursos que foram apagados durante esse processo de disputa intensa que se deu ao longo da construção e implantação da EBSEH (que ainda está se desenvolvendo em vários HU's Brasil afora). Para tanto, realizamos uma descrição do processo de emergência da EBSEH como modalidade de gestão em saúde, que atua em consonância com o que foi delimitado no Consenso de Washington; e apontamos as contradições desta forma de gerir a saúde com a legislação do SUS, mais especificamente, as leis 8080/90 e 8142/90.

Dar visibilidade, voz, aos discursos que foram apagados durante esse embate, é uma forma de garantir a contraditoriedade. Além disso, é mostrar que a história não pode ser construída somente com a versão dos que foram vencedores. Isso é uma postura política frente à uma tentativa de hegemonia, a uma forma de atuação de um governo que não atua de acordo com o pensamento que o fundamenta, que o faz surgir enquanto entidade que desenvolve políticas públicas para ampliar o bem-estar e direitos das pessoas. É por isso que este trabalho possui uma função política bastante importante, que denota nosso lado da história: estamos ao lado do povo, em defesa dos direitos humanos e, dentre estes, o direito à saúde pública, gratuita e de qualidade.

Muitas foram as dificuldades encontradas para o desenvolvimento desta pesquisa. A escassez de material sobre EBSEH é uma das principais. São poucas, ainda, as pesquisas que estão sendo desenvolvidas sobre essa nova forma de gestão em saúde. É importante destacar que temos muitas pesquisas debatendo a privatização da saúde. Entretanto, atentar para as especificidades de cada modelo de gestão privatizante vigente, é uma forma de combate e de nos municiarmos nesta guerra. Além disso, as legislações específicas de cada HU onde a EBSEH tem se instalado (regimento próprio) são pouco acessíveis, ou seja, dificultando a análise de funcionamento da EBSEH em cada uma dessas realidades. Há intencionalidade, consideramos, em escamotear esses documentos para, assim, diminuir a possibilidade de refutação.

Porém, não podemos deixar de ressaltar as contribuições vindas dos movimentos populares e sindicais em saúde. Através de artigos, documentos e manifestos, pudemos desenvolver, com maior criticidade, muitas de nossas análises, assim, dando voz a estes discursos e possibilitando troca de saberes. Aqui ratificamos nosso compromisso em, cada vez mais, desenvolver saber para a fundamentação da atuação política dos movimentos sociais. Nossa produção é inseparável da atuação política cotidiana com esses movimentos. Por isso, participamos intensamente dos espaços de debates e construções coletivas, fortalecendo laços e construindo saberes.

Essa pesquisa contribui fortemente para a problematização das novas modalidades de gestão em saúde que vem sendo aplicadas, dentre estas, a EBSERH. Estas ações vem diminuindo a participação e responsabilização do Estado perante à seguridade social. Não somente na saúde, mas na educação, previdência social e estabilidade empregatícia, vemos ações do próprio governo para diminuir direitos. Acreditamos que, assim, realizamos uma importante contribuição, principalmente para os movimentos sociais, uma vez que, com frequência, os defensores da privatização se municiam de discursos técnicos para defender suas posições. Dessa forma, analisar estes mesmo discursos e fazer com que os movimentos reconheçam a genealogia destes, é uma forma importante de atuação política e enfrentamento, guerra.

Nossa posição é muito clara frente a tudo isto: somos radicalmente contra a privatização do SUS. Este importante sistema é indispensável para a população brasileira. É fruto de uma intensa luta popular para buscar universalidade da assistência, se utilizando de práticas de cuidado que objetivem diminuir a dependência das pessoas perante os serviços de saúde. Logo, sua tarefa também é de promover cidadania e corresponsabilidade.

Para a formação em Psicologia, há uma grande contribuição: ampliar nossos saberes em torno de práticas de gestão que diminuam o acesso da população à saúde e, pensando enquanto profissional que cuida, garantir a seguridade de emprego com aparato suficiente para desenvolver nossas atividades, coadunado com o bem-estar indispensável para os profissionais no ambiente de trabalho, adotando formas de gerir o serviço cada vez mais coletivizados e participativos, pautados num ideal de democracia.

