



**“Questão Social, Pandemia e Serviço Social:  
em defesa da vida e de uma educação emancipadora”**

**Eixo temático:** Serviço Social: Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional

**Sub-eixo:** Formação profissional

**GESTÃO EBSEH E SEUS IMPACTOS NO TRABALHO DO ASSISTENTE  
SOCIAL COMO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:  
rebatimentos e desafios para o processo de formação profissional do residente.**

THEREZA CRISTINA ANDRADE MOREIRA <sup>1</sup>  
MARIA DAS GRAÇAS GARCIA E SOUZA <sup>2</sup>

**Resumo:** O presente texto objetiva debater sobre os impactos do modelo de Gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no trabalho do assistente social como preceptor de serviço social da residência multiprofissional em saúde num determinado Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro. Nesse contexto adverso a residência multiprofissional que nos moldes legais é tida como formação em serviço também é afetada seja pela diminuição expressiva do número de preceptores e preceptoras, tanto como as consequências da precarização e intensificação da exploração dos trabalhadores que também incidem sobre os alunos já que estão inseridos na assistência direta aos usuários.

**Palavras-chave:** serviço social; residência multiprofissional em saúde; Hospital Universitário.

**Abstract:** This text aims to discuss the impacts of the Management model of the Brazilian Company of Hospital Services on the work of the social worker as a social

---

1 Profissional de Serviço Social. Universidade Federal Fluminense

2 Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal Fluminense

service preceptor of the multiprofessional residency in health in a certain University Hospital in the State of Rio de Janeiro. In this adverse context, the multi-professional residency, which in legal terms is considered as in-service training, is also affected by the expressive decrease in the number of preceptors and preceptors, as well as the consequences of the precariousness and intensification of the exploitation of workers that also affect the students since are included in direct assistance to users.

**Keywords:** social service; multiprofessional residency in health; University hospital.

## 1 INTRODUÇÃO

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH foi criada no ano de 2011 no governo da presidenta Dilma Rousseff tendo como marco legal a Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011 sendo, de acordo com o seu regimento interno, uma “empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (...) é o órgão responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado em 2010 por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro.” (EBSEH, 2010, p. 7). Uma das justificativas para a criação desta seria a regularização da situação dos profissionais com contratos precários nos hospitais universitários e dar maior agilidade ao processo de contratação de servidores resolvendo de forma mais rápida e mais eficiente o problema da escassez de mão de obra nos Hospitais universitários.

É importante destacar que tanto a criação da Medida Provisória nº 520, que propunha a criação da empresa, quanto a promulgação da Lei que autoriza a mesma ocorreram em governos que se diziam de esquerda. A primeira se deu no governo Lula e a segunda na gestão da presidenta Dilma Rousseff.

Passados dez anos da assinatura dos primeiros contratos de adesão verifica-se que a promessa de reposição e de valorização da força de trabalho não se concretizou. Ao contrário, as vagas dispostas nos editais não repuseram o contingente necessário de trabalhadores já que o Ministério do Planejamento alinhado a uma política econômica restritiva e que apregoa o corte de gastos, sobretudo, nas áreas de saúde e educação a fim de não ultrapassar o teto de gastos públicos ao longo desse tempo não autorizou o número necessário de profissionais para atender com qualidade à demanda.

Essa política de ajuste econômico e de enxugamento das verbas para as políticas sociais, sobretudo, nas áreas de saúde, educação, cultura, ou seja, em áreas não consideradas de gestão exclusiva do Estado não são uma novidade.

Desde a era Fernando Henrique Cardoso começou a ser implementada com maior afinco através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, de Luiz Carlos Bresser Pereira, então ministro da administração federal e reforma do Estado.

Os governos que sucederam a gestão Fernando Henrique Cardoso deram continuidade a essa lógica privatista mesmo aqueles que se elegeram sob a bandeira de orientação de esquerda. A partir do Golpe ocorrido em 2016 em que a Presidenta Dilma Rousseff sofreu impeachment, tendo assumido em seu lugar o vice Michel Temer, as contrarreformas avançaram de maneira ainda mais agressiva culminando com a eleição de Jair Messias Bolsonaro em 2018 e que representou uma ascensão do neoconservadorismo e da necropolítica com a intensificação de todas as medidas de restrição econômica já mencionadas.

As contrarreformas trouxeram consequências nefastas para a classe que sobrevive do trabalho. A flexibilização das relações de trabalho e a intensificação da exploração da classe trabalhadora se agudizam em todas as esferas da vida inclusive na área da saúde.

