

Recebido em: 30/08/2018

Aprovado em: 27/09/2019

PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: UMA ANÁLISE DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUA APLICAÇÃO NA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)

*POPULAR PARTICIPATION IN THE
UNIVERSITY HOSPITALS: AN ANALISYS OF
THE CONSTITUTIONAL PRINCIPLE IN THE
NATIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM (SUS) AND
ITS APPLICATION IN THE BRAZILIAN COMPANY
OF HOSPITAL SERVICES (EBSERH)*

Lucas Isaac Soares Mesquita¹

SUMÁRIO: Introdução. 1 A saúde pública após a ditadura civil-militar brasileira: criação e constitucionalização do Sistema Único de Saúde. 2 Controle social e participação popular: democracia

¹ Doutor em Direito do Trabalho pelo programa “Administración, Hacienda y Justicia en el Estado Social” da Universidad de Salamanca (USAL). Graduado e Mestre em Direito Público pela Universidade Federal de Alagoas (FDA/UFAL). Especialista em Direito do Trabalho pela Universidade de Salamanca (USAL). Advogado.

participativa no SUS. 2.1 Participação Popular no SUS: Democracia Sanitária. 2.2 Conselhos e Conferências de Saúde: a participação institucionalizada como referência mínima de participação popular. 3 Crise nos Hospitais Universitários: EBSEH e ausência de democracia participativa na gestão. 3.1 Antecedentes da EBSEH: REHUF e MPNº 520/2010. 3.2 A ausência de participação popular na EBSEH nos processos de adesão e instâncias decisórias: como viabilizar o controle social?. Conclusão. Referências.

RESUMO: O trabalho pretende apresentar os parâmetros da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) e investigar a observância destes na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), responsável pela gestão de 40 dos 50 hospitais universitários do país. Demonstra os princípios e diretrizes que erguem a saúde pública, enfocando na democracia sanitária como fundamental à efetividade deste direito social no Brasil, seja em sua aceção institucionalizada ou não institucionalizada, atentando ao papel funcional dos Conselhos e Conferências de saúde para a formulação, execução e fiscalização de políticas públicas. Em análise, a vinculação ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), questionando abertura à participação popular em sua estrutura interna de órgãos de administração, fiscalização, comitês e comissões. Constata-se uma redução e não observância aos parâmetros de controle social nas estruturas da EBSEH, dificultando a legitimidade popular nas tomadas de decisão e na execução de ações e serviços de saúde pertinentes à maior rede de hospitais do sistema público do país.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Participação Popular. Controle Social. SUS. EBSEH.

ABSTRACT: This paper aims to present the parameters of popular participation in the National Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) and to investigate their observance by the Brazilian Company of Hospital Services (EBSEH), responsible for the management of 40 among the country's 50 university hospitals. It demonstrates the principles and guidelines that build the public health, focusing on sanitary democracy as a fundamental tool to the effectiveness of this social right in Brazil, whether in its institutionalized or non-institutionalized approach, considering the functional role of Health Councils and Conferences for the formulation, execution and control of public policies. Precisely, its connection to the Federal University Hospitals Restructuring Program (REHUF), inquiring

on the openness to popular participation in its internal structure of organs of administration, supervision, committees and commissions. It has been observed that there is a reduction and noncompliance with the parameters of social control in the EBSEH structures, hindering popular legitimacy in decision-making and in the execution of actions and health services that are pertinent to the largest hospital network in Brazilian public system.

KEYWORDS: Public Health. Popular Participation. Social Control. SUS. EBSEH.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 47.118.945 cidadãos brasileiros são “[...] beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia”², implicando na avaliação de que 77,5% dos brasileiros dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (ANS, 2018). O Ministério da Saúde indica que em 2014 foram realizados pelo SUS aproximadamente 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 19 milhões de procedimentos oncológicos, 3,1 milhões de procedimentos de quimioterapia, sendo este Sistema responsável por 98% do mercado de vacinas e pela realização de 95% dos transplantes de órgãos (BRASIL, 2015).

Enquanto o setor privado concentra a prestação da saúde em serviços hospitalares e especializados, a rede pública é a protagonista nas áreas de atenção básica, emergência e alta complexidade (CÔRTEZ, 2004, p. 258).

Evidencia-se o papel desempenhado pelos Hospitais Universitários³ que foram integrados ao SUS a partir do artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde, “[...] mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa, extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados [...]” e, atualmente, compõem “[...] a maior rede de Hospitais do sistema público” e concentram aproximadamente “[...] 12% de todas as internações do SUS” (OLIVEIRA, 2014, p. 98).

O objetivo geral do trabalho é a investigação da compatibilidade entre a legislação constitucional e infraconstitucional atinente à participação popular na República Federativa do Brasil, mais especificamente no SUS, e

2 Desde dezembro de 2015, a porcentagem de segurados vem sendo reduzida (ANS, 2018).

3 Em Alagoas, por exemplo, o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, órgão de apoio da Universidade Federal de Alagoas, é referência “nas áreas de obstetrícia, UTI e UCI neonatal, cirurgia bariátrica, cirurgia por videolaparoscopia, tratamento da AIDS, centro de alta complexidade em oncologia – CACON, assistência ao pré-câncer do trato genital feminino, nefrologia, neurocirurgia II, transplante de córnea, acompanhamento pós transplante e busca ativa de órgãos” (EBSEH, 2014, p. 11).

a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública com regime jurídico de direito privado criada pela Lei nº 12.550/2012, que assumiu a gestão de 40 dos 50 Hospitais Universitários em todo o território nacional, trazendo impactos na vida de usuários, trabalhadores, professores e estudantes.