Não foram poucos aqueles que se colocaram contra o desenvolvimento desta pesquisa. Pautando-se em perspectivas da Psicologia individualizantes e estreitas, muitos

disseram que isso não é fazer Psicologia, que não de responsabilidade da Psicologia pensar sobre essa realidade. Entretanto, adotamos, aqui, uma visão mais ampliada da Psicologia: uma Psicologia Política. Pautados em nosso método e referencial teórico, pudemos desenvolver uma problematização sobre um modelo de gestão que influencia diretamente sobre as práticas de cuidado de todos os profissionais da saúde. Ora, isso não preocupação da Psicologia? Não é importante para a Psicologia pensar sobre como a gestão da saúde influencia nas práticas de cuidado. Talvez devêssemos repensar nossas formas de atuação e reconectá-las aos serviços de saúde, aos locais de acompanhamento e cuidado, desenvolvendo, assim, uma Psicologia mais próxima do povo.

Entretanto, não pensamos que esta pesquisa está finalizada. Muito menos tal debate, uma vez que pouco houve dentre a sociedade civil. Há necessidade de avançarmos ainda mais em estudos que apontem sobre outras necessidades, lacunas que porventura aqui ficaram. Temos que pensar sobre as ressonâncias dessas modalidades de gestão sobre a saúde do profissional da saúde. Muito nos é cobrado para desenvolver práticas de saúde pautadas na humanização. Entretanto, quem cuida do profissional quando este necessita dos mesmos cuidados que realiza? Estas modalidades de gestão, conforme os apontamentos feitos, não são possíveis de desenvolver ainda mais processos de adoecimento deste profissional, uma vez que seu trabalho vai estar pautado na produtividade quantitativa, e não qualitativa? Será que não estamos, em nome da manutenção de índices, gráficos, sacrificando diversos profissionais que poderiam desenvolver práticas de cuidado mais qualificadas caso atuassem em outro modelo de gestão? Além disso, é preciso pesquisar ainda mais sobre os impactos destes modelos de gestão sobre o próprio usuário do SUS, sobre seus processos de subjetivação. E também pesquisar ainda mais sobre as perdas de direitos que se tem com a implantação da EBSERH, como a perda do controle social e da autonomia universitária. São alguns apontamentos para pesquisas futuras.

No mais, consideramos esta pesquisa como grande validade frente ao momento político que nosso país vive. Com escândalos diários de corrupção, desvios de recursos da saúde, e até mesmo desvio de recursos para merenda escolar, além do avanço do conservadorismo apoiado num discurso altamente fascista, há uma necessidade imediata de repensarmos nossas formas de socialização e de governo do povo. O capitalismo, em sua fase neoliberal, tem aumentado seu poder de exploração sobre os trabalhadores, gerando maior sofrimento e espoliação da classe. Foucault é mais do que indispensável nesse processo. Suas

análises sempre apontavam para a necessidade de tomarmos um lado nessa conjuntura e combatermos todas as formas de diminuição de direitos e desvalorização do outro. Para isso, temos que cada vez mais ampliar nossas linhas de comunicação, nossos diálogos e buscar unidade com aqueles e aquelas que estão cotidianamente nas diversas lutas sociais, com a finalidade de justarmos forças, em torno de um conjunto de ideias para modificação da realidade. Pois já sabemos que da forma como nos encontramos, não podemos continuar. Movimentos sociais, intelectuais, partidos políticos, organizações de esquerda, devem buscar unidade nesse momento de grande impasse. É imperativo que foquemos mais em nossas convergências do que em nossas diferenças para, assim, construirmos a possibilidade de um futuro mais fraterno e justo.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC, Lula)**. 2 ed. Campinas: Autores associados, 2005.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. (orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Riode Janeiro: Cebes, 2011.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. **Fundação estatal não fortalece o SUS**. Disponível em: <<http://www.cntsscut.org.br/download/funcacao-estatal-batista.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2009.

BERT, J. **Pensar com Michel Foucault**. São Paulo: Parábola, 2013.

BORGES, F. (Org.). **Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2012.