No presente texto iremos nos concentrar em um determinado Hospital Universitário da Região Metropolitana II cuja adesão à gestão da EBSEPH ocorreu em abril de 2016 estando, portanto, há seis anos sob a gerência da referida empresa. Cabe salientar que o processo précontratual com a EBSEPH se deu permeado por muitas tensões. Em um ambiente totalmente antidemocrático e cuja derradeira reunião se deu a portas fechadas e com intensa repressão aos sindicatos, movimentos sociais e comunidade acadêmica que se concentravam do lado de fora se posicionando contra a adesão à EBSEPH por considerarem que a mesma é parte do processo de privatização/mercantilização da saúde pública.

No caso do HU em questão a investida do capital para a implantação da EBSEPH teve apoio de parte da mídia jornalística local como forte aliada para criar uma atmosfera de crise na Saúde a fim de angariar o consentimento ativo e a aprovação da sociedade, difundindo como única via de salvação possível para sanar a grave situação enfrentada pelo hospital de forma a manter a continuidade dos

atendimentos de alta complexidade, a adesão ao contrato de gestão proposto.

Como já mencionado, no mês de abril de 2016 foi assinado o contrato de adesão do referido HU com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Para a categoria dos/das assistentes sociais a questão da reposição da força de trabalho tem sido um problema cujo impacto interfere na categoria, no ensino/formação através da preceptoria aos residentes e supervisão aos estagiários.

Neste texto nos concentraremos nos impactos gerados pelas contrarreformas que trouxeram como uma consequência inegável a precarização e superexploração dos trabalhadores assistentes sociais e como esses impactos também prejudicam a formação da residência multiprofissional em saúde na área de serviço social.

### **Breve contextualização sobre a situação dos trabalhadores assistentes sociais em um determinado HU da Região Metropolitana II**

A contratação de servidores no HU no qual estamos inseridas possui um histórico de admissões por meio de Processo Seletivo Simplificado (PSS) por tempo determinado e embora tenha sido utilizado o argumento de que a adesão à EBSEH resolveria o problema da escassez de mão de obra especializada, na prática, não é o que vem ocorrendo desde a sua implementação.

A Empresa tem mantido tipos diferenciados de vínculo no espaço da instituição o que corrobora para a precarização desses trabalhadores, para a alta rotatividade, para a desmobilização destes enquanto classe trabalhadora na luta por direitos além de contribuir para o incentivo à rivalidade e competitividade entre profissionais de uma mesma categoria, que prestam os mesmos serviços com salários e benefícios diferenciados entre si o que prejudica a continuidade e a qualidade do serviço além de impactar de forma negativa o exercício da preceptoria e a formação dos residentes que estão inseridos nesse contexto adverso conforme

apontam Machado e Ramos (2016):

O número reduzido de profissionais e os vínculos estabelecidos através de contratos temporários refletem dificuldades para o exercício de preceptoria e orientações dos trabalhos de conclusão de residência, em razão do acúmulo de tarefas, frente ao quadro de precarização do serviço de saúde. (MACHADO; RAMOS, 2016).

No caso das contratações por concurso público da EBSEPH, via CLT, na instituição de saúde localizada em Niterói há uma valorização injusta dos servidores da Empresa já que as progressões ocorrem via sorteio, de forma não automática e sem nenhuma transparência já que os não selecionados para progressão não tomam ciência das suas pontuações e classificação. O plano de carreiras prometido inicialmente, inclusive em acordos coletivos, até hoje não foi efetivado e por mais que os profissionais se qualifiquem com cursos de aperfeiçoamento exigidos pela empresa e tenham especialização, mestrado e doutorado não tem a menor garantia de que receberão por isso.

Da adesão à EBSEPH em abril de 2016 até o presente momento a categoria dos Assistentes Sociais já teve a perda de dez profissionais: sete por aposentadoria e três por remoção tendo ainda mais duas servidoras que estão com seus processos de aposentadoria em andamento havendo a possibilidade de até o final de 2022 ocorrer a perda de mais duas profissionais. Cabe salientar que essas vagas são referentes a servidoras estáveis contratadas pelo Regime Jurídico Único cujas vagas não foram repostas, pois, a partir da contratualização com a EBSEPH houve a devolução dessas vagas para a reitoria da UFF.

