

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado

Brazilian Hospital Services Company: Inconsistencies in Light of State Reform

Maria de Fatima Siliansky de Andreazzi¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Hospitais de Ensino;
- Privatização;
- Política Nacional de Saúde;
- Contratos.

KEYWORDS:

- Hospitals, Teaching;
- Privatization;
- Health Policy;
- Contracts.

RESUMO

Este artigo apresenta um histórico da trajetória da lei que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 2011, contextualiza essa criação nas conjunturas internacional e nacional, e apresenta e discute as principais mudanças nela contidas. Essa trajetória é problematizada a partir das mudanças ocorridas no Congresso Nacional desde a Medida Provisória 520. O contexto é analisado com base nas justificativas da criação da EBSERH à luz do cenário de crise econômica internacional. Nacionalmente, o texto insere a empresa na perspectiva da reforma do Estado iniciada em 1995. Esta é apresentada em duas gerações, com base na bibliografia consultada, sendo a EBSERH própria de uma segunda geração de reformas ditas institucionais. Na saúde, a separação entre o financiamento e a prestação dentro do Estado e a competição entre prestadores públicos e privados são tomadas como norte para a análise. Apresentam-se e discutem-se as principais mudanças da lei que cria a EBSERH, especialmente quanto a financiamento, relacionamento com as universidades, relações de trabalho e controle social. São apresentados possíveis impactos sobre o ensino médico.

ABSTRACT

This article presents discusses the law which established the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) in 2011, describing the context of its creation and investigating the main changes brought by the legislation. The development of the law is reviewed based on the changes that have occurred in Congress since Provisional Measure 520. The context is analyzed in relation to the arguments maintained to justify the creation of the EBSERH in light of the international economic crisis. Domestically, the text places the company in the perspective of the state reform initiated in 1995. This reform, according to the consulted bibliography, was implemented through two generations of actions, with the EBSERH belonging to the second generation of so-called institutional reforms. In the context of health care, the separation of financing and provision of health services within the state and the competition between public and private providers are guiding markers for the analysis. The major changes of the law that creates the EBSERH are discussed, especially regarding financing, relationships with universities, labor relations and social control. Possible effects on medical education are also contemplated.

Recebido em: 10/07/2012

Reencaminhado em: 22/01/2013

Aprovado em: 20/05/2013

INTRODUÇÃO

A Lei Federal 12.550 de 15/12/2011 cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)¹ para administrar instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo. Ela traz desafios para os analistas de políticas públicas e aqueles que vão decidir estabelecer ou não contrato de gestão com elas, na compreensão do contexto em que emergiu a empresa, a que e a quem serve e que perspectivas aponta.

Um dos impactos que certamente trará, caso seja implementada, será sobre o ensino médico, cenário frequente e por vezes principal do treinamento dos estudantes. A transformação do hospital público em empresa ocasionará mudanças em seu modo de operação. Incentivos ligados à busca de retorno financeiro em todas as atividades do hospital – ensino, pesquisa e extensão, inclusive a assistência – deverão ser implementados, seja por meio de busca mais agressiva ao mercado como fonte de financiamento, seja com controles mais rigorosos de custos operacionais.

Este artigo apresenta um histórico da trajetória da lei que cria a EBSERH, contextualiza essa criação nas conjunturas internacional e nacional, e apresenta e discute as principais mudanças nela contidas.

HISTÓRICO

Em 31 de dezembro de 2010, entre os últimos atos do governo Luis Inácio, é encaminhada ao Congresso a Medida Provisória 520, que cria a EBSERH², sob a forma de sociedade anônima com capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralmente sob a propriedade da União, e atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após intensa mobilização da comunidade universitária, a MP 520 não é aprovada, por decurso de prazo, e o governo federal reedita uma nova versão – o PL 1.749/2011³, aprovado sob a forma da Lei 12.550 de 15/12/2011¹. A lei é promulgada dez dias após o término da XIV Conferência Nacional de Saúde, órgão máximo de deliberação das políticas de saúde do País, quando se decidiu, por ampla maioria de votos, a não concordância com todas as formas de terceirização da gestão de serviços de saúde do Estado para empresas, fundações privadas e organizações sociais, inclusive a própria EBSERH.

A lei atual difere da MP 520² pela transformação da antiga proposta de sociedade anônima em empresa pública unipessoal nos marcos do DL 200/1967 (que dispõe sobre a organi-

zação da administração federal) e do DL 900/69⁴ (que revê o DL 200/67).