A formação do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios, diretrizes e principais legislações serão expostos no primeiro item, visando contextualizar o controle social e a participação popular na Constituição Federal e na Legislação Sanitária para a construção da Democracia Sanitária no ordenamento jurídico brasileiro no âmbito do que significou o movimento de Reforma Sanitária ao longo da década de 1980. No segundo item, será aprofundada a discussão acerca da participação popular no Estado democrático de Direito Brasileiro e de que maneira se manifesta no SUS, seja em sua forma institucionalizada ou não institucionalizada. Serão apresentados panoramas gerais acerca dos Conselhos e Conferências de Saúde e a relevância destes na proposição, execução e fiscalização de políticas públicas de saúde no país. Por fim, no terceiro item caberá a análise da aplicação da participação popular e do controle social no modelo de gestão proposto pela EBSERH, a motivação de sua criação, o processo de adesão nas universidades, atentando-se ainda ao resguardo dos princípios e diretrizes sanitários e constitucionais, a exemplo da autonomia universitária.

1. A SAÚDE PÚBLICA APÓS A DITADURA CIVIL-MILITAR BRASILEIRA: CRIAÇÃO E CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, foi marcada pela significativa reestruturação democrática nas bases do Estado, após mais de duas décadas de regime ditatorial, representando a efervescência das principais reivindicações da sociedade civil e movimentos sociais a partir do fim da década de 1970. Luiz Maklouf Carvalho relata a Constituinte como uma “festa cívica”, com ampla abertura popular. Segundo o autor,

[...] as comissões temáticas ouviram, em audiências públicas, perto de mil depoentes: de ministros a índios (muitos índios); de governadores a representantes de minorias organizadas (dezenas deles); de sindicalistas a intelectuais da academia. Alguns mandaram comitivas a diversas regiões do Brasil. E todas elas, de muitos rincões socialmente organizados, encheram a Constituinte de povo – cada segmento levando e querendo garantir a inclusão de suas reivindicações (CARVALHO, 2017, p. 22).

De forma a expurgar o “entulho autoritário”⁴ do ordenamento jurídico brasileiro, a Carta Cidadã trouxe direitos sociais, constitucionalizando-os e ampliando o alcance destes na sociedade, como se pode observar no artigo 6º do documento. No campo do direito à saúde, o movimento de Reforma Sanitária⁵ foi o grande responsável pelos avanços constitucionais e a proposição de um Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Aglutinou militantes e propostas que questionavam a estrutura individualista, assistencial e privatista referendada no sistema previdenciário, isto é, vinculada à Previdência Social e ao trabalho formal, fomentada e vigente durante a ditadura, na qual a assistência à população desempregada ou mais carente ficava restrita à caridade, aos hospitais filantrópicos ou ao serviço privado (CORREIA, 2015, pp. 67-68).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o marco das mobilizações políticas e institucionais que possibilitaram o equilíbrio na correlação de forças na Assembleia Constituinte, trazendo a experiência de gestão e das demandas da saúde pública em todo país, bem como modelos de seguridade social adotados em outros, a exemplo da Inglaterra.

A saúde pública brasileira foi tratada de forma inédita pela Constituição, numa perspectiva ampliada, integrada à Seguridade Social, junto à Previdência e à Assistência Social. A Seção II do Título VII do diploma consagra a concepção coletiva, preventiva e dupla face do direito à saúde⁶. Os artigos 196 a 200 da CF e as Leis Orgânicas da Saúde estabeleceram os parâmetros básicos da prestação do direito à saúde no Brasil, por meio da criação do SUS, financiamento, gestão, limites da atuação privada, controle social e outras questões.

O artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) conceitua o SUS como 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”.

O conjunto de normativas e legislações do SUS se estrutura a partir de princípios (princípios ideológicos ou doutrinários) e diretrizes (princípios organizativos). Aqueles estruturam a base do sistema, atuando como “núcleo comum de valores e concepções”, enquanto estes seriam os “[...] meios, normas para atingir os objetivos do SUS” em articulação com os primeiros (MATTA, 2007, p. 65). O artigo 198 da CRFB/1988 dispõe sobre alguns,

4 Essa expressão, trazida pelo jurista Fernando Facury Scaff (2011, p. 76), contempla as legislações editadas durante o período ditatorial e que se fundamentavam num ordenamento constitucional antidemocrático

5 O movimento da reforma sanitária pode ser sintetizado como uma organização “que teve bases universitárias e envolveu profissionais da saúde, acadêmicos, especialistas e pessoas vinculadas à saúde”, tendo como objetivo a transformação da saúde pública no país “em prol da melhoria das condições de saúde da população ao alcance do direito da cidadania” (PAVÃO, 2016).

6 Prevista no artigo 196 como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

a exemplo da descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade.

Os princípios ideológicos ou doutrinários são a universalidade, a equidade e a integralidade.