BRANCO, G. C. **Michel Foucault: filosofia e biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Capítulo II. Art. 196 a 200. Texto constitucional de 05 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

_____. **Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011**. Casa Civil. 2011.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recup eração da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília. Presidência da República, 1990.

_____. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação Estatal; metas, gestão profissional e direitos preservados / Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAVO, M. I. S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 185-193, jan./mar. 2011.

CALDAS JÚNIOR, A. L. **Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização**. Associação Profissional dos docentes da UFMG, Belo Horizonte, nº 18, p. 95 -110, dez de 1999.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, p.187-193, jan-mar de 1999.

CANABRAVA FILHO, Paulo. **América Latina pós Consenso de Washington: Compendo uma nova Cultura**. Disponível em: <<http://www.novasociedade.com.br/conjuntura/arquivos/conjuntura03.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

CARDOSO JÚNIOR, H. R.; LEMOS, F. C. S. (orgs.). **Foucault e Deleuze/Guatarri: corpos, instituições e subjetividades**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2011.

CARMO, Maria do. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG-1996 a 2004**. Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

CHIORO, A. **Boletim da ABEM** set/out 2004. Arquivo eletrônico, 147.

CLEMENTE, B. T. **Cronologia histórica dos hospitais universitários**. Salvador, 1998.

COLOSSI, N. Estudo da função extensionista e assistencial do HU/UFSC . Florianópolis: Insular, 1998. In: PEREIRA, Márcia dos Santos. **Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário**. Belo Horizonte: Coleção Estado da Arte. Série FACE-FUMEC, 2004. 166 p.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Fundações estatais: proposta polêmica. In: **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 10, n. 1, jul. 2009 . Disponível em . Acesso em: 31 jan. 2013.

DANNER, L., F. O caso da sociedade civil e de seus movimentos: sobre a perda de efetividade da cidadania política nas democracias ocidentais. **Philosophos - Revista de Filosofia** 15 (2):103-127. 2010.

DELEUZE, G. **Bergsonismo**. São Paulo: editora 34, 2012.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia 1**. São Paulo: editora 34, 2011.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquias, terceirização e outras formas**. 4ª edição, São Paulo: Atlas, 2003.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2013.

DUTRA, J.S.; FISHER, A.L.; AMORIN, W.A. C. (Org.). **Gestão de Pessoas: desafios estratégicos das organizações contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2009.

FAÉ, R. A Genealogia em Foucault. **Psicologia e Estudos**, Vol. 9, nº 3, Maringá, Setembro-Dezembro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000300009>. Acesso em: 15 out. 2013.

FAUSTO, B. **História Concisa do Brasil**. 2 ed. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2014.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):743-752, 2009

FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate**: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

FOUCAULT, M. **A coragem da verdade**: o governo de si e dos outros II: curso no Collège de France (1983-1984). São Paulo: editora WMF Martins Fontes, 2011.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: edições Loyola, 2014.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2005.

_____. **Ditos e escritos, volume IV**: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2012.

_____. **Ditos e escritos, volume VI**: repensar a política. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2013.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2 ed. São Paulo: editora WMF Martins Fontes, 2010.

_____. **História da Sexualidade 1**: a vontade de saber. 2ª Ed. São Paulo: Paz e terra, 2015.

_____. **Microfísica do poder**. Org. e Trad.: Roberto Machado. 27ª.Ed. São Paulo: Graal, 2013.

_____. **O governo de si e dos outros**: curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: editora WMF Martins Fontes, 2010.

_____. **O nascimento da biopolítica**. Lisboa: edições 70, 2010.

_____. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GALVÃO, A. *et al.* (orgs.). **Capitalismo**: crises e resistências. São Paulo: outras expressões, 2012.

GOMEZ, C. M. (org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro, editora FIOCRUZ, 2011.

GRANEMANN, Sara. **Fundações Estatais**: um projeto de Estado do Capital. Disponível em: <<http://www.fasubra.org.br/siteAsp/download/CED-0005.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2009.

GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. **Método Qualitativo**: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004.

LE GOFF, J. **História e Memória**. Editora UNICAMP, Campinas, 1990.