A definição de empresa pública unipessoal (DL 900/69)⁴ é a seguinte:

Empresa Pública – a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criada por lei para a **exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer** por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito. (Art. 5). (sem grifo no original)

A Lei 12.550¹ mantém o capital social integralmente sob a propriedade da União (Art. 2) e as atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial integralmente no âmbito do SUS (Art. 3), especificando que isto se aplica a suas subsidiárias. O artigo 6 explicita que a EBSERH poderá prestar serviços relacionados às suas competências mediante contrato, respeitada a autonomia universitária, texto que não havia na MP 520². De fato, a exposição de motivos do PL 1.749/2011³ é clara:

Ressalte-se que a criação da EBSERH não implica a extinção das competências de promoção das atividades de extensão pelas instituições federais de ensino superior, nem na perda de seu patrimônio. Conforme art. 6º do Projeto de Lei, a decisão de contratar ou não os serviços da empresa pública é também da universidade, que **poderá fazê-lo se e quando julgar mais conveniente** [realce meu]. Os termos do contrato são negociados, diretamente, pela universidade e empresa, e avaliados pelo Ministério da Educação, podendo dispor, a critério da universidade, sobre a cessão de bens móveis e imóveis e de servidores à empresa. (sem grifo no original)

O Contexto da Proposta

A exposição de motivos que encaminhou a MP 520² elaborada pelos ministros de Educação e do Planejamento ressalta:

(a) a necessidade de equacionar o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, por meio da adoção do regime celetista, o que significa o descompromisso com a realização de concursos públicos através do Regime Jurídico Único, solução existente nos marcos atuais da administração pública;

(b) o formato empresa pública permitiria autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras e contratações;

(c) a perspectiva de captação de recursos próprios provenientes da prestação de serviços.

Já a exposição de motivos do PL 1.749/2011³, dos mesmos ministérios, ressalta essencialmente a possibilidade de contratação por CLT dos funcionários dos hospitais.

Percebem-se, portanto, para seus formuladores, dois cenários: o ideal (MP 520) e o possível (Lei 12.550) na atual conjuntura.

O cenário ideal significa o projeto que os representantes dos países dominantes, por intermédio dos organismos financeiros internacionais, especialmente o Banco Mundial, preconizam para o setor saúde dos países dominados e, inclusive, para a revisão de seus próprios estados de bem-estar social, onde estes se implantaram. No último caso e em alguns países do primeiro caso, a conjuntura anterior do capitalismo no pós II Guerra, por motivos que não serão agora detalhados, foi concomitante a um crescimento do Estado, das políticas públicas universais e de mecanismos democráticos de controle sobre as mesmas⁵.

Com a cronicidade da crise econômica iniciada em meados dos anos 1970, uma nova era se estabelece: a do ajuste das contas públicas, da redução do Estado no financiamento e provisão das políticas públicas. No caso da saúde, por diversos motivos – entre os quais a insuficiência estrutural do mercado para prover coberturas adequadas a vastos segmentos da população, como idosos, pessoas com doenças crônicas ou insuficiência de renda e/ou emprego –, uma proposta distinta se estabelece: a manutenção do Estado para essas categorias, porém outro Estado, limitado na cobertura, integrado ao mercado de financiamento privado, prestando serviços diferenciados a ele. Isto especialmente na área de alta tecnologia, em que os hospitais universitários se destacaram⁶.

Na literatura de reforma do Estado, Rezende⁷ identifica tal perspectiva como a passagem de uma primeira geração baseada na privatização e na descentralização, em que as virtudes do mercado são colocadas em primeiro plano, para uma segunda geração, que teve o Relatório do Banco Mundial de 1997⁸ como marco em que o Estado volta a ter um papel essencialmente financiador e regulador. A nova ênfase institucional difere das estratégias anteriores de reforma do Estado, pela focalização nas estruturas de incentivos que organizam e estruturam as ações das agências governamentais. A capacidade de Estado dependeria fundamentalmente das regras e normas que consolidam, em cada contexto, as lógicas e realidades dos modelos específicos de governança.

A ideia básica comum a estes modelos é a de expansão dos papéis e responsabilidades dos diversos atores sociais, públicos e privados, nas políticas públicas, em contraposi-

ção aos modelos tradicionais de gestão, centrados no governo como protagonista nos processos de formulação e implementação das políticas públicas. Isto daria origem a uma “esfera pública não estatal”, constituída por “organizações da sociedade civil de interesse público”⁹. Isto tem sido proclamado como o advento de uma era pós-burocrática, em que as mazelas da burocracia estatal seriam, por fim, equacionadas com maior racionalidade no seio da própria sociedade¹⁰. O conceito de governança emerge como capacidade de induzir múltiplos sujeitos a se conduzir em uma direção determinada¹¹.