Do ano de 2016 até o presente foi realizado apenas um concurso específico com duas vagas para assistente social para o HU da Região Metropolitana II. Houve um segundo concurso, de âmbito Nacional, com cadastro de reserva para assistente social sendo importante frisar que, diferentemente da enfermagem e da medicina, que contam com vagas próprias a categoria dos assistentes sociais concorre com outras categorias no momento da autorização do provimento de vagas pelo Ministério do Planejamento. Isso significa maior dificuldade para a reposição de servidores em número compatível com a necessidade do serviço.

Como outrora mencionado houve uma perda importante da quantidade de assistentes sociais no referido HU da região Metropolitana II. De 2018 até o momento houve a admissão de um servidor RJU através de permuta e de quatro assistentes sociais do concurso EBSEH: dois profissionais do concurso específico para lotação na cidade de Niterói, uma do concurso de âmbito Nacional e uma por meio de remoção. A admissão de mais duas servidoras EBSEH está em andamento sendo uma oriunda do cadastro de reserva nacional e a segunda removida de outra subsidiária EBSEH. Portanto, até o final de 2022, haverá um total de sete novas admissões sendo um RJU (permuta) e seis assistentes sociais do concurso EBSEH sendo que a necessidade para reposição das vacâncias seria, até o momento, de dez profissionais. Com a iminência da aposentadoria de mais duas servidoras serão cinco postos de trabalho sem reposição.

### **A mercantilização da saúde e da vida a partir da lógica empresarial da gestão de leitos**

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH para a gestão dos Hospitais Federais, proposta inicialmente no governo Lula e sancionada em 2011 no Governo Dilma Roussef, segue à lógica de cessão do serviço público de saúde, no caso a gestão dos Hospitais Federais, a uma empresa dita pública de Capital Privado. Portanto, consideramos que a mesma está inserida no contexto de contrarreforma da política de saúde e representa uma privatização da mesma ao submeter a administração dos recursos públicos, funcionários e patrimônio a uma empresa que, embora dita pública, apresenta personalidade jurídica de direito privado a uma lógica mercantil por alcance de metas, busca de maior giro de leitos visando ao aumento do faturamento, desconsiderando a necessidade de saúde dos usuários e a pesquisa diagnóstica com proposta interventiva sem prazo pré

determinado conforme era a proposta dos hospitais de ensino.

No Hospital Universitário em que estamos inseridos, no município de Niterói na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, foi implementado o método Kanban como ferramenta de gestão de leitos. Tal método, cuja inspiração é o modelo Toyotista/Kanban, foi inspirado no chão de fábrica da indústria automobilística japonesa o que desconsidera sobremaneira as particularidades e as condições de vida dos usuários do SUS em sua maioria pauperizados impondo uma pressão pela desospitalização rápida que em casos mais complexos que envolvem as agudizações da questão social e judicialização produzem uma pressão ainda maior sobre o serviço social que culturalmente/institucionalmente costuma ser culpabilizado pela não liberação do leito.

Ao ser admitido no HU, a partir da hipótese diagnóstica é proposto um tempo estimado de permanência no hospital. Há um quadro de internação nas enfermarias com o nome dos pacientes e placas nas cores verde, amarela e vermelha que indicam se aquela pessoa está dentro do tempo estimado de internação. Quando esse tempo é ultrapassado, mesmo que por questões clínicas, começa a haver uma movimentação entorno da desospitalização do sujeito e uma pressão, sobretudo por parte do núcleo interno de regulação, para resolver as “pendências da alta”.

Acontece que em muitos casos, sobretudo nas clínicas cirúrgicas, a demora na maior parte das vezes se dá pela falta de insumos para a realização de cirurgias o que faz com que o paciente tenha que voltar para casa e aguardar a chegada do material ou em caso da impossibilidade de esperar em sua residência ficar no nosocômio aguardando pelo mesmo.

A internação prolongada também é comum nos casos de agravamento da doença de base do usuário ou de complicações no póscirúrgico que nada tem a ver com a intervenção do serviço social e que costumava ser colocada como “internação social” para justificar o longo tempo na unidade hospitalar.

Outra questão que costuma gerar certo conflito de entendimento entre a gestão e o serviço social é que buscamos pontuar que embora tentem otimizar o



tempo de internação através da utilização de planos operacionais padrão (os POP'S) existe uma distância entre o ideal e o real estando posto que a vida não é feita de fórmulas e que a agudização da questão social e as condições de vida cada vez mais aviltantes dos usuários do serviço público de saúde com a crescente pauperização, desemprego e subemprego impactam sobremaneira nas condições de saúde dos mesmos considerando seus fatores determinantes e condicionantes.

