



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE-PB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS- CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL- DSS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-PPGSS**

MARIA HELENA LIMA COSTA

**AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSERH NO TRABALHO DOS/AS
ASSISTENTES SOCIAIS: Uma análise dos Hospitais Universitários da
Universidade Federal de Campina Grande.**

**CAMPINA GRANDE- PB
2023**

MARIA HELENA LIMA COSTA

AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSEH NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: Uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande.

Trabalho de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva.

**CAMPINA GRANDE-PB
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C837i Costa, Maria Helena Lima.
As implicações da gestão da EBSEH no trabalho dos/as assistentes sociais: uma análise dos hospitais universitários da Universidade Federal de Campina Grande. [manuscrito] / Maria Helena Lima Costa. - 2023.
127 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Departamento de Serviço Social - CCSA. "
1. Neoliberalismo,. 2. Estado. 3. Contrarreforma. 4. Política de saúde - EBSEH. 5. Assistente social. I. Título
21. ed. CDD 362.1

MARIA HELENA LIMA COSTA

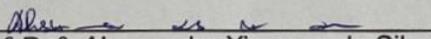
AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSEH NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: Uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande.

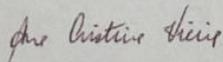
Trabalho de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

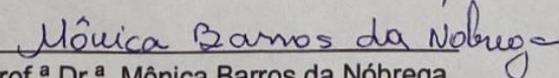
Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

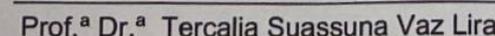
Aprovado em 29 de Setembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Alessandra Ximenes da Silva
(Orientadora e Presidente da Banca – PPGSS/UEPB)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Souza Vieira
(Examinadora Externa – PPGSS/UFPE)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)


Prof.^a Dr.^a Mônica Barros da Nóbrega
(Examinadora Interna – PPGSS/UEPB)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof.^a Dr.^a Terçalia Suassuna Vaz Lira
(Examinadora Interna Suplente - PPGSS/UEPB)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, pela graça que me concedeu, a
minha família pelas palavras de incentivos, e
amigos, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Á Deus seja toda Gloria!

Á Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, por todas as orientações e sugestões de leituras ao longo dessa escrita, e por toda dedicação durante o mestrado não deixando desistir em nenhum momento.

Aos meus Pais, Alandelane Lima Costa e Vanaldo Costa Maciel, por sempre ter me incentivado desde muito cedo investindo na educação, com muito carinho e amor.

A minha irmã, Marianna Lima Costa, por sempre estar presente em todos os momentos dando força para continuar a jornada.

Á minha Prirmã, Ingrid Costa, por estar presente em todos os momentos da minha vida, incentivado a prosseguir na caminhada.

Á Jousiele Ferreira, pela partilha dos momentos de angústia e desespero durante a Pós- graduação, incentivando e colaborando nas publicações de artigos.

Á Mikaella Alves, mesmo longe, apoiando e incentivando desde a graduação a continuar nesse caminho.

Á Jennifer, Mariana e Anaguel por todo apoio durante o processo de escrita e incentivando prosseguir e alcançar meus objetivos.

Á professora Maria do Socorro Pontes, por sempre me incentivar a seguir o caminho da pesquisa desde a graduação.

A todos os professores da Pós Graduação em Serviço Social- PPGSS, pelas ricas contribuições dadas nas ministrações das aulas, mesmo com as dificuldades do modelo remoto.

Á banca examinadora pela disponibilidade, presença e importantes retornos, contribuindo para o aperfeiçoamento desta pesquisa

O trabalho presente foi realizado com o apoio da Fundação Paraibana de Pesquisa- Fapesq, edital nº 07/2021.

Assistentes Sociais têm por objetivo na saúde identificar os aspectos economicos, culturais, políticos e sociais que atravessam o processo saúde doença, buscando para os seus enfrentamentos uma prática educativa emancipatória e a mobilização, quando existentes, dos recursos institucionais e comunitários. Maurílio Castro de Matos, 2021,p.133)

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar as Implicações da Contrarreforma na Política de Saúde no trabalho dos/as Assistentes Sociais, sob a gestão da EBSEH, nos hospitais universitários vinculados a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), que passaram a ser gerenciados por esse modelo de gestão, a partir de 2015. E como objetivos específicos apreender as contradições que incidem no trabalho dos/as Assistentes Sociais nos Hospitais Universitários, sob a gestão da EBSEH, durante a pandemia da Covid-19; identificar as principais orientações para a reestruturação dos hospitais públicos federais, através da EBSEH, no que se refere a coordenação, a avaliação da execução das atividades e elaboração de instrumentos de melhoria da gestão; e desvelar no processo de contrarreforma da Política de Saúde, os limites e possibilidades do trabalho dos/as Assistentes Sociais. Contribui para o debate do trabalho dos assistentes sociais em meio à lógica público/privado. A metodologia utilizada foi a teoria social crítica, através do método crítico dialético. Para tanto, foi realizada a revisão bibliográfica das principais categorias do estudo Crise Capitalista, Neoliberalismo e Ultraneoliberalismo, Estado, Política de Saúde e Contrarreforma e a Pesquisa de Campo junto aos assistentes sociais inseridos nos Hospitais Universitários Alcides Carneiro e Julio Bandeira, situados em Campina Grande e Cajazeiras- PB respectivamente, que são vinculados à UFCG, no período de Fevereiro a Maio de 2023. Também foi utilizada a análise documental através dos Portais de Transparência do Governo Federal, em específico da EBSEH. Esse processo de implantação da Empresa Pública de caráter privado tem sido vivenciado desde o final de 2011, com a sanção da Lei nº 12.550 que cria a EBSEH, sendo o total de 41 HUFs vinculados à EBSEH de um total de 51 instituições. O trabalho traz uma análise sobre a realidade da gestão dos HU's vinculados à UFCG e as implicações desta gestão no trabalho dos/as assistentes sociais, principalmente após a crise sanitária mundial, vivenciada por todos, através da Pandemia da Covid-19, compreendendo as inflexões para o Serviço Social. Além de analisar os gastos dos Hospitais em estudo, a partir de 2020, período de eclosão da Pandemia da Covid-19. Destacamos ainda que, não é possível realizar o comparativo com anos anteriores à implantação desse modelo de gestão, visto que, essas informações não constam nos portais de transparências disponibilizados para consulta.