A despeito da naturalização das bondades da reforma do Estado em sua versão institucionalista ou gerencial, a literatura não é conclusiva sobre seus resultados. Para Silva¹², nenhuma experiência nacional teria obtido com pleno sucesso novos instrumentos de política que superem a dicotomia Estado x mercado e consigam integrar as capacidades públicas (estatais e não estatais) e privadas de forma sinérgica. Segundo Rezende¹³, as reformas gerenciais encontraram considerável dificuldade para estabelecer os novos modelos institucionais em diversos contextos e sob variadas condições. No Brasil, o problema decisivo da falha da não adesão à construção de modelos organizacionais orientados pelo desempenho foi a preponderância do ajuste fiscal nas políticas de Estado, o que o mesmo autor chamaria, em 2008⁷, de dilema do controle. O governo federal percebia a reforma administrativa como uma questão associada mais diretamente aos processos de redução de pessoal e de controle de custos com a máquina administrativa do que à introdução de mudanças substanciais nos arranjos institucionais existentes, mesmo que estes fossem cruciais para a elevação do desempenho, o que incluiria reforço de estruturas de planejamento, monitoramento, controle, prestação pública de contas e participação da sociedade.

Nesse contexto, as reformas da saúde procuraram promover, inicialmente, a descentralização, o fomento à criação de mercados privados de asseguramento, a introdução de copagamentos nas unidades públicas de saúde e a focalização do Estado nas populações ditas “pobres”. Do Relatório do Banco Mundial de 1993 emerge a proposta de introdução de um pacote básico de medidas consideradas custo-efetivas, que o Estado deveria bancar por meio de impostos, sem cobrança aos cidadãos¹⁴. A focalização nos países pobres é uma estratégia de maiorias, dada a pobreza e a concentração de renda que impedem a expansão do mercado para a maioria da população, sem subsídios apropriados. O Estado, portanto, mantém um papel preponderante na atenção à saúde, especialmente em seu financiamento. A evolução das estratégias do Banco Mundial para a saúde estatal vai desaguar em

propostas que objetivam promover a separação entre financiamento e provisão de serviços, visando à reestruturação do papel do Estado, agora regulador de redes de unidades privadas e públicas, introduzindo mecanismos de competição nos sistemas de saúde¹⁵.

A apropriação do discurso da reforma do Estado na gestão da saúde foi problemática por se contrapor em seus princípios à construção do SUS. Embora a privatização do SUS tenha sido colocada como objeto de reforma constitucional, não viabilizada, nos anos 1990, foram as restrições orçamentárias que tiveram maior peso na indução do crescimento do mercado privado¹⁶. A segunda geração, das reformas gerenciais, teve início em 1995 com o projeto das Organizações Sociais transformado em lei em 1998¹⁷. Continua a discussão dos novos modelos de gestão, que culminam na proposta atual da EBSERH. Seus defensores atuais partem da inviabilidade do modelo atual de gestão burocrática das instituições públicas¹⁸, considerado pouco flexível e com poucos incentivos à produtividade dos recursos humanos. Chegam a sofisticar a defesa de fundações e empresas estatais, alegando as práticas políticas arraigadas na cultura organizacional do Estado brasileiro-patrimonialista, autoritário, burocrático e colonizado por interesses privados¹⁹, melhor dizendo: um “Estado burocrático enxertado de patrimonialismo” (p. 1824), o que justificaria certa blindagem do SUS, protegendo-o da descontinuidade administrativa e de intercorrências derivadas de manobras da política partidária, agora via Terceiro Setor.

Entretanto, cabe a reflexão autorizada de Yamamoto⁹ sobre o tema. Para ela, o conceito de Terceiro Setor tenderia a ser articulado com sociedade civil. Esta, ainda de acordo com a autora, “tende a ser interpretada como um conjunto de organizações distintas e ‘complementares’, destituída dos conflitos e tensões de classe, onde prevalecem os laços de solidariedade” (p. 31). Entretanto, ao contrário dos princípios de uma cidadania universal e igualitária, “os projetos levados a efeito por organizações privadas apresentam uma característica básica, que os diferencia: não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores” (p. 31). E nos quais o patrimonialismo por parte dos dirigentes do Estado não se apaga, mas se facilita, tendo em vista os laços que se estabelecem com este Terceiro Setor.

Cabe, ainda, uma leitura econômica da reforma do Estado, a fim de identificar os interesses materiais envolvidos. No caso da saúde, na atualidade, este é um setor econômico importante para os países dominantes, seja por meio de suas empresas de medicamentos e equipamentos, que integram oligopólios

químicos e eletroeletrônicos, seja por intermédio de suas seguradoras e, inclusive, do recente envolvimento em mercados de serviços antes constituídos, principalmente, pelo pequeno capital e setor liberal. Um exemplo é a dominação do mercado de hemodiálise por poucas empresas multinacionais que também fabricam o equipamento (como a Fresenius). O setor também é importante para empresas nativas de serviços de saúde, que, desde os anos 2000, vêm passando por um processo de consolidação, de constituição do capital financeiro (junção de planos de saúde com hospitais e clínicas) e de financeirização (abertura de capitais em bolsas de valores). Temos como exemplos grandes cadeias de laboratórios financeirizados, como o Dasa e o Fleury, e empresas como Amil e Bradesco²⁰.