Ademais, também pontuamos que a rede básica de saúde encontra cada vez mais dificuldade em fornecer os insumos e ou equipamentos que garantam a permanência dos usuários no seio familiar o que faz com que muitos não tenham condições de sair do ambiente hospitalar e quando saem retornem de forma rápida, algumas vezes mais debilitados, por absoluta impossibilidade da rede básica de propiciar assistência adequada à população devido à altíssima demanda e precariedade dos serviços.

Nos casos que envolvem judicialização seja para a solicitação de material e insumos que não fazem parte da rede básica como bala de oxigênio e ou homecare para usuários que dependem de equipamentos para manutenção da vida e cuja alta para casa está atrelada à concessão dos mesmos , cama hospitalar e encaminhamento para instituições de longa permanência em situações em que a pessoa não possui familiares/rede de apoio há dificuldade de entendimento de que os prazos e a rapidez nos processos depende de outras instituições e que nós, enquanto profissionais, possuímos limites.

Em uma conjuntura de restrição e dificuldade de acesso de amplo conjunto da população às políticas e programas sociais básicos e com o subfinanciamento crônico das políticas sociais não está sob o controle do profissional de serviço social determinar se o usuário poderá ou não ter acesso a determinado programa e o prazo para acesso. A dificuldade de entendimento do papel do assistente social por parte da equipe multidisciplinar é grande e a clareza de sua atuação e dos limites da profissão são foco de tensão constante e precisam estar bem delimitados para que o profissional não incorra num voluntarismo/messianismo ou num pessimismo imobilizador de sua intervenção.

Nesse contexto de gerência empresarial pautada no lucro através da busca incessante pelo intenso giro de leitos por vezes escamoteado pelo discurso da ampliação do acesso, do acúmulo de tarefas e sobrecarga de trabalho causada pela reposição insuficiente de assistentes sociais está inserida a atividade de preceptoria a residentes de serviço social como uma das tarefas executadas pelo assistente social em sua rotina de trabalho.

Entendemos que o número diminuto de profissionais e a rotina cada vez mais intensa de trabalho com múltiplas tarefas pode comprometer a formação do residente em termos teórico-práticos pela dificuldade de prestar uma organização qualificada da atividade de preceptoria além da possibilidade de adoecimento físico e mental dos alunos que mal iniciaram a sua vida profissional e já se vêem atingidos pela precarização do trabalho e intensificação das demandas e dos desafios postos à profissão já que suas atividades como residentes preveem a formação pelo e através do trabalho.

### **Residência multiprofissional, preceptoria e conjuntura: impactos da gestão EBSEH na formação do residente de serviço social.**

A preceptoria, em seu aspecto normativo, ganhou evidência a partir da criação das Residências em Saúde. Por meio da Lei nº 11.129/2005 foi instituída a Residência Multiprofissional em Saúde (REMUS), que se constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação voltada para a educação em serviço e, com exceção da medicina, destinada aos profissionais que integram a área de saúde. Entre os profissionais envolvidos nos Programas de RMS, tem-se o preceptor, responsável pela condução dos residentes (BRASIL, 2005a).

A preceptoria é considerada uma função de supervisão docente-assistencial

por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes (BRASIL, 2005b). A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) refere que os programas de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) precisam abranger aspectos em relação à dimensão pedagógica (BRASIL, 2012). Assim, a RMS deve ser conduzida por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem condizentes com linhas de cuidado na atenção à saúde, com metodologias e dispositivos, de modo a garantir a formação integral, multiprofissional e interdisciplinar.

Em uma realidade adversa, marcada pela precarização das condições de trabalho, com quantitativo reduzido de servidores, em que o assistente social presta assistência direta aos usuários e usuárias no ambiente hospitalar e à sua rede de apoio socioafetiva além da articulação com a rede de serviços de atenção à saúde; previdência, assistência social dentre outros, além da inserção no ensino, pesquisa e extensão que estão dentro das suas atribuições profissionais e condizentes com a sua função de técnicos administrativos em educação a preceptoria torna-se um desafio já que não há liberação de carga horária para o planejamento e execução das atividades relativas à preceptoria.