Palavras- Chave: Neoliberalismo; Estado; Contrarreforma; Política de Saúde; EBSEH; Assistente Social.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the Implications of the Counter-Reformation in Health Policy in the work of Social Workers, under the management of EBSEH, in university hospitals linked to the Federal University of Campina Grande (UFCG), which began to be managed by this management model, starting in 2015. And as specific objectives, learn the contradictions that affect the work of Social Workers in University Hospitals, under the management of EBSEH, during the Covid-19 pandemic; identify the main guidelines for the restructuring of federal public hospitals, through EBSEH, with regard to coordination, evaluation of the execution of activities and development of management improvement instruments; and unveil in the Health Policy counter-reform process, the limits and possibilities of the work of Social Workers. It contributes to the debate on the work of social workers within the public/private logic. The methodology used was critical social theory, through the critical dialectical method. To this end, a bibliographical review of the main categories of the study Capitalist Crisis, Neoliberalism and Ultraneoliberalism, State, Health Policy and Counter-Reformation and Field Research was carried out with social workers at the Alcides Carneiro and Julio Bandeira University Hospitals, located in Campina Grande. and Cajazeiras- PB respectively, which are linked to UFCG, from February to May 2023. Document analysis was also used through the Federal Government's Transparency Portals, specifically EBSEH. This process of implementing the private Public Company has been experienced since the end of 2011, with the sanction of Law No. 12,550 that creates EBSEH, with a total of 41 HUFs linked to EBSEH out of a total of 51 institutions. The work provides an analysis of the reality of the management of HUs linked to UFCG and the implications of this management on the work of social workers, especially after the global health crisis, experienced by everyone, through the Covid-19 Pandemic, understanding the inflections for Social Service. In addition to analyzing the expenses of the Hospitals under study, from 2020, the period of the outbreak of the Covid-19 Pandemic. We also highlight that it is not possible to make a comparison with years prior to the implementation of this management model, as this information is not included in the transparency portals available for consultation.

Keywords: Neoliberalism; State; Counter-Reformation; Health Policy; EBSEH; Social Work.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tabela1- Comparativo de gastos EBSE RH 2017-2018_____	p.53
Tabela 2- Comparativo de gastos EBSE R entre 2018-2019_____	p.54
Tabela 3- Demonstrativo de gastos da EBSE RH em 2020_____	p.55
Tabela 4- Comparativo de gastos da EBSE RH entre 2021-2022_____	p.56
Tabela 5- Demonstrativo de gastos HUAC 2020_____	p.93
Tabela 6- Demonstrativo de gastos HUAC 2021_____	p.94
Tabela 7- Demonstrativo de gastos HUAC 2022_____	p.95
Tabela 8- Demonstrativo de Gastos HUJB 2020_____	p.97
Tabela 9- Demonstrativo de Gastos HUJB 2021_____	p.98
Tabela 10- Demonstrativo de Gastos HUJB 2022_____	p.99
Gráfico 1- Tempo de Vínculo das AS- HUAC _____	p.84
Gráfico 2- Vínculo Institucional das AS- HUAC _____	p.85
Gráfico 3- Despesas Orçamentarias : Valor empenhado-HUAC_____	p.92
Gráfico 4- Despesas Orçamentarias: Valor empenhado- HUJB_____	p.97
Quadro 1- Organograma HUAC_____	p.79
Quadro 2- Organograma Gerência de Atenção a Saúde_____	p.80
Quadro 3- Organograma HUJB_____	p.81
Quadro 4- Organograma Gerência de Atenção a Saúde- HUJB _____	p.82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAMIC- Associação de Proteção e Assistência a Maternidade e Infância de Cajazeiras

APS- Atenção Primária de Saúde

AS- Assistente Social

BIRD- Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BM- Banco Mundial

BNDES- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAESE- Centro de Assistência Especializada de Saúde e Ensino

CEBES- Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social

CLT- Consolidação das Leis do Trabalho

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento Nacional de Saúde

DGCADT- Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico

DRU- Desvinculação das Receitas da União

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC- Emenda Constitucional

ESF- Estratégia de Saúde da Família

EPI- Equipamento de Proteção Individual

FIESP- Federação das Indústrias do Estado de São Paulo

FHC- Fernando Henrique Cardoso

FMI- Fundo Monetário Internacional

FSE- Fundo Social de Emergência

FUNDEB- Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica

GAS- Gerência de Atenção à Saúde

HIC- Hospital Infantil de Cajazeiras

HRCA- Hospital Regional Alcides Carneiro

HU- Hospital Universitário

HUAC- Hospital Universitário Alcides Carneiro

HUJB- Hospital Universitário Júlio Bandeira

IJB- Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPASE- Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
MARE- Ministério da Administração e Reforma do Estado
MRS- Movimento de Reforma Sanitária
MS- Ministério da Saúde
MST- Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
OMS- Organização Mundial da Saúde
OPNES- Organizações Públicas Não Estatais
OS- Organizações Sociais
PIB- Produto Interno Bruto
PDRE- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEC- Proposta de Emenda Constitucional
PPP- Parcerias Público Privadas
PT- Partido dos Trabalhadores
RCL- Receita Corrente Líquida
REHUF- Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SINPAS- Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SS- Serviço Social
SUS- Sistema Único de Saúde
UFCG- Universidade Federal de Campina Grande
UFPB- Universidade Federal da Paraíba
UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. A CRISE DO CAPITAL E A OFENSIVA NEOLIBERAL/ULTRANEOLIBERAL ..	19
2.1 A Restauração do Capital: O Neoliberalismo Enquanto Resposta à Crise ..	20
2.2 A Ofensiva Ultraneoliberal no Brasil	26
2.3 As Implicações do Neoliberalismo/ Ultraneoliberalismo na Política de Saúde no Brasil	37
3. A RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL	43
3.1 O Gerencialismo	44
3.2 A EBSEH como Expressão da Contrarreforma do Estado	52
3.3 A Inserção dos/as Assistentes Sociais na Política de Saúde	61
4. AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSEH NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande	75
4.1 As Inflexões da EBSEH nos HUs Vinculados a UFCG	78
4.2 O Trabalho dos/as Assistentes Sociais nos Hospitais Universitários vinculados a UFCG	86
CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS	110
REFERÊNCIAS	113
ANEXO A	124
ANEXO B	128
APÊNDICE	131

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação objetivou analisar as Implicações da Contrarreforma na Política de Saúde no trabalho dos/as Assistentes Sociais, sob a gestão da EBSERH, nos hospitais universitários vinculados à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). A aproximação com a temática ocorreu durante o processo de formação em Serviço Social, a partir da inserção em campo de estágio obrigatório junto ao Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no período de setembro de 2018 à março de 2020, permitindo observar as mudanças institucionais com a implantação de novos sistemas de registro, mudança de chefia para o serviço social, burocratização através de atividades cotidianas para o setor, o que trouxe implicações no trabalho dos/as assistentes sociais. Além disso, nos possibilitou uma maior aproximação com a política de saúde, e com as implicações causadas pela contrarreforma do Estado no Brasil, que responde às necessidades do capitalismo contemporâneo e vem se caracterizando como ofensiva ao conjunto dos direitos e políticas sociais desde a década de 1990, com a chegada do neoliberalismo no País. Ressaltamos ainda, que as mudanças que ocorreram no mundo do trabalho em 2020, com a Pandemia da Covid-19, corroboraram para compreender como essas mudanças implicaram na atuação dos profissionais de Serviço Social nas instituições do estudo.