Enfrentar a crise econômica, do ponto de vista das grandes empresas, pode significar, portanto, propostas de liberar mercados de seguro privado pela redução do Estado e sua focalização nas camadas populacionais que não têm condições de utilizar o mercado, e colocar os serviços públicos restantes sob a sua ótica de interesses. Por exemplo, acabar com serviços próprios do Estado e terceirizar os setores mais lucrativos hoje para os grandes negócios privados de serviços de saúde, como o diagnóstico e tratamento, mas manter os investimentos públicos para a compra dos equipamentos biomédicos dos oligopólios industriais internacionais. Isto tem sido feito nas Organizações Sociais de São Paulo, que funcionam como albergues, sob o estatuto não lucrativo, de inúmeras empresas lucrativas como forma de contornar as normas ainda vigentes do SUS quanto à contratação de empresas privadas²¹.

A implantação do projeto dos países dominantes há de ser viabilizada por elementos internos associados, que devem controlar o aparelho de Estado e colocá-lo a serviço desses interesses. Para isso, é preciso que se apropriem de parte dos lucros e rendas auferidos: como sócios internos ou como intermediários. É necessário que a máquina do Estado esteja à disposição do projeto, por meio do clientelismo na contratação de pessoal e de serviços de terceiros, conspurcando os mecanismos democráticos formais existentes. Não é por acaso que os chamados países emergentes, como no nosso caso, ou os que tiveram o capitalismo restaurado são considerados aqueles onde os índices de corrupção são particularmente elevados²².

Identificado o projeto e a quem serve, serão apresentados os mecanismos atuais de funcionamento do Estado, assentados na Constituição de 1988, que têm impedido o projeto de ser cabalmente implantado.

Assim, a universalização da saúde impede, na teoria, a focalização do Estado apenas nos segmentos que não têm acesso ao mercado. A gratuidade dos serviços públicos de saúde é outro ponto que limita os incentivos à mercantiliza-

ção. A orientação estatista do SUS, em termos de reforço da capacidade instalada estatal, da complementaridade do setor privado e da proibição de subsidiar o setor privado lucrativo, é outro ponto de discórdia. A tentativa de construção de um Estado com características democráticas, ou seja, com princípios que emergiram historicamente das revoluções burguesas, é afetada por estas reformas. Os princípios afetados têm sido a impessoalidade, a igualdade de oportunidades, que se reflete num funcionalismo meritocrático, de acesso por concurso público, a estabilidade frente aos governos, a carreira definida por regras claras de ascensão, a proibição de terceirização de atividades finalísticas, assim como a necessidade de licitações e controles públicos, inclusive de controle social das políticas.

Pretende-se, com isso, atingir o funcionalismo público, sob o pretexto da Lei de Responsabilidade Fiscal²³, que, entre outras coisas, estabelece limites para gastos com pessoal pelos entes federados, abrindo espaço para a contratação de serviços de terceiros. Na verdade, o que se quer é romper com a estabilidade, pois ela torna mais difícil flexibilizar o Estado, de acordo com a orientação fiscal, quando for necessário concentrar mais o recurso público no pagamento da dívida e nas políticas de incentivo aos setores econômicos dominantes. E também para amansar o funcionalismo, torná-lo amedrontado, favorecendo as práticas patrimonialistas no serviço público.

Afeta-se, ainda, a possibilidade de a população controlar o Estado por meio dos mecanismos formais de controle social – conferências e conselhos de saúde paritários – e de participar na definição das políticas.

Por fim, a própria independência das empresas em face do Estado é prejudicada, pois, para vender mercadorias e prestar serviços, não há mais regras universais, mas clara e oficial formação de anéis entre os burocratas gestores das empresas e grupos econômicos privilegiados.

Várias mudanças constitucionais e das políticas, desde o final dos anos 1980, nas quais a proposta atual da EBSEH se insere, vêm sendo implantadas, como a progressiva redução do gasto público, especialmente federal, com saúde, e a regulação do mercado de seguro privado, por meio de agência reguladora, com forte participação do setor privado em sua direção; e a Lei de Responsabilidade Fiscal e a reforma de Estado de Bresser Pereira em 1995, ambas fruto da política social-democrata de 1995-2002, mas vigindo nos dias de hoje sem qualquer tipo de mudança proposta pelo governo atual.

Os projetos de EBSERH ou fundação pública de direito privado do governo atual explicitamente se inserem nos marcos da reforma bresseriana consubstanciada na Emenda Constitucional 19/98 ao se basearem nas categorias¹²:

1 – núcleo estratégico: trata-se de um setor relativamente pequeno, formado, no plano federal, pelo Presidente da República, pelos Ministros de Estado e a cúpula dos ministérios (responsáveis pela definição das políticas públicas) pelo Poder Judiciário, pelo Poder Legislativo e pelo Ministério Público.