A universalidade implica no acesso gratuito aos fatores que permitem boas condições de saúde aos cidadãos (numa concepção preventiva) e às ações e serviços de saúde (MATTA, 2007, pp. 68-69). É sintetizada pela máxima “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, do artigo 196, CF. A equidade trata da observância dos parâmetros de justiça distributiva e consolidação de uma igualdade material no direito em discussão, dando subsídio àqueles que mais necessitam, apesar do acesso universal e gratuito (MATTA, 2007, p. 69). A integralidade é conceituada como “um 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” (artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080/1990). Caracteriza-se pela completitude da atenção, na esfera da prevenção ou da assistência, significando um atendimento humanizado (tanto no aspecto da formulação e execução de políticas públicas ou da atuação do profissional de saúde), que considera o contexto social no qual está inserido o ator social e sua comunidade, bem como as necessidades específicas de grupos sociais mais ou menos vulneráveis (MATTA, 2007, p. 69).

A descentralização, a regionalização, a hierarquização e o controle social (ou participação da comunidade) são listados como diretrizes do SUS.

Tratada no artigo 198 da CF, a descentralização é resultado da distribuição do poder e de recursos da União para a aplicação das políticas públicas de saúde, que são expandidas aos Estados, Distrito Federal e Municípios a partir da criação de competências comuns, sejam legislativa ou de execução de políticas públicas, a exemplo do que se observa da leitura dos artigos 23, II e IX; 24, XII; e 30, VII da CF, destacando a formação de uma rede integrada com a “obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde” (DALLARI, 2009, p. 15). Destaca-se a importância da prestação de serviços no município, como unidade mais próxima da realidade local do cidadão, reforçado por uma suposta “[...] cooperação técnica e financeira dos demais entes federados” (SCAFF, 2011, p. 80). Apesar da descentralização, os entes devem manter uma direção única em cada nível (art. 7º, IX, Lei Nº 8.080/1990): a União possui o Ministério da Saúde; os Estados e Municípios, as Secretarias Estaduais e Municipais, respectivamente. A regionalização é entendida a partir do contato direto com a realidade local do cidadão/ usuário em seu “[...] território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e de suporte social, que devem nortear as ações e serviços de uma região” (MATTA, 2007, p. 75). A hierarquização diz respeito aos níveis de complexidade da saúde, da

prevenção à alta complexidade, a partir da necessidade de integralização do atendimento (MATTA, 2007, p. 76).

Impende destacar o enfoque dado à participação da comunidade e ao controle social, mais tarde aprofundados em leis infraconstitucionais, que garantiram a participação cidadã por meio dos Conselhos e Conferências a nível nacional, estadual e municipal, fundamentadas na máxima da soberania popular (DALLARI, 2009, p. 13).

2. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR: DEMOCRACIA PARTICIPATIVA NO SUS

No modelo autoritário extinto ao longo da década de 1980, prevalecia a centralização das decisões nas mãos dos administradores, havendo o controle social do Estado sobre a sociedade, sentido inverso ao que compreendido atualmente, no qual a sociedade civil é quem controla o Estado (ROLIM *et. al.*, 2013, p. 141). O paradigma do constitucionalismo moderno consolidou o ideário de democracia que, somada aos direitos fundamentais, consiste em uma “exigência democrática” (BINENBOJM, 2014, p. 55), de “[...] fundamentos de legitimidade e elementos constitutivos do Estado democrático de direito, que irradiam sua influência por todas as suas instituições políticas e jurídicas”, incluindo a Administração Pública e o direito administrativo (BINENBOJM, 2014, p. 61).

Após enumerar os fundamentos da República Federativa (a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político), o artigo 1º da CF explicita no parágrafo único que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”, estabelecendo os marcos da democracia representativa e da participativa.

No contexto que engloba a noção de participação popular, Rolim *et. al.* (2013, p. 141) admite que o termo “controle social” é reducionista, principalmente por entender que além do “controle e da fiscalização permanente”, a Constituição assegura a

ação, onde cidadãos e políticos têm um papel social a desempenhar através da execução de suas funções, ou ainda através da **proposição**, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas com o objetivo de atender aos legítimos interesses públicos (grifos nossos).

A participação popular engloba a “vigilância e a responsabilização”, sem deixar de lado “[...] a efetividade e o compromisso com a coisa pública”

(ROLIM *et. al.*, 2013, p. 142). Por essa razão, é mais ampla, englobando atividades que ultrapassam a importante atividade de fiscalização cidadã, para garantir a plenitude do exercício da soberania popular. Gustavo Binenbojm (2014, p. 79) trata da importância da “democratização das democracias representativas” com a abertura e o incentivo da formação e manutenção de espaços que estimulem a participação cidadã para além do sufrágio.

O controle social do poder público pode se materializar nas “tomadas de decisões políticas fundamentais”, a exemplo de políticas públicas nas quais os cidadãos propõem e intervêm de forma coletiva, seja na Administração Pública, a exemplo da participação em conselhos⁷ e no orçamento participativo; ou no processo legislativo, por referendo, plebiscito e iniciativa popular legislativa, previstos pela CF no artigo 14, I, II e III e regulados pela Lei nº 9.709/1998.

Deve-se atentar que a compreensão unitária acerca da noção de povo, com apenas um interesse, pode levar o agente social ao erro. Existem fatores de desigualdade que restringem o acesso de direitos e a titularidade da soberania a alguns, por isso, os valores e objetivos consagrados constitucionalmente devem ser perseguidos junto ao entendimento que se faça dessa categoria sociológica⁸. As entidades que compunham o Conselho Nacional de Saúde no ano de 2012⁹ demonstravam a correlação de forças existente no campo da participação popular, indicando a heterogeneidade da sociedade civil. Importa que as decisões e deliberações observem os marcos constitucionais e infraconstitucionais a respeito dos temas em análise.