A referida dissertação desenvolveu-se a partir de questionamentos fundamentais para compreensão crítica da Política de Saúde sob a ótica do gerencialismo do Público- Privado, com a gestão da EBSERH, na direção dos Hospitais Universitários Alcides Carneiro (HUAC) e Júlio Bandeira (HUJB), que desde 2016, são geridos através da lógica público/privado, sendo assim necessário refletir: Quais as inflexões do gerenciamento da EBSERH nos HU'S vinculados à UFCG têm implicações no trabalho dos/as assistentes sociais? Como as mudanças no mundo do trabalho durante a pandemia afetou o trabalho dos/as assistentes sociais?

É nesse sentido que é válido destacar a Medida provisória 520/2010 assinada no último dia do mandato do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, encaminhada pelo ministro da Educação Fernando Haddad, criando a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para o gerenciamento dos Hospitais Universitários, trazendo inúmeras dúvidas não somente aos trabalhadores desses espaços como também às Universidades Federais, já que os Hospitais são

vinculados a estas. Como continuidade a esta proposta o governo da Presidente Dilma Rouseff sanciona a Lei nº 12.550, de 15 de Dezembro de 2011, efetivando o projeto que outrora era apenas uma medida provisória, sob o discurso de sucateamento das unidades e a falta de profissionais. Correia (2014) ao analisar o discurso do Governo Federal afirma que “as saídas para esta crise seria mais recursos financeiros para os HUs e concurso público para suprir a carência de recursos humanos” (p.46). É importante destacar que a empresa é responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que contempla ações nas 50 (cinquenta) unidades existentes no país, incluindo aquelas não filiadas à EBSEH (BRASIL, 2017).

Destarte, essa dissertação tem como objetivo geral: analisar as implicações da Contrarreforma na Política de Saúde no trabalho dos/as Assistentes Sociais, sob a gestão da EBSEH, nos hospitais universitários vinculados a Universidade Federal de Campina Grande. E tem como objetivos específicos: apreender as contradições que incidem no trabalho dos/as Assistentes Sociais nos Hospitais Universitários, sob a gestão da EBSEH, durante a pandemia da Covid-19; identificar as principais orientações para a reestruturação dos hospitais públicos federais, através da EBSEH, no que se refere à coordenação, à avaliação da execução das atividades e elaboração de instrumentos de melhoria da gestão; e desvelar no processo de contrarreforma da Política de Saúde, os limites e possibilidades do trabalho dos/as Assistentes Sociais.

Quanto aos procedimentos metodológicos a partir da nossa criticidade buscamos analisar as implicações da contrarreforma da Política de Saúde, através da criação da Empresa Pública que visa gerenciar os Hospitais Universitários e quais as implicações no trabalho dos/as Assistentes Sociais durante a pandemia da Covid-19, a partir das aproximações sucessivas. Segundo Netto (2011, p.28) para Marx a teoria “não se reduz ao exame sistemático das formas dadas de um objeto, com o pesquisador descrevendo-o detalhadamente e construindo modelos explicativos para dar conta do seu movimento visível”. Para assim compreender as totalidades dos fenômenos como parte de uma totalidade, é necessária utilizar-se de uma teoria crítica que esteja interligada às raízes Marxiana, visto que, este responde aos interesses da classe trabalhadora. Desta forma, a escolha do método crítico-dialético se dá para entender o movimento além do aparente e da dinâmica real do objeto proposto.

Para tanto, além da revisão bibliográfica das principais categorias do Estudo evidenciadas tais como: Neoliberalismo, Estado, Contrarreforma, Política de Saúde e Trabalho. Também foi realizada a análise documental através do contrato de gestão e matriz da distribuição de recursos, disponíveis no Portal da Transparência do Governo Federal. Esse estudo foi necessário para compreender nosso objeto de pesquisa, contribuindo com os elementos que nortearam nossa pesquisa, ao obter dados referentes ao último triênio, ou seja, 2020, 2021 e 2022. Entretanto, não foi possível realizar o comparativo com os triênios anteriores à implantação da EBSERH nos hospitais em estudo, devido à inexistência dessas informações no portal da transparência da União. A pesquisa de campo foi realizada com as assistentes sociais dos Hospitais Universitários Alcides Carneiro em Campina Grande e o Júlio Bandeira na cidade de Cajazeiras, ambos gerenciados pela Universidade Federal de Campina Grande, durante o período de fevereiro a maio de 2023. Atualmente o HUAC conta com 11 profissionais no Setor de Serviço Social, 3 com contratos vinculados ao Ministério da Educação 1 vinculado ao Ministério da Saúde e 7 vinculados à EBSERH, no entanto, o HUJB possui 6 profissionais, todos vinculados à EBSERH.

Inicialmente pretendíamos realizar a pesquisa a partir dos seguintes critérios: vinculação com o Ministério da Educação (vínculo efetivo); tempo de serviço na unidade campo de nossa investigação; e meio de contratação. Entretanto, compreendemos a necessidade da participação de profissionais que se inseriram nas unidades hospitalares após o processo de implantação da EBSERH, para assim realizarmos o contraponto com os demais profissionais. Sendo assim, participaram da pesquisa, 6 assistentes sociais do HUAC e 4 assistentes sociais do HUJB, totalizando uma amostra de 10 profissionais.

Para a coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada com um roteiro direcionado para os assistentes sociais dos HU's do estudo (Apêndice A), os quais compuseram o universo de amostra estabelecido. Tendo por objetivo assegurar o sigilo dos profissionais participantes da pesquisa, os mesmos foram identificados por numerações (AS 1, AS 2 e assim sucessivamente), que obedeceram à ordem das realizações das entrevistas.

Por ser tratar de uma pesquisa, envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido às exigências éticas e científicas segundo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa definidas pelo Conselho Nacional de

Saúde, através da Resolução nº466/12, sendo previamente analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o CAAE: 61085922.0.0000.518 (o parecer consubstanciado encontra-se apresentado no Anexo A). Desta forma, foi realizado um prévio repasse de informações aos sujeitos, ressaltando os objetivos da pesquisa, expressando a autorização dos mesmos para a realização da coleta da análise das informações a serem fornecidas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Após a revisão bibliográfica, análise documental e as entrevistas com os profissionais, realizamos a sistematização e exposição da pesquisa, a qual, está apresentada nesta dissertação desenvolvida em quatro capítulos e considerações aproximativas. No **primeiro capítulo**, realizamos a introdução do nosso trabalho, expondo os objetivos gerais e específicos que conduziram o nosso objeto de estudo. Utilizando-se do método crítico dialético e das suas categorias: a totalidade, mediação, historicidade e contradição, construindo os procedimentos teóricos-metodológicos utilizados para consolidação desta dissertação.