LEMOS, F. C. S. & CARDOSO JR., H. R. A Genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia e Sociedade**, vol. 21, p. 353-357, nº 3. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a08v21n3.pdf>>. Acesso em 15 out. 2013.

LEMOS, F. C. S. *et al.* **Psicologia, educação, saúde e sociedade: transversalizando**. Curitiba: CRV, 2015.

LEMOS, F. C. S. *et al.* **Tranversalizando no ensino, na pesquisa e na extensão**. Curitiba: CRV, 2012.

LEMOS, F. C. S. **O controle da vida: práticas de conselheiros tutelares**. Curitiba: Appris, 2015.

LEMOS, F. *et al.* "A Análise Documental como Instrumento Estratégico para Michel Foucault". In: **Itinerários de Pesquisa em Psicologia**. PIMENTAL, A.; RODRIGUES, M.; NICOLAU, R. F.; LEMOS, F. C. S. (Orgs.). Belém: Amazônia Editora, 2010.

LIMA, B. J. M.; LIMA, A. M. **As Fundações Estatais de Direito Privado e seus reflexos sobre o mundo do trabalho do Enfermeiro**; orientadora: Elizabeth Lucena Rodrigues. Trabalho de Conclusão de Curso. UEPA. 2010.

LIMA, Bruno Jáy Mercês de. **A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e suas ressonâncias sobre os hospitais universitários: uma análise documental histórico-genealógica sobre a lei 12.550/2011**. Universidade Federal do Pará. Belém, 2013. Orientador: Prof^a. Dr^a. Flávia Cristina Silveira Lemos.

LOBO, L., PRADO FILHO, K. & LEMOS, F. C. S. **Alguns Aspectos da Pesquisa Documental nos Estudos Históricos de Michel Foucault**.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1995.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)**, Brasília, v. 14, p. 75-156, 1996.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MARCH, C. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Universidade e Sociedade**. n. 49. DF. jan. 2012.

MÉDICI, André Cezar. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco interamericano de Desenvolvimento, Washington, D.C. **Revista Ass MED**, v. 47, n ° 2, p.149-56, 2001.

- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: ____ **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80**. Brasília, nov. 1991. p 19-91.
- MENICUCCI, T. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2007.
- MOREIRA, A. C. G.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F. (orgs.). **Cuidado e saúde**: práticas e sentidos em construção. Belém: Paka-tatu, 2014.
- MOTAÑO, C. (org.). **O canto da sereia**: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. São Paulo: Cortez, 2014.
- NAIM, Moisés. **Ascensão e Queda do Consenso de Washington**: O Consenso de Washington ou a Confusão de Washington? In: Revista Brasileira de Comércio Exterior. Disponível em: <<http://www.funccex.com.br/bases/64-Consenso%20de%20Wash-MN.PDF>>. Acesso em: 22 abr. 2010.
- NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. **O avesso do trabalho III**: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras expressões, 2013.
- NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, nº 2, p.445-450, 2001.
- OLIVEIRA, G.; SCNHEIDER, T. C. **A compatibilidade dos princípios e modelo de estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Filosofia / Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2014.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (ORGS.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- PAULON, S. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.
- PIMENTEL, A.; LEMOS, F.; SOUZA, M.; NICOLAU, R. (orgs.). **Itinerários de pesquisas em psicologia**. Belém: Amazônia editora, 2010.
- PINSKY, C. (org.). **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2014.
- PINTO, C. M. B. **O processo de privatização e desestatização do Estado brasileiro**. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=12228>>. Acesso em: 21 de dezembro de 2015.
- REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. Modelos de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; [et al.] (Org.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro, 2007, p. 26-42.
- RIBEIRO, H. P. **O hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.

- SANT'HELENA, M.M. et al. **Da Reforma Sanitária às Privatizações: discutindo a saúde pública brasileira**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, 2013.
- SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Companhia das letras, 2015.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (ANDES-SN) – **Notícias**. Disponível <<http://www.andes.org.br> > Acesso em: 21 setembro. 2009.
- SOUZA, M. R.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F. (orgs.). **Psicologia: políticas, formação, profissão e pesquisa**. Belém: Para-Tatu, 2012.
- UNB **Agência**. Disponível em <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/cpmod.php>>. Acesso em: 10/12/ 2009.
- VEYNE, P. **Como se escreve a história**. Trad. Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. 4. ed. Brasília: UnB, 1998.
- ZAMBENEDETTI, G. & Silva, R. A. N. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. In: **Psicologia & Sociedade**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 3, p. 454-463, jul. 2011.