2 – atividades exclusivas de Estado: são aquelas em que o “poder de Estado”, ou seja, os poderes de legislar e tributar são exercidos. Dentre as atividades exclusivas de Estado estão: a polícia, as forças armadas, os órgãos de fiscalização e regulamentação e os órgãos responsáveis pelas transferências de recursos (tais como o Sistema Unificado de Saúde – SUS, o sistema de auxílio-desemprego, etc.).

3 – serviços não exclusivos: também conhecidos como competitivos do Estado. São aqueles que, embora não envolvam “poder de Estado”, o Estado os realiza ou subsidia. O Estado tem interesse nesses serviços ou porque os considera de alta relevância para os direitos humanos ou porque envolvem economias externas. Exemplos desses serviços não exclusivos: universidades, hospitais, centros de pesquisa, museus, etc.

4 – produção de bens e serviços para o mercado: é o setor que será privatizado.

No caso da categoria de Empresas Estatais Competitivas no Mercado, fica clara a existência de uma contradição de princípios, pois na reforma “bresseriana” a saúde não foi considerada setor de produção de bens e serviços para o mercado, mas, sim, serviço não exclusivo. Ora, o objeto da empresa pública de direito privado é a exploração de atividade econômica, segundo o DL 900/69⁴.

Principais Mudanças Contidas na EBSERH

A EBSERH traz um modo de operar hospitais universitários completamente diferente do atual. Além de transformar a atividade de ensino, pesquisa e assistência em atividade econômica, apresenta as seguintes mudanças:

Financiamento

Se hoje é por meio da União, do MEC e de convênios com o SUS, com a EBSERH se mantêm essas fontes, acrescidas da incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro – por exemplo, venda de cursos, aluguel de instalações como enfermarias para escolas médicas e de enfermagem privadas. Muda aqui a lógica da alocação de recursos, pois as necessidades do mercado definem os serviços oferecidos pela empresa e não qualquer lógica de necessi-

dades de saúde, de formação de profissionais de saúde e de pesquisa de acordo com prioridades políticas nacionais.

Outra fonte de recursos são aplicações financeiras (Art. 8º da Lei 12.550). Minimiza-se a questão por considerar gerencialmente mais conveniente ter o dinheiro sendo remunerado do que parado numa conta bancária. Entretanto, numa conjuntura de contenção do gasto público, é uma porta oficial para a obtenção de recursos adicionais, protelando pagamentos e contraindo dívidas.

Uma terceira fonte são os dividendos. O que são dividendos? São obrigações pagas aos acionistas de empresas pelos lucros obtidos, de acordo com o montante de capital possuído. A EBSERH poderá ser sócia de empresas lucrativas – por exemplo, laboratórios farmacêuticos, laboratórios de análises clínicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia?

Aqui se implementa o princípio do plano de negócios definindo o perfil da empresa, o que, numa conjuntura prolongada de ajuste fiscal, significará a incessante busca de recursos privados, com o discurso da sobrevivência de uma empresa “estatal”.

Ressarcimento ao SUS

Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a consumidores de planos de saúde, observados os valores de referência estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (parágrafo 3º do Art. 3º da Lei 12.550). Tal artigo é conflitante com as Leis 9.656/98²⁴ e 9.661/00²⁵, que regulam os planos privados de saúde, que atribuem à ANS a operacionalização desse ressarcimento. Tal procedimento, ao ser feito após o atendimento no SUS, através de cruzamento de bancos de dados, evita impedir que os hospitais, premidos pela carência ou ganância de obter mais recursos financeiros, estabeleçam mecanismos officiosos de favorecimento da demanda com planos sobre a demanda sem planos privados de saúde – por exemplo, preferindo internar pacientes portadores de planos, atitude antiética e criminoso, dada a insuficiência de oferta de determinados serviços à população total. Se isto é dispensável, pois a legislação brasileira já obriga esse ressarcimento dos planos de saúde, por que inserir esse parágrafo na lei da EBSERH? Para operacionalizar o que o estado de São Paulo quis fazer oficialmente com os hospitais e serviços de alta tecnologia geridos por OS? Vinte e cinco por cento da oferta vendida ao mercado? Não sendo orçamento da União, que passa pela universidade, esse valor irá diretamente para os cofres da EBSERH, que pode até oferecer incentivo aos funcionários celetistas (portanto, ameaçados de demissão) dos setores de admissão e alta implementarem a prática ile-

gal, porém officiosa, de privilegiar pacientes com convênios privados.