No que se refere ao **segundo capítulo**, intitulado “A crise do Capital e a Ofensiva Neoliberal/Ultraneoliberal”, procuramos realizar uma análise histórica acerca da gênese do neoliberalismo, a partir da década de 70, compreendendo as contradições que são inerentes ao capitalismo. Ressaltamos ainda, a análise da chegada do neoliberalismo no Brasil, a partir da década de 90, e suas implicações para a Política de Saúde Brasileira, analisando os ataques às políticas sociais, a partir de cada governo desde os anos 90, iniciando-se com Fernando Collor de Melo até 2022, com o governo de Jair Messias Bolsonaro, além de analisar, o aprofundamento das inflexões com o ultraneoliberalismo, como fase mais severa do neoliberalismo, e seus desdobramentos no Sistema Único de Saúde (SUS).

No **terceiro capítulo**, intitulado “A Relação Público X Privado na Política de Saúde no Brasil e o Serviço Social”, destacamos os elementos da relação público x privado, demonstrando os grandes índices de terceirização e os modelos impostos a exemplo da EBSEH que é responsável em gerenciar os Hospitais Universitários, demonstrando os valores que são repassados e os gastos desta empresa pública de natureza privada. Além disso, referenciamos a inserção dos/as assistentes sociais na política de saúde no Brasil, diante do contexto histórico de crescimento urbano com a expansão das fábricas, tendo paralelamente o crescimento da questão social. Para assim, apreender as mudanças no trabalho dos/as assistentes sociais e as

implicações do contexto neoliberal, assim como, as modificações destes durante a Pandemia da Covid-19.

No **quarto capítulo**, intitulado “AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSEERH NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande”. Realizamos uma breve caracterização acerca dos hospitais em estudo, desde a fundação e as mudanças que ocorreram durante esses anos. A partir do segundo item, detalhamos as inflexões da EBSEERH nos hospitais da pesquisa, expondo as modificações ocorridas a partir desta gestão, como exemplo as mudanças nos organogramas. No terceiro item, evidenciamos as inflexões da gestão da EBSEERH no trabalho dos/as assistentes sociais da instituição, através da consolidação de dados da pesquisa realizada com os profissionais dos HU’S analisados. Por fim, o quarto item, mostra as modificações do trabalho dos/as assistentes sociais vinculados ao Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC-, durante a Pandemia da Covid-19, expondo uma particularidade da Pandemia na cidade de Campina Grande e de um hospital que não foi referência no tratamento da doença.

Nossas **Considerações aproximativas** apontam para a análise do gerenciamento da EBSEERH nos HU’S vinculados a UFCG, de modo que, apesar do ideário de modernização e melhorias no funcionamento dos HU’S a partir da gestão da EBSEERH, o que ocorre é a burocratização do serviço, principalmente para os servidores lotados nas instituições, com a criação de várias chefias. Além disso, destacamos a falta de transparência e detalhamento nos repasses dos recursos disponibilizados no portal da transparência da União.

Ressaltamos ainda a contribuição desse estudo para o serviço social, movimentos sociais e áreas afins, pois permite a reflexão acerca do avanço do ultraneoliberalismo na Política de Saúde e seus impactos no trabalho dos/as Assistentes Sociais. Além disso, é possível compreender as novas configurações da privatização da saúde, através da empresa pública e das OS que vêm avançando. Destacamos ainda, a relevância para os/as assistentes sociais, inseridos nos espaços institucionais da Política de Saúde, permitindo compreender o contexto no qual estão inseridos, que devido à sobrecarga do cotidiano, não permite ter uma reflexão acerca das implicações do contexto que estão inseridos, para assim endossar os movimentos sociais que lutam pela garantia de um SUS universal, gratuito e de qualidade.

Por fim, destacamos as dificuldades no enfrentamento da Pandemia da Covid-19 para o Serviço Social, trazendo à tona velhas questões conhecidas pela profissão, sendo necessário a imposição do fazer profissional, mesmo em um momento de incertezas.

2. A CRISE DO CAPITAL E A OFENSIVA NEOLIBERAL/ULTRANEOLIBERAL

O modo de produção Capitalista possui elementos que lhe são inerentes e que orientam a sua expansão, o desenvolvimento e suas mutações. Diante disso, é importante entender os ciclos do capital, para compreender as transformações na

contemporaneidade.

Neste capítulo, abordaremos as contradições que são inerentes ao capitalismo, que historicamente são constituídas por um processo de crise. Para isso, é importante entender que o processo de acumulação capitalista acontece em ciclos, de modo que, esse processo traz à tona a própria contradição do capitalismo. Concordamos com Carcanholo (2010, p.1) ao afirmar que “o capitalismo, recorrentemente, entra em crise porque cresceu, e voltará a crescer porque entrou em crise”. Desse modo, só é possível compreender a crise atual, através das características das anteriores, já que o crescimento do capital está relacionado ao modo como ocorreu a sua última recuperação. Concordamos com Braz (2012, p. 469) ao afirmar que “O capitalismo, por si só, sempre dará em mais capitalismo”.

Além disso, precisamos compreender quais os elementos que contribuíram para o esgotamento do Liberalismo e como consequência o surgimento do Neoliberalismo. Para isso resgatamos alguns questionamentos: Como surgiu o Neoliberalismo? Qual a sua finalidade?

Diante desse contexto, é necessário entender a função do Estado, a partir dos desafios do modo de produção capitalista que reafirma constantemente a necessidade de expansão de produção e acumulação. Ressaltamos ainda que, a Contrarreforma do Estado ocorre a partir desse contexto, de modo que, os anseios sociais por direitos, através das lutas de classes resultaram na elaboração das Políticas Sociais, em contradição, torna-se um mecanismo do sistema capitalista, para manter a hegemonia e continuar com a sua finalidade: a acumulação.

Portanto, nesse primeiro Capítulo, buscamos abordar, além desses elementos que constituem a gênese do neoliberalismo e que são inerentes ao modo de produção capitalista, o papel do Estado a partir dessa ideologia os desdobramentos da Ofensiva Neoliberal que ocorre no contexto Brasileiro, particularmente, abordando a Política de Saúde, a qual desde a sua instituição através da Constituição Federal de 1988, recebe ataques dessa ofensiva.