O SUS é a primeira política pública a ter a constitucionalização da participação social como um de seus princípios basilares. Há de se ponderar, entretanto a insuficiência da mera positivação, devendo-se viabilizar na prática uma “[...] gestão pública essencialmente democrática, submetida ao controle da sociedade” (ROLIM *et. al.*, 2013, p. 143). É demandada a presença dos cidadãos na proposição, planejamento, execução, tomada de decisão e fiscalização

7 “[...] conselhos de políticas públicas nas áreas de saúde, trabalho e emprego, assistência social, desenvolvimento rural, educação, meio ambiente, planejamento e gestão urbana, entorpecentes, e os conselhos de direitos da criança e do adolescente, do negro, da mulher, dos portadores de deficiências, do idoso” (CÓRTEZ, 2004, p. 249).

8 Paulo Bonavides (1999, p. 355), ao propor uma resignificação do termo “democracia direta” como “o povo investido na amplitude real de seu poder de soberania, alcançando pela expressão desimpedida de sua vontade regulativa, o controle final de todo o processo político”, apresenta duas noções sobre povo: uma que deve ser superada (povo-ficção) e outra essencial à concretização da democracia direta (povo-realidade). O autor explica que povo é um termo simbólico e que o “povo-ficção” é resultado de uma democracia meramente representativa, que privilegia o formalismo e a oposição entre governantes e governados. Já “povo-realidade” estaria diretamente aplicado ao conceito de democracia direta, na qual “[...] a decisão soberana do povo se faz insubstituível para conferir legitimidade à ação governativa” (BONAVIDES, 1999, p. 355).

9 “No campo da saúde, representam a sociedade civil, no Conselho Nacional de Saúde, por exemplo: Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), Confederação de Misericórdias do Brasil, Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), que defendem claramente a saúde como mercadoria e fonte de lucro. Também representando a sociedade civil participam: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), Central de Movimentos Populares (CMP). Constitui-se em um espaço de luta de interesses contraditórios que expressam os interesses de classe que circulam no conjunto da sociedade, mesmo que não se apresentem como tais” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 136).

de tais políticas públicas e ações estatais. A participação social é dinâmica, continuamente em movimento, possibilitando avanços e retrocessos, cuja velocidade e construção dependem da mobilização popular (ROLIM *et. al.*, 2013, p. 143). Há espaço para a participação popular institucionalizada e não institucionalizada dentro do Sistema de Saúde Público brasileiro.

Fernando Aith conceitua Democracia Sanitária como “[...] forma de gestão pública em que o poder político é exercido pelo povo”, que possui mecanismos institucionalizados de participação direta no Poder Executivo, devendo ser ampliada aos Poderes Legislativo e Judiciário (AITH, 2007, pp. 261-264).

A participação popular institucionalizada encontra o amparo legislativo principalmente na Lei nº. 8.142/1990, que dispõe sobre Conselhos locais, municipais, estaduais e nacional e nas Conferências de Saúde nestes mesmos níveis. A participação não institucionalizada subsiste em questões individuais e coletivas, a exemplo da participação em movimentos sociais e mobilizações. A importância desses espaços se dá com a legitimação dos interesses da população, referendando a vontade constitucional e os parâmetros os quais se constrói o Estado democrático de Direito brasileiro.

Côrtes (2004, p. 252) enfatiza a importância dos espaços institucionais, mas reforça que a existência destes não garante a participação popular majoritária, pois os cidadãos podem escolher “não se envolver, ou seu envolvimento pode redundar em manipulação, consulta ou somente no acesso a informações”.

Ponderadas as críticas, os conselhos servem como espaços de democratização em um país no qual “[...] a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população e em que o público é tratado como posse de pequenos grupos privilegiados”, ou seja, que resguarda muitos aspectos patrimonialistas (ROLIM *et. al.*, 2013, pp. 142-143).

Nesse sentido, três fatores serão essenciais à abertura e participação democrática cidadã: (a) a organização da sociedade civil, por meio de movimentos populares, sindical e grupos de interesse, disponíveis a atuar naquela área; (b) a posição do gestor/autoridade pública quanto à relevância e ao caráter decisório atribuído ao espaço popular de controle social, facilitando a democratização ou criando obstáculos; e (c) a “[...] existência de uma *policy community* formada por profissionais reformistas e lideranças populares, ambos interessados em construir canais participatórios”, com vistas ao fortalecimento de projetos em defesa dos valores constitucionais e fundantes das políticas públicas (CÔRTEZ, 2004, pp. 252-253).

A Lei nº 8.142/1990¹⁰ regulamenta o regimento das Conferências e Conselhos de Saúde como “[...] espaços democráticos de construção de uma

10 Editada após questionamento popular ao veto presidencial dos artigos referentes à participação da comunidade e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde na Lei nº 8.080/1990.

nova ordem capaz de revigorar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social” (ROLIM et al., 2013, p. 142). O Estado Brasileiro permite a organização de Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis federais.

As Conferências de Saúde têm por finalidade a avaliação da situação de saúde e a proposição de diretrizes para a formulação da política sanitária de acordo com cada nível federativo. No caso da nacional, possui representação de vários seguimentos sociais e é convocada a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (artigo 1º, § 1º).

O Conselho de Saúde “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 nível. É um órgão colegiado, com caráter permanente e deliberativo, constituído por representantes do governo (gestores), prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (artigo 1º, § 2º).