ANEXOS

Anexo A – Lei nº 8.080/1990



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 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.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. [\(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013\)](#)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

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

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o [inciso I do art. 198 da Constituição Federal](#), sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. [\(Vide Decreto nº 1.651, de 1995\)](#)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
[\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), com o qual funcionará em perfeita integração. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
[\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO,
PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO
[\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. [\(Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013\)](#)

Art. 19-L. [\(VETADO\)](#) [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

CAPÍTULO VIII

[\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE”

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante

indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

II - [\(VETADO\)](#); [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

§ 2º [\(VETADO\)](#). [\(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011\)](#)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: [\(Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

IV - demais casos previstos em legislação específica. [\(Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015\)](#)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

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.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal,

além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. [\(Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012\)](#) [\(Vide Lei nº 8.142, de 1990\)](#)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas ([Código Penal, art. 315](#)) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. ([Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015](#))

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a [Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954](#), a [Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975](#), e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO

COLLOR

Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

Anexo B – Lei 8142/90

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

[Vide Lei nº 8.689, de 1993](#)

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

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

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#).

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. ([Vide Lei nº 8.080, de 1990](#))

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o [Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990](#);

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o [§ 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#);

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO

Alceni Guerra

COLLOR

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 31.12.1990

Anexo C – Medida provisória 520/2010**MEDIDA PROVISÓRIA Nº 520, DE 31 DE DEZEMBRO DE 2010.**

Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública sob a forma de sociedade anônima, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

§ 1º A EBSEH terá sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e poderá manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da Federação.

§ 2º Fica a EBSEH autorizada a criar subsidiárias de âmbito regional para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social.

Art. 2º A EBSEH terá seu capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralmente sob a propriedade da União.

Parágrafo único. A integralização do capital social será realizada com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens suscetíveis de avaliação em dinheiro.

Art. 3º A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, assim como a prestação, às instituições federais de ensino ou instituições congêneres, de serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

Parágrafo único. As atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial de que trata o caput inserir-se-ão integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 4o Compete à EBSEH:

I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS;

II - prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;

III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação da residência média multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS;

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

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

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social.

Art. 5o A EBSEH sujeitar-se-á ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários.

Art. 6o É dispensada a licitação para a contratação da EBSEH pela administração pública, para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social.

Art. 7o A EBSEH poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato com as instituições federais de ensino ou instituições congêneres.

§ 1o O contrato de que trata o caput estabelecerá, entre outras:

I - as obrigações dos signatários;

II - as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados pelas partes; e

III - a respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critério e parâmetros a serem aplicados.

§ 2o Ato do Ministro de Estado supervisor da entidade contratante e do Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão aprovará a minuta do contrato a ser firmado, em cada caso, ao qual deverá ser dada ampla divulgação por intermédio dos sítios da EBSEH e da entidade contratante na internet.

§ 3o O órgão supervisor da entidade contratante participará, como interveniente, nos contratos de que trata este artigo.

Art. 8o Na hipótese de que trata o art. 7o, os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênere que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas.

§ 1o Ficam assegurados aos servidores referidos no caput os direitos e vantagens a que façam jus no órgão ou entidade de origem.

§ 2o A cessão de que trata o caput ocorrerá com ônus para o cessionário.

Art. 9o Constituem recursos da EBSEH:

I - 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;

II - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e

III - rendas provenientes de outras fontes.

Art. 10. A EBSEERH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e por uma Diretoria Executiva, e contará ainda com um Conselho Fiscal.

§ 1o O estatuto social da EBSEERH definirá a composição, as atribuições e o funcionamento dos seus órgãos societários.

§ 2o Ato do Poder Executivo aprovará o estatuto da EBSEERH.