2.1 A Restauração do Capital: O Neoliberalismo Enquanto Resposta à Crise

Para compreender o esgotamento do liberalismo e os elementos que contribuíram a ascensão do Neoliberalismo, recorreremos ao filósofo Hayek (1990, p.46), que compreendia o liberalismo como uma filosofia ruim, “Porque não podia

oferecer a cada indivíduo mais do que uma participação no progresso comum, progresso cada vez mais considerado natural e inevitável” isso devido ao processo “não mais encarado como decorrente da política de liberdade”. Diante dessas primeiras características em conjunto com a impaciência pelo progresso, a defesa por privilégios e ambição que parece ser ilimitada, são elementos básicos que contribuíram para o liberalismo aos poucos fossem abandonados. Hayek (1990) assevera

Aquilo que em cada fase desse processo de transformação parecia apenas ligeira mudança, provocou, por efeito cumulativo, uma diferença fundamental entre a velha atitude liberal para com a sociedade e a atual abordagem dos problemas sociais. Disso resultou uma completa inversão de rumo, um completo abandono da tradição individualista que criou a civilização ocidental (p.47).

As crises do capitalismo perpassam todo esse processo de esgotamento e surgimento de uma nova ideologia sendo necessário entender o porquê das crises. A priori, é interessante entender que o processo de acumulação capitalista acontece em ciclos de expansão, produz a acumulação, e logo após a recessão, ocorrendo a crise. Para Marx, a crise não é apenas um período do ciclo econômico, mas, manifestações que conseguem restabelecer a acumulação capitalista. ¹

Ressaltamos que a potencialização da contradição central do capitalismo: a produção social e a propriedade privada são elementos que fomentam os desdobramentos das crises do capital que para Braz (2012. p.470) “podem se expressar na tendência da queda da taxa média de lucro e/ou na combinação superprodução de mercadorias/subconsumo das massas trabalhadora”. Além disso, temos um aumento no exército industrial de reserva e no capital excedente que não conseguem valorização, “tornando o metabolismo social do capital ainda mais sedento e voraz na busca de novos espaços de acumulação e de valorização do valor”.

Diante disso, situamos a crise de 1929², conhecida como a grande depressão, que tem o seu ápice entre 1929-1932, as ideias do Keynesianismo³

¹ "As crises são sempre apenas soluções momentâneas violentas das contradições existentes, irrupções violentas que restabelecem momentaneamente o equilíbrio perturbado." (Marx 1988, vol. IV, p. 179).

² A Grande Depressão, como ficou conhecida a crise de 1929, tem sua causa nos fundamentos do capitalismo, de modo que, após a superacumulação capitalista, tem-se a grande recessão para que se possa organizar-se e voltar a acumular. Desse modo, a crise ocorreu devido a superprodução nos Estados Unidos, após o fim da Guerra, com a euforia da expansão industrial e o aumento do consumo, de produtos como eletrodomésticos, em conjunto com a expansão no mercado financeiro. A partir disso, temos a estagnação dos produtos, levando a uma superprodução, desvalorização do

ganha espaço com a difusão de propostas para a saída da crise, combinadas com as “mudanças intensas no mundo da produção, por meio do fordismo⁴ que também se generaliza no pós-guerra, com novos produtos e processos de produção, e também por meio da indústria bélica, no contexto de Guerra Fria (Behring; Boschetti, 2011, p. 83). É a partir desse contexto, que temos a expansão dos direitos sociais, contribuindo para o crescimento dos trabalhadores e a expansão do ideário socialista na Europa. Além disso, a expansão do Keynesianismo como política estatal combinada com a política econômica do Fordismo, contribuiu para a grande expansão e acumulação acelerada que ocorreu após 1945.

A intervenção Estatal que ocorre durante o período do Welfare State, que tem seu esgotamento na década de 70 com a crise econômica de 1970, juntamente ao esgotamento da teoria Keynesiana sob a regulação econômica e social, assim como os baixos índices de crescimento da economia, foram elementos que permitiram os neoliberais criticarem o Estado social. Além disso, “A longa recessão entre 1969-1973, contudo, alimentou o solo sobre o qual os neoliberais puderam avançar” (Behring; Boschetti, 2011, p.128).

A crise dos anos 70 possui algumas peculiaridades, que vão dar indícios desde os anos 60, a partir da redução das taxas de lucro econômicas que ocorre nas principais economias mundiais, além disso, o gerenciamento da manutenção das taxas de lucros começou a mostrar problemas. Antunes (2000, p. 29-30), discorre sobre algumas características dessa crise sendo as principais delas: “forte redução das taxas de lucro, em virtude da elevação do preço da força de trabalho (custo salarial); esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção; e aumento da concentração de capitais”.

Ressaltamos ainda que diferente da crise de 70, a dos anos 80 possui as mesmas características, divergindo apenas na forma de recuperação que não ocorre tão rápida como na do ano anterior. Segundo Carcanholo (2008) os anos 80 são iniciados com uma crise que mostra uma forte tendência de estagnação de

trabalho, das empresas, além da quebra da bolsa de New York, levando a um dos princípios do capitalismo “a recessão”.

³ A teoria keynesiana defendia a intervenção estatal na economia, de modo que esse passa a produtor e regulador. Além disso, defendia a liberdade individual e a economia de mercado. (Behring; Boschetti, 2011)

⁴ A teoria Fordista acreditava na produção em massa para estimular o consumo em massa, além de realizar acordos coletivos com os trabalhadores, para assim a produtividades desse se reverterem em ganhos para esses trabalhadores (Behring; Boschetti, 2011).

economia capitalista mundial. Portanto, a resposta à crise que se inicia nos anos 70, chega ao seu auge nos anos 90.

A partir desse cenário de crise, culminante ao esgotamento do liberalismo, o capitalismo passa a se reinventar, respondendo a classe dominante com o neoliberalismo. Concordamos com Brandt; Cislighi (2020, p.161) ao afirmar que “O neoliberalismo, desde as últimas décadas do século XX, passa a se apresentar como a “nova razão do mundo” responsável pela expropriação de bens naturais comuns a privatização de sistemas sociais geridos e financiados pelos estados por meio dos fundos públicos”.

Nesse contexto, é necessário analisarmos a posição do Estado diante desse cenário de gênese do neoliberalismo. Para Engels (2012), o Estado é anterior ao capitalismo, de modo que, o mesmo surge a partir das disputas em torno do controle das classes sobre o excedente, deixando a escassez desde a comunidade primitiva. Ou seja, “O Estado, é, portanto, um mecanismo de dominação de classe tendo em vista a apropriação privada do sobre produto social de sua produção e distribuição em qualquer tempo, em que pese os trânsitos dos modos de produção” (Behring, 2018, p.40).