Necessidade de Estabelecer Contrato de Prestação de Serviços com as Universidades

Vários juristas consideram esse contrato, de terceirização de atividades-fim, como inconstitucional²⁶. Prevendo metas de desempenho e compromissos, pode ser rompido pelas partes. Pergunta-se: se as universidades são incompetentes para fazer a gestão própria de seus serviços de saúde, terão competência para estabelecer um contrato adequado, acompanhá-lo e avaliá-lo? Essa é considerada uma das grandes fragilidades das reformas baseadas em contratos do poder público com terceirizados para desenvolver serviços públicos: sua baixa capacidade de regulação, que torna o Estado refém das empresas²⁷. Uma vez contratada, a empresa terá interesse em se manter de qualquer forma, inclusive por meio de seu poder econômico, conspurcando os mecanismos democráticos de representação da universidade: os conselhos universitários, a própria eleição dos diretores. Hoje, não existindo ainda contrato com a EBSERH, fartas promessas de gratificações, incentivos financeiros e apoios já são moeda de troca (podre, pois ainda inexistente) para a obtenção de um clima favorável à EBSERH. Que autonomia poderá ter a universidade em longo prazo para definir essas metas e romper o contrato quando seu quadro de pessoal próprio será progressivamente extinto e substituído por empregados da empresa, e não empregados do Estado?

Cessão de Servidores

Segundo a legislação, os servidores poderão ser cedidos, com ônus para o cessionário (Art. 7º da Lei 12.550). E se a empresa não quiser o servidor, o que será feito com ele? Será demitido por insuficiência de desempenho? Por falta? Essa deverá ser a forma de sujeitar o servidor público aos ditames da empresa. Do ponto de vista da gestão, uma situação vivida hoje em muitos serviços de saúde de municípios e estados, e considerada inconveniente e caótica: múltiplos salários e regimes de trabalho na mesma função. O servidor público se submeterá a um dirigente de empresa com salário imensamente maior que o seu, quando as formas atuais de gestão sobre seu trabalho permitem maior participação nas decisões, em função dos mecanismos existentes de escolha dos dirigentes e colegiados de gestão da universidade.

Controle Social

A EBSERH não tem mecanismos democráticos de gestão, eleição de gestores, conselhos deliberativos paritários, tudo o que

a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde precinzam para o sistema público de saúde e que o tornam um sistema de Estado e não dos eventuais e transitórios governos.

Pessoal da EBSERH

São CLTs e contratados mediante concurso público de provas ou provas e títulos, podendo haver, em sua implantação, processo seletivo simplificado, por tempo determinado (até cinco anos) (Art. 10º e 11º da Lei 12.550). Na verdade, ao contrário do que defendem seus idealizadores, essa modalidade de contratação não abortará processos trabalhistas por parte dos atuais terceirizados, pois a permanência destes dependerá, em última análise, de aprovação em concurso público.

Processo Formal de Decisão

A autonomia universitária implica decisão autônoma sobre contratação. Essa autonomia tem sido conspurcada por dois mecanismos principais. Um deles é a não liberação pelo governo federal de recursos para substituição do pessoal terceirizado dentro dos hospitais universitários e, com isso, cumprir o acórdão do Tribunal de Contas da União de 2006², que recomenda a substituição gradual de pessoal terceirizado por pessoal próprio – como consta em cartilha publicada na página eletrônica da EBSERH²⁸.

Outro mecanismo foi a delegação do MEC à EBSERH de competências ministeriais por meio da Portaria 442, de 25 de abril de 2012²⁹, referidas à Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior, que foi extinta. A EBSERH passa a coordenar, acompanhar e avaliar a execução das atividades de gestão dos hospitais, o que implica elaborar a matriz de distribuição de recursos para os hospitais e as atividades relacionadas ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (Reufi). Isto significa que, em última análise, ela irá planejar, orçar e avaliar ela mesma e as universidades que poderão fazer contrato com ela. Há um vergonhoso conflito de interesses e privatização de funções de Estado, incompatível até com a cartilha “bresseriana”, pois as agências reguladoras, por exemplo, que não são empresas, mas, sim, autarquias (administração indireta com autonomia financeira e administrativa), não substituíram os ministérios.

Impactos sobre o Ensino Médico

Instituições públicas têm como objetivo atender necessidades. Embora a eficiência – entendida como economia de recursos empregados para um mesmo produto ou como maximização de produtos dada uma quantidade fixa de recursos – seja desejável, ela é um objetivo secundário. Duas são as formas

principais de alcançar a eficiência: controlar custos ou aumentar a produtividade do trabalho, e ambas podem, a partir de certo limite, afetar o resultado das políticas e serviços. O controle dos custos pode ocorrer ao longo de todos os processos de produção do hospital, desde a admissão, com a seleção do *case-mix*, ou seja, dos casos potencialmente mais desejáveis em termos de custos, até o gerenciamento da alta em tempo adequado.