Art. 11. O regime de pessoal permanente da EBSEERH será o da Consolidação das Leis do Trabalho e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração.

Parágrafo único. Os editais de concursos públicos para o preenchimento de emprego no âmbito da EBSEERH poderão estabelecer, como título, o cômputo do tempo de exercício em atividades correlatas às atribuições do respectivo emprego, inclusive em entidades privadas.

Art. 12. Fica a EBSEERH, para fins de implantação, autorizada a contratar, através de processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado.

§ 1o A celebração de contratos temporários de emprego para fins de implantação da EBSEERH só poderá ocorrer durante os primeiros cento e oitenta dias contados da sua constituição.

§ 2o Os contratos temporários de emprego de que trata o caput poderão ser prorrogados uma única vez, desde que a soma dos dois períodos não ultrapasse dois anos.

§ 3o A contratação mediante o processo seletivo simplificado de que trata o caput poderá ser feita mediante análise de currículo, observados os quantitativos aprovados pelos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Educação.

Art. 13. A EBSEERH poderá celebrar contratos temporários de emprego com base nas alíneas “a” e “b” do § 2o do art. 443 da Consolidação das Leis do Trabalho, mediante processo seletivo simplificado, observado o prazo máximo de duração estabelecido no seu art. 445.

Art. 14. Ficam as instituições federais de ensino autorizadas a ceder à EBSEH, no âmbito do contrato de que trata o art. 7º, bens móveis e imóveis necessários à sua execução.

Art. 15. A EBSEH e suas subsidiárias sujeitar-se-ão à fiscalização dos órgãos de controle interno e externo da União.

Art. 16. A EBSEH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. O patrocínio de que trata o caput poderá ser feito mediante adesão a entidade fechada de previdência privada já existente.

Art. 17. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de dezembro de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Fernando Haddad

Paulo Bernardo Silva

Este texto não substitui o publicado no DOU de 31.12.2010 - Edição extra de nº

251-A

Anexo D – Lei 12.550/2011**Presidência da República****Casa Civil****Subchefia para Assuntos Jurídicos****LEI Nº 12.550, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2011**

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

APRESIDENTADAREPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 5º do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

§1º A EBSEH terá sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e poderá manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da Federação.

§2º Fica a EBSEH autorizada a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social, com as mesmas características estabelecidas no caput deste artigo, aplicando-se a essas subsidiárias o disposto nos arts. 2º a 8º, no caput e nos §§ 1º, 4º e 5º do art. 9º e, ainda, nos arts. 10 a 15 desta Lei.

Art. 2º A EBSEH terá seu capital social integralmente sob a propriedade da União.

Parágrafo único. A integralização do capital social será realizada com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro.

Art. 3º A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.

§1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

§2º No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a EBSEH observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

§3º É assegurado à EBSEH o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde, na forma estabelecida pelo art. 32 da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, observados os valores de referência estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 4º Compete à EBSEH:

I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;

II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;

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

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

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

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social.

Art. 5º É dispensada a licitação para a contratação da EBSEH pela administração pública para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social.

Art. 6º A EBSEH, respeitado o princípio da autonomia universitária, poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato com as instituições federais de ensino ou instituições congêneres.

§1º O contrato de que trata o caput estabelecerá, entre outras:

I - as obrigações dos signatários;

II - as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados pelas partes;

III - a respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critérios e parâmetros a serem aplicados; e

IV - a previsão de que a avaliação de resultados obtidos, no cumprimento de metas de desempenho e observância de prazos pelas unidades da EBSEH, será usada para o aprimoramento de pessoal e melhorias estratégicas na atuação perante a população e as instituições federais de ensino ou instituições congêneres, visando ao melhor aproveitamento dos recursos destinados à EBSEH.

§2º Ao contrato firmado será dada ampla divulgação por intermédio dos sítios da EBSEH e da entidade contratante na internet.

§3º Consideram-se instituições congêneres, para efeitos desta Lei, as instituições públicas que desenvolvam atividades de ensino e de pesquisa na área da saúde e que prestem serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 7º No âmbito dos contratos previstos no art. 6º, os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênere que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas.