No neoliberalismo, o Estado, na verdade passa a disponibilizar o fundo público para a reprodução ampliada do capital, ou seja, “passando a ser um componente estrutural do processo de acumulação, expressando a forte contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais” (Behring, 2018, p.46). Além disso, em outra perspectiva, Harvey (2008) afirma que as características do neoliberalismo sobre o papel do Estado, podem ocorrer modificações de acordo com a região e o período, descaracterizando a teoria da ideologia ofensiva do modelo neoliberal. Para Harvey (2008)

O caráter geral do Estado na era do neoliberalismo é de difícil descrição por duas razões específicas. Em primeiro lugar, tornam-se rapidamente evidentes desvios do modelo da teoria neoliberal, não se podendo atribuir todos eles as contradições internas já esboçadas. Em segundo, a dinâmica evolutiva da neoliberalização tem agido de modo a forçar adaptações que variam muito de lugar para lugar e de época para época. Toda tentativa de extrair alguma configuração geral de um Estado neoliberal típico a partir dessa geografia histórica instável volátil parece ser tarefa insana (p.40).

É necessário destacar que durante a implantação do neoliberalismo em diversos países, o Estado tem a função com frequência de resgatar empresas ou evitar fracassos financeiros, isto ocorre durante os anos 80 ainda durante o período

de crise, como no caso norte-americano em que o Estado interviu para evitar o fracasso financeiro das empresas. É característica do Estado neoliberal, ser opositor as políticas de solidariedade, principalmente se elas interferem na acumulação do capital. Portanto, ao mesmo tempo, que os recursos antes dedicados aos direitos sociais da população passam a serem reduzidos, como exemplo, a saúde, a educação e a assistência social, desse modo, há uma exposição crescente de uma grande parte da população ao empobrecimento. “A rede de seguridade social é reduzida ao mínimo indispensável em favor de um sistema que acentua a responsabilidade individual” (Harvey, 2008, p.86).

Outra característica do Estado neoliberal são as alianças com o setor privado, através das parcerias público-privadas, como forma de transferir as responsabilidades estatais para o privado além dos financiamentos dessas políticas, ou seja, o Estado assume o risco e o privado o lucro. Além de ser função do Estado, reprimir qualquer forma de oposição, através da força policial. Diante desse contexto de redefinição da função do Estado, a ofensiva neoliberal garante o processo de reprodução ampliada do capital. No entanto, de formas diferenciadas, a depender da inserção dos países na economia mundializada, esses países, podem ser de economias centrais ou dependentes.

Nesse contexto da função do Estado diante da acumulação capitalista, ressaltamos o Estado social que ocupa uma posição de mediador, entre a superexploração da classe trabalhadora, e a classe dominante. Behring (2018, p.12), destaca que “as políticas sociais vêm sendo pensadas para compensar a intensificação da exploração que implica em pauperização absoluta”, tendo assim o crescimento das políticas sociais, que são criadas com o objetivo de responder as petições da classe trabalhadora e que em tempos de crises são utilizadas para impulsionar a rotação do capital sob o argumento da transferência de renda.

Diante dessa contextualização, concordamos com Behring (2018) ao afirmar que o neoliberalismo não minimizou a intervenção estatal, conforme anunciado outrora, ao contrário o Estado traz uma forte contribuição econômica e social, inclusive realocando recursos do fundo público para as privatizações. Além disso, o Estado se apropria de uma parte considerada do excedente do trabalho produzido.

Portanto, a partir do cenário econômico do conjunto de Países da América Latina, que em 1989, foi formulada uma recomendação internacional a partir dos princípios neoliberais, com a intenção de combate à miséria e as crises desses

países. Assim como, expandir o neoliberalismo para os Países dependentes esse processo ficou conhecido como o Consenso de Washigton que possuía como recomendações: A Reforma Fiscal, com o objetivo de promover grandes reformas tributárias, favorecendo as grandes empresas nesses países; Abertura Comercial através da importação e exportação de mercadorias, além de baixas taxas alfandegárias; Política de Privatização, com o objetivo de transferência de todos os serviços do Estado para empresas Privadas, minimizando a participação do Estado na economia e por fim a Redução Fiscal do Estado, com objetivo de redução dos gastos do Estado, ao terceirizar todos os serviços.

A partir disso o cenário econômico era extremamente favorável não apenas para as grandes economias mundiais, mas para os países periféricos, ou seja, cenário perfeito para que houvesse um crescimento econômico mundial. Carcanholo (2010) afirma que para os países periféricos foram concedidos maior margem para redução de juros internos, crescimento na demanda pelas exportações, além da forte entrada do capital externo, todas essas concessões permitiram que esses países obtivessem o refinanciamento das contas externas, além do “acúmulo de divisas e manutenção de taxas de câmbios em patamares valorizados” (p.7) o que contribuiu para que houvesse um controle inflacionário.

Todo esse cenário de crescimento econômico mundial, inclusive dos países periféricos que obtiveram uma folga dos prejuízos econômicos outrora causados pelas crises anteriores, juntado ao aceleração do crescimento econômico, são elementos que precederam a crise de 2007/2008. É importante ressaltar que esses elementos anteriores à crise, são características do próprio ciclo do capitalista. Carcanholo (2010), alerta que os indícios da crise já apontavam desde a “formação da bolha especulativa junto as ações de empresas de alta tecnologia, diante do estouro da bolha que representou a desvalorização do capital fictício, sendo necessário ocupar novos espaços para valorização, que justamente era o “mercado de financiamento de imóveis” (p.8).

Em suma, a expansão do mercado imobiliário ocorreu devido ao crescimento de empréstimos bancários através das hipotecas, isso por vez ocasionou os preços dos imóveis, além disso, era possível refinar as hipotecas “de uma forma que o montante refinanciado de recursos permitia tanto o pagamento dos débitos anteriores quanto recursos adicionais utilizados para novas aquisições de imóveis”. Portanto, diante desse cenário de expansão, obtivemos o endividamento dos

“tomadores desses empréstimos”, (Carcanholo, 2010, p.8), tendo a crise se manifestado no mercado com maior risco econômico devido aos altos índices de inadimplência. Carcanholo, (2010), assevera que esse momento teve consequências para outros setores, como por exemplo, os bancos ao afirmar que

Os grandes bancos carregados com títulos hipotecários, por sua vez, sofrem uma elevação no montante de seus passivos, uma vez que os juros estão aumentando, ao mesmo tempo em que seus ativos (carregados em “títulos, agora, podres”) se desvalorizam. O resultado é que, reforçado pela redução na oferta de liquidez, a elevação na descapitalização é respondida pelos bancos com a redução na oferta de crédito, o que aprofunda os problemas de liquidez e inadimplência. O efeito cumulativo no momento de alta no ciclo de acumulação (e de liquidez) se reverte. É a crise, necessária no funcionamento do capitalismo, e tendo sua lógica aprofundada pela dominância do capital fictício. O efeito cumulativo, pós-estouro da crise, se mantém, só que com sinal invertido (p.8).