No caso da assistência, controles de custos tomados isoladamente podem distorcer o *mix* de casos que o hospital prefere admitir. É sabido que tempos longos de permanência com uso mais intensivo de recursos estão associados com comorbidades e baixo nível socioeconômico³⁰. Em geral, quadros desse tipo encontram possibilidades de acompanhamento adequado somente no sistema público de saúde orientado às necessidades de saúde. Querera a EBSERH, num quadro de ajuste fiscal, internar esses casos?

O interesse do mercado na pesquisa clínica de certas morbidades em detrimento de outras³¹, estas associadas com pobreza e baixa capacidade de consumo, pode também incentivar uma demanda específica, na medida em que essa pesquisa seja uma fonte de ingressos para a empresa hospitalar.

Ambas são formas de constituir um padrão de utilização distorcido quanto às necessidades de saúde do conjunto da população e manter e agravar um padrão de ensino enviesado.

O interesse mercantil distorce a prática médica numa série de situações que serão tornadas a norma quando associadas ao padrão de reprodução dos conhecimentos e práticas num hospital de ensino. São vários os exemplos em distintas situações em que ocorreram mudanças nos objetivos e na gestão empresarial dos hospitais universitários: conflitos de interesse no desenvolvimento de pesquisas clínicas³²; prioridades de pacientes com fontes privadas de financiamento.

A possibilidade de utilização econômica dos espaços dos hospitais universitários para atividades de ensino privadas gerará sobrecarga sobre os recursos existentes, especialmente no que toca aos serviços onde se dá o ensino das práticas de saúde – enfermarias e ambulatorios –, com repercussões sobre os alunos e os próprios doentes.

No que tange ao pessoal, é de esperar o aprofundamento da ausência do docente na rotina da assistência do hospital, uma vez que este não pertencerá à EBSERH. Além disso, haveria maior rotatividade de pessoal, já encontrada, por exemplo, em Organizações Sociais do Rio de Janeiro³³ em função dos contratos temporários, da ausência de uma perspectiva de carreira e da instabilidade de emprego, o que prejudicaria a constituição de equipes estáveis. O internato estaria particularmente afetado³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EBSERH é a maior ameaça até hoje perpetrada contra o caráter público dos hospitais universitários. Precedida do sucateamento desses serviços – cujo exemplo extremo é a situação atual do Hospital Clementino Fraga Filho (UFRJ) –, é uma solução global de gestão, não democrática e com todas as potencialidades de submissão ao mercado da saúde, travestida de solução específica para pretensos problemas de pessoal. Por problemas de pessoal, leiam-se os interesses de controle do trabalho, de transformação do servidor de Estado em empregado dos grupos de poder que se revezam no Estado e tentam lá se manter por diversos mecanismos, entre os quais o clientelismo e a corrupção.

É uma fase de transição para transformar os serviços públicos de saúde de tecnologia mais complexa da saúde em organismos autônomos, que possam utilizar financiamento público-privado e se integrem de forma subordinada ao circuito principal dos interesses das grandes empresas internacionais, como os grandes grupos nacionais de medicamentos, equipamentos, planos de saúde e serviços privados, especialmente laboratórios de análises clínicas e imagem. Projetos de organismos internacionais apresentam claramente essa perspectiva, não há engodo nisso.

Ensino, assistência e pesquisa de acordo com as necessidades da população e os interesses nacionais, hoje já atacados de muitos lados, se tornarão completas quimeras em face das premências de formatação de planos de negócios que permitam aos hospitais universitários se autofinanciar numa conjuntura de contenção de gastos públicos e crise econômica internacional. É gerado outro poder econômico dentro da universidade, a conspurcar seus frágeis mecanismos democráticos e a autonomia universitária, que é um princípio existente desde a criação das universidades nos países ocidentais.

Ameaças à universalidade do direito à saúde e à gratuidade do sistema público são reais no País hoje, assim como a acelerada mercantilização da atenção à saúde, subordinada progressivamente aos interesses dos grandes capitais internacionais e seus sócios internos. O setor estatal da saúde, que, mesmo durante o regime civil-militar de 1964-1985, foi um espaço de luta por uma atenção à saúde voltada aos interesses nacionais e populares, está em xeque. As mudanças propostas não serão em direção a um país melhor, mais justo e mais humano. Será a cristalização de uma burguesia de Estado – burguesia porque controla os meios de produção, embora não tenha propriedade jurídica sobre os mesmos – instável porque contestada pelos outros grupos que brigam