§1º Ficam assegurados aos servidores referidos no caput os direitos e as vantagens a que façam jus no órgão ou entidade de origem.

§2º A cessão de que trata o caput ocorrerá com ônus para o cessionário.

Art. 8º Constituem recursos da EBSEH:

I - recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União;

II - as receitas decorrentes:

a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;

b) da alienação de bens e direitos;

c) das aplicações financeiras que realizar;

d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e

e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais;

III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e

IV - rendas provenientes de outras fontes.

Parágrafo único. O lucro líquido da EBSEH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência.

Art. 9º A EBSEH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e por uma Diretoria Executiva e contará ainda com um Conselho Fiscal e um Conselho Consultivo.

§1º O estatuto social da EBSEH definirá a composição, as atribuições e o funcionamento dos órgãos referidos no caput.

§2º (VETADO).

§3º (VETADO).

§4º A atuação de membros da sociedade civil no Conselho Consultivo não será remunerada e será considerada como função relevante.

§5º Ato do Poder Executivo aprovará o estatuto da EBSEH.

Art. 10. O regime de pessoal permanente da EBSEH será o da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração.

Parágrafo único. Os editais de concursos públicos para o preenchimento de emprego no âmbito da EBSEH poderão estabelecer, como título, o cômputo do tempo de exercício em atividades correlatas às atribuições do respectivo emprego.

Art. 11. Fica a EBSEH, para fins de sua implantação, autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado.

§1º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput somente poderão ser celebrados durante os 2 (dois) anos subsequentes à constituição da EBSEH e, quando destinados ao cumprimento de contrato celebrado nos termos do art. 6º, nos primeiros 180 (cento e oitenta) dias de vigência dele.

§2º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput poderão ser prorrogados uma única vez, desde que a soma dos 2 (dois) períodos não ultrapasse 5 (cinco) anos.

Art. 12. A EBSEERH poderá celebrar contratos temporários de emprego com base nas alíneas a e b do §2º do art. 443 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, mediante processo seletivo simplificado, observado o prazo máximo de duração estabelecido no seu art. 445.

Art. 13. Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres autorizadas a ceder à EBSEERH, no âmbito e durante a vigência do contrato de que trata o art. 6º, bens e direitos necessários à sua execução.

Parágrafo único. Ao término do contrato, os bens serão devolvidos à instituição cedente.

Art. 14. A EBSEERH e suas subsidiárias estarão sujeitas à fiscalização dos órgãos de controle interno do Poder Executivo e ao controle externo exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União.

Art. 15. A EBSEERH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. O patrocínio de que trata o caput poderá ser feito mediante adesão a entidade fechada de previdência privada já existente.

Art. 16. A partir da assinatura do contrato entre a EBSEERH e a instituição de ensino superior, a EBSEERH disporá de prazo de até 1 (um) ano para reativação de leitos e serviço inativos por falta de pessoal.

Art. 17. Os Estados poderão autorizar a criação de empresas públicas de serviços hospitalares.

Art. 18. O art. 47 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso V:

"Art. 47.

.....

V - proibição de inscrever-se em concurso, avaliação ou exame públicos." (NR)

Art. 19. O Título X da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo V:

"CAPÍTULO V

DAS FRAUDES EM CERTAMES DE INTERESSE PÚBLICO

Fraudes em certames de interesse público

'Art. 311-A. Utilizar ou divulgar, indevidamente, com o fim de beneficiar a si ou a outrem, ou de comprometer a credibilidade do certame, conteúdo sigiloso de:

I - concurso público;

II - avaliação ou exame públicos;

III - processo seletivo para ingresso no ensino superior; ou

IV - exame ou processo seletivo previstos em lei:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

§1º Nas mesmas penas incorre quem permite ou facilita, por qualquer meio, o acesso de pessoas não autorizadas às informações mencionadas no caput.

§2º Se da ação ou omissão resulta dano à administração pública:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa.

§3º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se o fato é cometido por funcionário público.' (NR)"

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de dezembro de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

Fernando Haddad

Alexandre Rocha Santos Padilha

Miriam Belchior

Este texto não substitui o publicado no DOU de 14.12.2011