Diante desse cenário, o que era momento de expansão e folga econômica passa a ser arroxio e dependência, principalmente para os países periféricos, que outrora, passaram a participar do desenvolvimento econômico mundial, voltando a economia mundial entrar em recessão entre 2008 a 2009. Desse modo, o sonho neoliberal de progresso e crescimento econômico é frustrado por mais crise mundial.

A partir da contextualização mundial das crises capitalistas, a função do Estado e a ascensão do neoliberalismo, no próximo tópico, serão analisadas, como esse processo rebateu na realidade brasileira e como o neoliberalismo se instaurou no Brasil, implantando contrarreformas nas políticas sociais, assim como modificações na economia do País, além do aprofundamento dessa teoria resultando no ultraneoliberalismo.

2.2 A Ofensiva Ultraneoliberal no Brasil

Diante do contexto mundial, o neoliberalismo chega ao Brasil a partir da década de 90, durante um processo de privatizações e reorganização financeira da produção de mais- valia e da financeirização calcada na dívida pública, diferentemente do que ocorre na Europa, o Brasil não vive o Welfare State, ou seja, não havia uma grande rede de proteção social, assim como, uma limitada democratização da sociedade, o que havia no país eram combinados de políticas sociais fragmentadas (Brettas, 2020).

O receituário neoliberal para o Brasil, como para toda a América Latina, vem se dando no sentido de submeter os seus países aos rigorosos ajustes econômicos impostos pelas agências financiadoras internacionais: Banco Mundial, Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Fundo Monetário Internacional (FMI), entre outras. As estratégias priorizadas pelos governos neoliberais vêm se dando através da abertura de mercado para o gerenciamento das políticas sociais, reduzindo os gastos públicos com essas (Braz; Netto, 2007). Evidenciamos ainda que a consolidação do neoliberalismo no Brasil ocorre a partir das articulações realizadas pela burguesia junto aos aliados, como resposta à crise vivenciada durante a década de 80.

Destacamos que o advento do neoliberalismo no Brasil ocorre logo após a criação da Constituição Federal, em 1988. A década de 1990 é um período de regulamentação das políticas sociais. É importante ressaltar que a criação de uma Constituição Federal possibilitou conquistas de direitos sociais, a exemplo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a toda população independente de ser contribuinte ou não. A partir da Constituição Federal temos “a criação de um desenho das políticas sociais que contou com a formulação da seguridade social, uma inovação muito distante do que se tinha estruturado até então” (Brettas, 2020, p. 231).

Para tal, ressaltamos o curto Governo de Fernando Collor, que é marcado pelo início do Estado neoliberal e contrarreforma do Estado, período também de implementação do SUS que sofreu inúmeras investidas em meio ao processo de refluxos dos movimentos sociais. Além disso, para Collor, o Estado era um grande Elefante Branco, que necessitava minimizar e otimizar a economia através do investimento no mercado de grandes empresas multinacionais.

O governo de Collor não possuía suas bases políticas consolidadas junto à burguesia, principalmente devido ao descontentamento com a economia do País, já que o Brasil possuía a economia desequilibrada em virtude da consequência da crise vivenciada nos anos 80. A adoção do Plano Collor como objetivo de tentar equilibrar a economia e aumentar as reservas econômicas, junto a reforma administrativa e a abertura comercial, culminou no aumento do desemprego do país, além da recessão profunda (Behring, 2008).

É diante dessa tentativa de reordenamento da economia do Estado brasileiro, que no governo Collor houve a abertura comercial mais importante desde

o início da crise, as privatizações ganharam impulsos, além do avanço do ajuste fiscal, evidenciando características iguais aos dos governos neoliberais que mais a frente iremos analisar no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Com o Impeachment do governo Collor, o vice, Itamar Franco, assume a presidência dando continuidade ao desfinanciamento, além de sofrer diversas pressões do capitalismo para realizar uma ampla reforma na Constituição Federal de 1988, incluindo os artigos relacionados a saúde, (Soares,2020), entretanto, os movimentos sociais após fortes reivindicações impediram que isto ocorresse. No governo Itamar ocorre a retenção das verbas destinada à saúde. “Nesse Governo, parte dos recursos que seriam destinados à saúde foram retidos pelo Ministério da Previdência Social o que ocasionou uma queda dos investimentos da ordem de 36%, no período de 1990 a 1992” (Soares, 2020, p.64).

Após o governo Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso (FHC), assume o mandato, até então tinha sido ministro da fazenda, a sua eleição foi pautada na criação de um novo plano de reordenamento econômico. Entretanto, o seu mandato é marcado pela ofensiva ainda maior nas políticas de saúde, com a criação de medidas para conter os gastos públicos com a seguridade social, a partir da criação da Emenda Constitucional nº20/1998⁵ junto à criação do Fundo Social de Emergência (FSE) que “subtraíram direitos à aposentadoria e recursos da Seguridade Social, para direcionar, os trabalhadores a aquisição de fundos privados” (Silva et al, 2017, p.61).

Nessa conjuntura, é criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), tendo como titular Luiz Carlos Bresser Pereira, que instituiu o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). O Plano Diretor⁶ afirma haver um esgotamento estatal e a necessidade de superar o estilo de administração pública burocrática, desta forma “o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas” (BRAVO, 2009, p.100). Diante dessa transferência, temos ainda a criação de mecanismos para o controle social, entretanto de forma inviesada, ou seja, desconsiderando toda a

⁵ A Emenda Constitucional nº20/1998 dispõe da modificação do sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. (Brasil, 1998)

⁶“O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo, obedecendo às leis do mercado”. (Bravo, 2009, p.13)

seguridade social que foi prevista na constituição federal, além disso, o plano diretor prevê o tripé da seguridade social de forma desarticulada.

Durante os anos de 1990 e 2002, segundo aponta Brettas (2020, p.169), foi o período que mais houve privatizações no país, “a venda/concessão das estatais (incluindo as dívidas transferidas), totalizando U\$65,216 bilhões arrecadados”. Destacamos ainda que em 1997 temos a venda da estatal Vale do Rio Doce, além das concessões do sistema de telefonia e em seguida, no ano de 1998, o leilão da Telebrás, essas ações influenciaram nos montantes arrecadados.