pelo poder de Estado, frágil no mundo econômico corruptível das grandes empresas, um elo fraco no mercado de bens, planos e serviços de saúde, já sob a dominância do grande capital. Uma estrutura montada para se apoderar dos impostos e da capacidade de trabalho de técnicos e docentes, poucos se apropriando de algumas migalhas necessárias para a máquina funcionar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal; e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, 16 dez. 2011. [acesso em 10 jan. 2013]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm
2. Brasil. Medida Provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. — EBSERH e dá outras providências. Brasília, 31 dez. 2010, Edição extra – sem eficácia. [acesso em 3 jun. 2012]. Disponível em <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/45/2010/520.htm#em>.
3. Rodrigues AF. Projeto de Lei nº 179/2011. Concede dedução do Imposto de Renda às Empresas que contratarem trabalhadores com menos de vinte e um ou mais de quarenta e cinco anos de idade. [projeto apresentado em 8 fev. 2011]. [acesso em 3 jun 2012]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=491235>
4. Brasil. Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969. Altera disposições do Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília [acesso em 10 jan. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0900.htm
5. Kornis GEM. Entre o futuro do capitalismo e o capitalismo do futuro: A long and winding road. São Paulo em perspectiva. 1998;12(2):92-8.
6. Medici AC. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. Rev Assoc Med Brasil. 2001; 47(2):149-56.
7. Rezende FC. O ajuste gerencial e seus limites: a falha sequencial em perspectiva comparada. Rev Sociol Polit. 2008;16(suppl.):27-143.
8. Brasil. Banco Mundial. Relatório dobre o Desenvolvimento Mundial 1997: O Estado em um mundo em transformação. Brasília; 1998.

9. Iamamoto MV. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: Mota AE, org. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS; 2006. p. 1-37.
10. Martins HF. Em Busca de uma Teoria da Burocracia Pública Não-Estatal: Política e Administração no Terceiro Setor. RAC. 1998;2(3):109-28.
11. Diniz E. Globalização, reforma do estado e teoria democrática contemporânea. São Paulo Perspec. 2001;15(4):13-22.
12. Silva PLB. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo Perspec. 2003; 17(1):69-85 .
13. Rezende FC. Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática Brasileira. Sociologias. 2009;21:344-65 .
14. Andreazzi MFS. Recuperação de Custos em unidades públicas de saúde: uma contribuição para o debate sobre novas formas de financiamento. Rev Bras Adm Pública. 1997;31:153-90.
15. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
16. Andreazzi MFS. O público e o privado na atenção a saúde. Notas para a caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: Bravo MIS, Menezes JSB, org. Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez; 2012. p.29-54.
17. Brasil. Ministério da Administração e da Reforma do Estado. Organizações Sociais. Cad MARE. 1998;2.
18. Ibanez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. Ciênc Saúde Colet. 2007;12 (suppl.):1831-1840.
19. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(suppl.):1819-29.
20. Andreazzi MFS, Kornis GEM. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. Ciênc Saúde Colet. 2008;13:1409-20.
21. Santos MAB. Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas. Rio de Janeiro; 2012. Doutorado [Tese] — Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ.
22. Domingues JM. Patrimonialismo e Neopatrimonialismo In: Avritzer L, Bignotto L, Guimarães J, Starling HMM, ed. Corrupção: ensaio e críticas. Belo Horizonte:UFMG;2008. p.185-92.
23. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Poder Legislativo, Brasília [acesso em 10 jan. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm.
24. Brasil. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Poder Legislativo, Brasília [acesso em 10 jan. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm.
25. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília [acesso em 10 jan. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm.
26. Weichert MA. Fundação Estatal no Serviço Público de Saúde: Inconsistências e Inconstitucionalidades. Rev Direito Sanitário. 2009;10(1):81-97.
27. Grossman SJ, Hart OD. The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and lateral integration. J Political Economy. 1986;94:691-719.
28. Brasil. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Perguntas E Respostas Sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) [online]. [acesso em 25 jun. 2012]. Disponível em: http://www.huufma.br/site/arquivos/perguntas_respostas_ebserh_250512%5B1%5D_oficial.pdf.
29. Brasil. Ministério da Educação. Portaria MEC nº 442, de 25 de abril de 2012. Delega à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSEH o exercício de algumas competências descritas no Decreto no 7.690, de 02 de março de 2012, bem como no Decreto no 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Diário Oficial da União. Brasília, 26 abr. 2012; n. 81, Seção 1, p.15.
30. Martins M, Blais R, Leite IC. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004; 20 (Sup 2):S268-S282.
31. Oliveira EA, Labra ME, Bermudez J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2379-89.
32. Olivieri NF. Patients' health or company profits? The commercialisation of academic Research Sci Eng Ethics. 2003;9(1):29-41.
33. Mattos VA. Serviço Social: cotidiano profissional nas Unidades de Pronto Atendimento geridas por organizações sociais no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2012. Mestrado [Dissertação] – Escola de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

34. Chaves S, Grossman S. O Internato Médico e Suas Perspectivas: Estudo de Caso com Educadores e Educandos. Rev Bras Educ Med. 2007;31(3):212-22.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria de Fatima Siliansky de Andreazzi
Rua Marechal Mascarenhas de Moraes, 110 – apto 501
Copacabana – Rio de Janeiro
CEP 22030-040 RJ
E-mail: siliansky@iesc.ufrj.br