Por outro lado, os residentes enquanto profissionais recém- formados e alunos de pós-graduação cuja formação se dá através da junção teoria/prática na modalidade formação em serviço sofrem os mesmos prejuízos que seus preceptores no que se refere aos reflexos da precarização e intensificação da exploração do trabalho e acúmulo de tarefas. Estes precisam dar conta de uma jornada exaustiva de 60 horas semanais, assistir as aulas que fazem parte do eixo teórico obrigatório, além de atuar nos serviços. Conforme Batista,

o trabalho em saúde e a prolongada jornada de trabalho do residente

inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no trabalho do residente, estas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista. Nesses marcos, as 60 (sessenta) horas semanais são uma forma de intensificação da exploração do trabalho e são incompatíveis com as propostas de formação inscritas na RMS (BATISTA, 2018).

## Rodrigues em sua reflexão sobre os Programas de Residência multiprofissional em saúde destaca que

o viés meritocrático e do produtivismo acadêmico impera, com índices e pontuações que produzem e reproduzem a intensificação do trabalho. Consideramos que esta perspectiva fortalecida pelo viés meritocrático, assentado em exigências cada vez maiores em termos de produtivismo acadêmico, fragiliza iniciativas com viés extensionista, como as relativas aos Programas de Residência (RODRIGUES, 2016).

Outro ponto que nos traz inquietação e que carece de debate é o lugar do residente dentro dessa lógica capitalista exploradora que se utiliza de uma suposta ampliação das vagas para democratização do acesso aos programas de pós-graduação e que, na prática, expõe os residentes a uma rotina que os coloca como mão de obra barata para substituição de força de trabalho deficiente.

Não há sequer uma atenção voltada à saúde do residente como em vários locais há um setor de atenção à saúde do trabalhador. Quando buscam por atendimento na universidade a alegação é a de que os programas de saúde e qualidade de vida são voltados aos servidores da universidade e não contempla a residência multiprofissional em saúde. E em outra medida também encontram dificuldade de acesso dentro do HU em que atuam.

Há inúmeros casos de desistência da residência por adoecimento físico e mental o que se confirma durante os encontros voltados para as residências uni e multiprofissionais em saúde e urge pensar políticas e estratégias de acolhimento para permanência do residente e de enfrentamento à lógica imediatista, produtivista e de exploração à qual a residência está imersa como parte da conjuntura capitalista.

### Conclusão:

A residência multiprofissional em saúde como modalidade de pós- graduação possibilita ao egresso da graduação uma formação importante na área da saúde aprofundando e ampliando os conhecimentos sobre as temáticas referentes à saúde ao mesmo tempo que o capacita também no campo da atuação já que se configura como formação em serviço.

São inúmeros os desafios encontrados e sem dúvida a partir dos governos de orientação neoliberal e com a ascensão em 2018 de um governo ultraneoliberal e ultraconservador, de viés negacionista e compromissado com uma necropolítica de subtração dos direitos mais básicos da classe trabalhadora, sobretudo aqui, no que versa ao direito à saúde.

O negacionismo e o descompromisso com a população usuária dos serviços públicos de saúde ficou evidente durante a pandemia da Covid 19 e também evidenciou o caos na saúde pública que intensificou a exploração dos trabalhadores em saúde.

A superexploração a precarização do trabalho do trabalho prejudicam o exercício da preceptoria e a formação dos residentes imersos nesse contexto e diretamente afetados tanto no aspecto formativo quanto na parte prática. O debate não se esgota neste breve ensaio e tivemos com ele propor provocações que possam ampliar a discussão e a proposição de novas formas de enfrentamento e de luta.

## Referências bibliográficas

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. Biblioteca Básica de Serviço Social. V. 2. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. Brasil em Contrarreforma - desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008. v. 1. 304p

BRASIL. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995. 86p. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>

BRESSER PEREIRA, L. C. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Cadernos MARE da Reforma do Estado, v.1, 1997, 58 p.

MACHADO, T. De O.; ANDRADE, V.R de. Breve Relato do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP. In: II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em : <http://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/043.pdf>

Moreira, T. C. A. A Produção dos (as) Assistentes Sociais sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares , Rio de Janeiro, 2018. Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Serviço Social, UFRJ, 2018.

CARDOSO, Renata de Oliveira. O Processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos

Hospitais Universitários. In: Maria Inês Souza Bravo; Juliana Souza Bravo de Menezes (org). Caderno de Saúde: A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, 98p.

Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei 12.550 de 15 de Dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

RODRIGUES, T. De F. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v.15, n. 1 (21), p. 71-82, jan./jun. 2016 ISSN 1676-6806