Na década de 1980, com a multiplicação de fóruns participativos a nível municipal¹¹ e estadual, precedendo a normatização e institucionalização nas Leis Orgânicas da Saúde, tem-se um exemplo bem-sucedido da *policy community*, que utilizou tais espaços para articular posições contrárias aos interesses privatistas, conservadores e autoritários na disputa por recursos públicos (CÓRTEZ, 2004, p. 260). A característica marcante dos Conselhos, em especial os estaduais e municipais, é a descentralização administrativa, visto que a transferência de recursos federais aos municípios, tem como condicionante a criação de conselhos locais de saúde. Conforme o artigo 4º da Lei 8.142:

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;

[...]

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste

¹¹ Na década de 1980, as Comissões Interinstitucionais de Saúde estavam instauradas em mais de 2.500 municípios do país (CÓRTEZ, 2004, p. 266).

artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União (grifos nossos).

Deve ser observada a paridade na representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde em relação aos demais segmentos (artigo 1º, § 4º). Num Conselho de Saúde, por exemplo, 50% da representação é cabível aos usuários, advindos de suas entidades de base e movimentos sociais; 25%, dos representantes de entidades de profissionais de saúde, as quais se inclui a comunidade científica e 25% dos profissionais que atuam junto ao gestor (governo), sendo indicados por ele, acrescidos aos representantes de entidades prestadoras de serviço de saúde e de entidades nacionais empresariais com atividades na área da saúde (BRASIL, 2013, p. 42).

Cada Conferência de Saúde possui regimento próprio. As diretrizes para criação, reformulação, organização, estruturação, funcionamento e competências dos Conselhos de Saúde estão dispostas na Resolução nº 333/2003 do CNS, resguardando-se a garantia de que cada Conselho possua regimento interno e estrutura administrativa próprios.

Além do documento mencionado, o Decreto nº 5.839/2006 trata da organização, atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde, composto por 48 conselheiros titulares¹² (art. 3º, caput), que possuem primeiros e segundos suplentes (art. 3º, § 3º), eleitos para um mandato de três anos, com uma recondução (art. 7º), levando em consideração a representatividade e paridade já explicitadas.

3. CRISE NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: EBSERH E A AUSÊNCIA DE DEMOCRACIA PARTICIPATIVA NA GESTÃO

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação, é atualmente a responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). A Lei nº 12.550/2011 autorizou sua criação, a Lei 7.661/2011 aprovou o seu Estatuto Social, cuja última atualização data de 29 de junho de 2018. Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, possui Regimento Interno aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração

12 O artigo 3º, § 1º do Decreto nº 5.839/2006, distribui as vagas do CNS da seguinte forma: “I – vinte e cinco por cento de representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde”; “II – vinte e cinco por cento de representantes distribuídos da seguinte forma: a) seis membros representantes do Governo Federal; b) um membro representante do CONASS [Conselho Nacional de Secretários da Saúde]; c) um membro representante do CONASEMS [Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde]; d) dois membros representantes de entidades de prestadores de serviços de saúde; e e) dois membros representantes de entidades empresariais com atividades na área de saúde”. A forma de indicação das alíneas “b” a “e” se dá através dos presidentes das entidades representadas. Quanto à escolha das entidades listadas no artigo 3º, o artigo 4º discorre que estas serão escolhidas por meio de “processo eleitoral, a ser realizado a cada três anos, contados a partir da primeira eleição”, devendo aquelas possuírem o tempo de comprovada existência mínimo de dois anos.

da Empresa, segue os moldes definidos no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200/1967 e do artigo 5º do Decreto-Lei nº 900/1969.

Há uma Ação Direta de Constitucionalidade (ADI Nº 4.895) proposta em 31 de outubro de 2012 pela Procuradoria Geral da República, auditorias e documentos do Tribunal de Contas da União e reivindicações de movimentos sociais que demonstram a existência de princípios e prerrogativas constitucionais ameaçados por este modelo de gestão, entre eles a participação popular.

3.1. Antecedentes da EBSEH: REHUF e MP Nº 520/2010

O governo federal instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) por meio do Decreto nº 7.802/2010, sob justificativa do atendimento de antigas reivindicações dos HUs e do panorama de crise orçamentária, de autonomia e de pessoal apresentada.

O artigo 2º do Decreto define o objetivo do Programa, qual seja “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde”. Apontam-se como diretrizes a serem aperfeiçoadas nos HU os “mecanismos de financiamento”; “processos de gestão”, “estrutura física”, “parque tecnológico”, “quadro de recursos humanos” e “atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde”. Assim, a proposta inicial do REHUF era de manter a integração entre Universidades (autarquias federais) e os HUs sob o regime jurídico administrativo de direito público (SOARES, 2016, p. 75).

A Medida Provisória nº 520 propunha a criação da EBSEH como empresa pública na forma de sociedade anônima. Após o apontamento de diversas inconstitucionalidades em suas disposições, a MP não foi convertida em lei. O Governo Federal apresentou um novo projeto de lei (PL Nº 1.749/2011), de iniciativa da Presidência da República, com a mesma intenção da MP, mantendo a forma de Sociedade Anônima, “como forte atuação na ordem econômica, para a exploração direta de atividade econômica pelo Estado no âmbito da Saúde Pública, utilizando-se, para esse fim, dos Hospitais Universitários” (SOARES, 2016, p. 55). A lei passou por modificações e debates no Congresso, resultando na atual nº 12.550/2012.

Focando apenas em aspectos anteriores da “má gestão” dos HUs, a EBSEH propôs uma mudança no regime jurídico destes¹³. Questiona-se,

13 Oliveira (2014, p. 99) afirma que a EBSEH foi criada tendo como inspiração os modelos do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ambos de Porto Alegre/RS. Desde a década de 1970, o HCPA é uma Empresa Pública com regime jurídico de direito privado, enquanto o GHC é uma Sociedade Anônima (S.A.). Os modelos já foram alvos de críticas do Conselho Nacional de Saúde por violarem as prerrogativas do SUS e possibilitarem, por exemplo, a dupla porta de entrada.

nesse sentido, a legitimidade da criação da empresa com base na interpretação do artigo 173 da Constituição¹⁴.

3.2. A ausência de participação popular na EBSEH nos processos de adesão e instâncias decisórias: como viabilizar o controle social?

Para que um HU, que presta ações e serviços de saúde pública na forma do SUS, seja tido como filial da EBSEH, é necessário que haja a manifestação, via Conselho Universitário para a celebração do contrato de gestão. Os Conselhos Universitários - na perspectiva apresentada dos instrumentos de participação popular direta na gestão pública -, são instâncias democráticas que garantem a participação da comunidade acadêmica (estudantes, técnicos e professores, distribuídos de forma paritária ou não) eleita para essa finalidade, junto aos espaços decisórios das Instituições de Ensino, perfazendo a máxima constitucionalizada da autonomia universitária.

Ocorre que, das 40 filiais da EBSEH existentes, poucas abriram um processo democrático de consulta e debates, prevalecendo decisões monocráticas dos Reitores, “[...] processo este marcado por arbitrariedades e até mesmo violência física, em todo o país” (APUFPR, 2016, p. 7). Na Universidade Federal de Campina Grande, por exemplo, houve 36 votos contra a proposta de adesão e 4 a favor. Quase dois anos depois, o reitor aderiu monocraticamente, de forma inversa ao definido pelo órgão máximo deliberativo da Universidade (FNCPS, 2014).

A resistência à adesão à EBSEH, e mais recentemente, a cobrança por controle social e participação popular sobre as atividades da empresa são característicos de setores organizados da sociedade civil que construíram a reforma sanitária e presenciam cotidianamente o desmonte do SUS. Na ADI proposta, figuram como *Amicus Curiae* a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), a Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA), Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social (FENASPS), Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Sindicato Estadual dos Trabalhadores de Empresas Públicas de Serviços Hospitalares no Estado de Alagoas (SINDSERH/AL)¹⁵.

De acordo com as normativas da EBSEH, o controle e fiscalização exercido sobre a Empresa tem natureza interna – proveniente dos órgãos do Poder Executivo – e externa, realizada pelo Congresso Nacional e pelo

14 O mencionado artigo dispõe que “[...] ressalvados os casos previstos nesta Constituição, a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei”.

15 Pontua-se que este último, ao contrário dos demais, argumenta pela constitucionalidade da Empresa.

Tribunal de Contas da União, inexistindo qualquer previsão de controle social, seja na Lei 12.550/2012 ou no Decreto 7.661/2011.

O artigo 9º da Lei 12.550 atribui que “a EBSEERH 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”, prevendo ainda que a atribuição do Estatuto Social é definir “a composição, as atribuições e o funcionamento dos órgãos” acima.

O artigo 12 do Estatuto Social da EBSEERH dispõe que, além da Assembleia Geral, são estatutários os seguintes órgãos: I – Conselho de Administração; II – Diretoria Executiva; III – Conselho Fiscal; IV – Conselho Consultivo; V – Comitê de Auditoria; VI – Comitê de Elegibilidade, Indicação e Remuneração; VII – Comitê de Compras e Contratações; VIII – Comitê de Partes Relacionadas; e IX – Comissão de Ética.

Em complemento, o Regimento Interno da Empresa prevê outros órgãos que somados aos estatutários compõem a estrutura de governança da Empresa, classificados em Órgãos de Administração; Órgãos de Fiscalização e Comissões e Comitês.

Os órgãos de administração são compostos pelo Conselho de Administração, Diretoria Executiva e Conselho Consultivo. Fazem parte dos órgãos de fiscalização o Conselho Fiscal e a Auditoria Interna. As comissões e comitês previstas pelo Regimento Interno da EBSEERH são (i) a comissão de ética; (ii) o comitê interno de gestão do REHUF; (iii) a comissão de controle interno; (iv) o comitê de gestão riscos e crise; (v) o comitê permanente de desenvolvimento de pessoas da sede; (vi) o comitê gestor de segurança da informação e comunicação; (vii) o comitê de governança de tecnologia da informação e comunicação; (viii) o comitê de governança do aplicativo para gestão dos Hospitais Universitários; (ix) outras comissões e comitês constituídos pela Presidência ou pela Diretoria Executiva.

Critica-se ainda a forma de escolha dos gestores locais dos Hospitais, que passam a ser subordinados política e economicamente à EBSEERH.

A IFES indica o gestor do HU, mas suas decisões são todas tomadas no âmbito da empresa e não dirão respeito à IFES; ou seja, o Diretor Geral, por exemplo, é um funcionário que presta serviço para o HC [Hospital de Clínicas], e com a mudança de regimento interno, este mesmo gestor passa a ser subordinado à EBSEERH, seguindo as normas ditadas pela empresa (APUFPR, 2016, p. 18).

Em substituição ao processo democrático de escolha de diretorias que havia nos HUs do país, surgiram as indicações e cargos comissionados. O ANDES (2017, p. 5) constatou que tal indicação é difusa, podendo ser feita pelos reitores ou pela empresa, a depender de como se deu a adesão

em cada localidade e a articulação com políticos locais. Tais indicações dão respaldo a uma administração patrimonialista e clientelista, tendo como função o aparelhamento político dos HUs.

Entre os instrumentos normativos que regulam a EBSEERH, a única menção ao **controle social** é feita no artigo 67 do Estatuto Social da Empresa ao tratar do Conselho Consultivo¹⁶.

Ainda assim, o Conselho Consultivo atua assistindo, de forma subordinada, a Diretoria Executiva e o Conselho de Administração, sugerindo “quanto ao papel social da empresa, sem garantia de que serão aceitas e implementadas” (LAMENHA, 2018, p. 67). Destaca-se a utilização dos verbos que definem a competência dos conselhos, pois

Enquanto as funções dos conselhos fiscal e administrativo, composto paritariamente por representantes do governo e pelos indicados da EBSEERH, são compostas pelos verbos fixar, aprovar, deliberar, apreciar, autorizar, fiscalizar e designar, as funções do Conselho Consultivo estão vinculadas aos verbos opinar, propor, acompanhar e assistir (LAMENHA, 2018, p. 68).

Apesar do Conselho Consultivo ser o órgão responsável pelo controle social (em sentido estrito, e não na acepção de participação popular), é ao Conselho de Administração que compete a deliberação “sobre alteração do capital e do Estatuto Social da EBSEERH (artigo 12, caput e artigo 13, I e II do Estatuto)”, possibilitando que ocorram, posteriormente, mudanças no próprio regime jurídico da Empresa para Sociedade Anônima, como previam a MP e o Projeto de Lei, “com abertura de ações no mercado de capitais, passando a ter uma finalidade lucrativa também para atender as expectativas financeiras dos seus sócios” (SOARES, 2016, p. 69).

Destaca-se ainda a ausência de usuários na administração local, das filiais, composta por um colegiado executivo composto pelo superintendente do hospital e os gerentes administrativo, de atenção à saúde e de ensino e

16 Art. 67. Conselho Consultivo é órgão permanente da EBSEERH que tem as finalidades de consulta, controle social e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, e é constituído pelos seguintes membros: I - o Presidente da EBSEERH, que o preside; II - 2 (dois) representantes do Ministério da Educação; III - 1 (um) representante do Ministério da Saúde; IV - 1 (um) representante dos usuários dos serviços de saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo Conselho Nacional de Saúde; V - 1 (um) representante dos residentes em saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo conjunto de entidades representativas; VI - 1 (um) reitor ou diretor de hospital universitário, indicado pela ANDIFES; e VII - 1 (um) representante dos trabalhadores dos hospitais universitários federais administrados pela EBSEERH, indicado pela respectiva entidade representativa (grifos nossos).

pesquisa, no caso de hospitais universitários ou de ensino (art. 60 do antigo Estatuto Social da Empresa)¹⁷.

Esse Conselho Consultivo, ao contrário dos Conselhos de Saúde do SUS, que possuem caráter deliberativo, apresenta funções apenas de assessoria e cuja composição é estranha ao padrão da universidade de ter a participação da comunidade acadêmica nos órgãos colegiados de decisão. Num espaço onde o ensino, ao lado da pesquisa e extensão, são as finalidades últimas dos HUs, não há representação de unidades acadêmicas, de docentes e de discentes da graduação. Os trabalhadores técnico-administrativos que representam uma parcela do trabalho dos HUs não são também representados.

Embora alguns hospitais universitários filiados a EBSERH tenham modificado essa composição, é relevante que o fizeram sem orientação nesse sentido por parte da empresa. Como isso não tem respaldo estatutário, são modificações que tem existência precária, podendo serem revertidas com facilidade.

Binenbojm (2014, pp. 310-311) enfatiza na sociedade cotidiana a pulverização da tomada de decisões, majoritariamente tomada por burocratas profissionais, tecnocratas, somado ao fenômeno patrimonialista, sempre presente na história da administração pública brasileira, o que levanta o questionamento da legitimidade dessas escolhas.

Wladimir Soares (2016, p. 61) destaca que, num contexto de precarização do SUS, esse modelo de redução da soberania popular, sob a argumentação de foco na gestão, celeridade e eficiência da administração, se não atentar à efetividade dos direitos fundamentais, pode acabar criando uma situação de irreversibilidade, pois, ainda que contestada a constitucionalidade da EBSERH, foram estabelecidas relações jurídicas, repasses orçamentários e de bens, mudanças no regime jurídico dos trabalhadores que caminham para a irreversibilidade na realidade social.

CONCLUSÃO

Diante da transferência de decisões que dizem respeito ao maior conjunto de hospitais que servem ao SUS e que possuem relevante importância no atendimento dos setores de média e alta complexidade, fica evidenciada a ausência de legitimidade na tomada de decisões políticas e a insuficiência do controle social institucional proposto dentro da EBSERH.

Apesar da importância da democracia representativa, esta não se basta no Estado Democrático de Direito: a democracia participativa, junto

¹⁷ De maneira não regulamentada estatutariamente, existe uma diretriz técnica para a criação de Conselhos Consultivos nas filiais, com composição à semelhança da existente na sede, ou seja, o Superintendente do hospital, que o preside; um representante da Secretaria Estadual de Saúde; um representante da Secretaria Municipal de Saúde; um representante dos usuários dos serviços de saúde do hospital, indicado pelo Conselho Estadual de Saúde; um representante dos residentes em saúde do hospital, indicado pelo conjunto de entidades representativas; e um representante dos trabalhadores do hospital, indicado pela respectiva entidade representativa.

com os instrumentos de participação direta, institucionalizados ou não, constituem elemento de legitimação das decisões do administrador e de viabilizar que o cidadão se envolva no processo democrático e na garantia de seus direitos constitucionalmente previstos. O exemplo da saúde pública elucida o significado da participação cidadã na Administração Pública – de sua constitucionalização, sistema de valores, estruturação do SUS, Leis Orgânicas, Conselhos, Conferências e outras instâncias. Trata-se de viabilizar mais do que a fiscalização, mas também a cidadania, de forma individual ou coletiva, com a formulação e execução das políticas públicas, tornando o povo verdadeiro agente social. É nesta perspectiva que se defende a democracia sanitária.

A nível de um país continental e da quantidade de pessoas que se utilizam exclusivamente do SUS, o órgão que exerce o controle social na EBSERH tem apenas um representante dos usuários. Se no SUS esta participação compõe 50% dos Conselhos nos três níveis, na EBSERH as cadeiras de decisão são majoritariamente ocupadas por cargos de direção do governo federal, revestidos por uma suposta tecnocracia, esvaziando-se a noção e importância da consolidação democrática num espaço de execução da política pública de saúde de média e alta complexidade em todo o país, fragilizando a democracia em suas bases (cidadãos e usuários do SUS).

A gestão de parte relevante da saúde pública brasileira exige não só a observância do direito administrativo como do sistema normativo que consolidou o sistema de saúde público brasileiro. A EBSERH, ao não viabilizar espaços ou instrumentos de democratização/control social, distancia da soberania popular decisões referentes às políticas públicas dos Hospitais Universitários a nível nacional, impactando ensino, pesquisa e extensão, a autonomia universitária e, principalmente, o acesso à saúde da população brasileira, majoritariamente dependente do SUS.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário*. A proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ANDES. *Ebserb aprofunda precarização dos Hospitais Universitários*. In: ANDES. InformANDES, nº 72. Brasília: julho de 2017.

ANS. Dados Gerais. *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 26 jun. 2018.

APUFPR (et. al.) *Dossiê contra a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná*. Curitiba: APUFPR, 2016.

BINENBOJM, Gustavo. *Uma teoria do direito administrativo*. Direitos fundamentais, democracia e constitucionalização. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2014.

BONAVIDES, Paulo. *Teoria do Estado*. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

BRAVO, Maria Inês; CORREIA, Maria Valéria. Desafios do controle social na atualidade. *Revista Serviço Social*. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan/mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. *Para entender o controle social na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_para_entender_controle_social.pdf. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano. *Governo do Brasil*, 05 jun. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicadas-pelo-sus-em-um-ano>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CARVALHO, Luiz Maklouf. *1988: segredos da Constituinte*. Os vinte meses que agitaram e mudaram o Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a reforma sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). *Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde*. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

CÓRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Orgs.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo, v. 9, n. 3, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 19 jun. 2018.

EBSERH. *Estatuto Social*. Aprovado pela Assembleia Geral Extraordinária realizada em 29 de junho de 2018. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/0/1+-EstatutoSocial_AGE_30ago2018_rubricaPGFN_registroJComercial_ok.pdf/7880ac95-aacc-497a-8145-ac3b8938c8b0. Acesso em: 23 dez. 2018.

EBSERH. *Regimento Interno (3ª Revisão)*. Aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 10 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112576/Regimento+Interno+Aprovado+CA+12052016.pdf/fda5583a-4f34-44ed-b75b-ca96c1332b4b>. Acesso em: 06 out. 2018.

EBSERH. *Relatório de Gestão do Exercício de 2014 do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes*. UFAL, 2014. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/221436/333593/Relat%C3%B3rio+de+Gest%C3%A3o_2014_FINAL_30.03.2015.pdf/f73baa95-ff65-41e2-8d1c-6e655e7862f8. Acesso em 02 jul. 2018.

FNCPS. *Relatório analítico das irregularidades e dos prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH*. FNCPS, 21 ago. 2014. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2014/08/0953.html>. Acesso em: 28 ago. 2018.

LAMENHA, Rafaela Vieira. *A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como solução para a crise dos Hospitais Universitários: determinações econômicas e políticas*. In: CORREIA, Maria Valéria Costa. Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018.

MATTA, Gustavo Corrêa. *Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia Moura (Orgs.). Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. *A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)*. 2014. 191 páginas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PAVÃO, Ana Luiza Braz. SUS: em construção ou desconstrução? *Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 10, n.

3, jul/set. 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1192>. Acesso em: 23 jun. 2018.

RIBEIRO, Daniella Borges. *A autonomia universitária na era da parceria público-privado*. Universidade e Sociedade 56. Brasília: ANDES, junho de 2016. Disponível em: <http://www.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-98128498.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan/mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SCAFF, Fernando Facury. *Direito à saúde e os tribunais*. Parte II. In: NUNES, António José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. *Os tribunais e o direito à saúde*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SOARES, Wladimir Tadeu Baptista. *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Sistema Único de Saúde (SUS) e Autonomia Universitária*. 2016. 110 páginas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Justiça Administrativa, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

SOUZA, Natale Oliveira. *Legislação do SUS*. Comentada e esquematizada. 2. ed. Salvador: Sanar, 2018.