Podemos observar que em tal conjuntura, ações que impulsionaram a desresponsabilização ⁷ do Estado na execução do núcleo de serviços sociais e científicos (saúde, educação, meio ambiente e pesquisa), passando a responsabilidade para as Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), através da Lei nº 9.637/1998, para gerência de políticas sociais, englobando a de saúde. Essa medida fez parte do Programa Nacional de Publicização, compondo as Parcerias Público-Privadas (PPP). “As organizações sociais são entidades de direito privado sem fins lucrativos, que celebram um contrato de gestão com o Poder Executivo, que lhe asseguraria dotação orçamentária”. (Behring, 2008, p.182). No entanto, além do gerenciamento das políticas sociais, as OS através desse contrato são autorizadas a realizar outros modelos de financiamentos, como a aplicação no mercado financeiro e de convênios. A ideia perpassa outros setores como o de produção de bens, tendo a proposta de privatização “por meio do Conselho de Desestatização ou onde isso não for possível, implantar contratos de gestão” (Behring, 2008, p.183).

Nesse cenário de implementação das contrarreformas do Estado e cessão aos aportes neoliberais, o que ocorre no país, no final da década de 90 e início dos anos 2000, é o crescimento considerável da taxa de desemprego do país Brettas (2020) aponta que em 1994 a taxa era de 6,1% e a mesma passa a 15% nos anos 2000, todo esse aumento é impulsionado pelo aumento da superexploração do trabalho, além das flexibilizações na legislação trabalhista e a diminuição do emprego formal, levando uma grande parte dos trabalhadores à informalidade.

Podemos afirmar que o governo de FHC é marcado pela reconfiguração da

⁷ A ideologia e ofensiva Neoliberal defendem a desresponsabilização do Estado, ou melhor, que o Estado repasse as ações de responsabilidade estatal para empresas privadas, tendo assim uma redução de custos para o mesmo, além da intervenção estatal na economia ser mínima.

função do Estado, além da implantação da ofensiva neoliberal, resultando na superexploração da classe trabalhadora; a fragilização da implementação das políticas sociais, e as privatizações das estatais, concordamos com Brettas (2020, p. 172) “articulado a essas questões tivemos um aumento da fragilidade dos movimentos sociais, o que levou a uma dificuldade de contraposição efetiva das medidas adotadas”. Esse contexto ressaltou o enfraquecimento do potencial de combate dos sindicatos e dos movimentos sociais.

O governo que subsegue, é marcado pela esperança da implementação das políticas sociais, assim como, a maior participação da classe trabalhadora no governo, atendendo as reivindicações dessa. Entretanto, as alianças realizadas para que Luiz Inácio Lula da Silva chegasse ao poder, não permitiram que todas as expectativas fossem atendidas, de modo que, temos a continuidade da hegemonia do capital durante os governos do Partido dos Trabalhadores.

Soares (2020, p. 74), explana esse momento que ocorre no governo Lula como uma “nova etapa da contrarreforma na política de saúde” e que também dá continuidade a “política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social”, além disso, tal governo consegue implementar mudanças que o governo de FHC até então não havia conseguido, a exemplo, da segunda etapa da reforma da previdência do setor público que para Marques e Mendes (2005, p.150) “caracteriza-se por ser antidemocrática, antirrepublicana e ainda por promover uma redistribuição de renda às avessas, entre os servidores e o capital financeiro”.

No que se refere a economia, podemos destacar algumas ações do governo Lula, que auxiliou no crescimento da economia interna, com o investimento nas empresas nacionais, de acordo com Brettas (2020, p.173) essa ação do governo “contrariou frações da burguesia mais atreladas ao imperialismo, a chamada burguesia compradora, melhorando a posição da burguesia interna no bloco dos compradores”, apesar dessas ações para fortalecer o mercado interno, não foram o suficiente para descaracterizar a economia dependente que o Brasil possui desde a sua formação sócio-histórica, embora que, as ações tenham contribuído para o aumento do mercado interno, entretanto, seguiu voltado para as exportações através das “commodities que são mais vulneráveis as alterações internacionais” Brettas (2020, p.173).

Com as medidas de incentivos econômicas realizadas principalmente pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Caixa

Econômica Federal e Banco do Brasil, tivemos nos anos de 2003 a 2010 um crescimento significativo de 4,1% na taxa do Produto Interno Bruto (PIB).

Apesar desse crescimento instável, junto ao crescimento das taxas de juros, destacamos a criação de mais de “15 milhões de empregos durante o governo Lula. Este fato aliado aos programas sociais contribuiu para a redução da pobreza no país” (Brettas, 2020, p.174).

Dando continuidade à política de governo iniciada no governo Lula, permitiu com que o populismo desse governo, devido a sua política de conciliação de classes, que o Partido dos Trabalhadores (PT), se mantivesse no poder, elegendo a Presidenta Dilma Rousseff. Destacamos que o seu governo foi de continuidade da Política de Contrarreforma, com a diminuição de gastos públicos e subfinanciamento e expansão do setor privado.

Durante o governo de Dilma podemos destacar a proposta de criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada ainda no governo Lula, a partir da Medida Provisória 520/2010, passa a ser sancionada no Governo de Dilma, através da Lei 12.550/2011, sob o discurso de sucateamento dos Hospitais Universitários, devido à falta de trabalhadores e infraestrutura, sendo necessário um novo gerenciamento através da Parceria Público- Privado. Ao longo do processo de aprovação dessa lei, tivemos diversas manifestações, mobilizadas e organizadas pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e por outras entidades e movimentos, de modo que, a criação da EBSERH não lida apenas com a questão da saúde, mas com a educação, já que os Hospitais Universitários fazem parte do processo de aprendizado das Universidades Federais.

O Governo de Dilma não conseguiu dar continuidade às políticas de conciliação que outrora eram praticadas pelo governo de Lula, como o aumento na taxa de juros, a criação de programas sociais que para acesso possuía restrições e condicionalidades, entretanto contemplava parte da população. Este cenário começa sofrer impactos desde a crise de 2007/2008, que na época foi ignorada pelo presidente atual sendo considerada uma marolinha, no entanto, com a queda do preço das commodities em 2011, rebateu na política econômica do governo Dilma. Brettas (2020, p. 184), discorre algumas ações do governo Dilma para amenizar os impactos da crise no Brasil como “reduzir os spreads bancários por meio dos bancos públicos”, entretanto essa ação apesar de resultar na redução da taxa básica de juros, não foi bem vista pelo setor rentista e se combinou aos efeitos da redução no

nível de investimentos. Nos anos seguintes temos o aumento da inflação que combinada às denúncias de investigação na Petrobras junto a Lava Jato, somadas a queda da popularidade e as disputas entre a burguesia, culminaram no impeachment.

Diante desse cenário econômico, o governo de Dilma não obteve os melhores indicadores socioeconômicos, a partir do aumento da taxa de desemprego que passou de 6,8% em 2014 para 11,5% em 2016. Contudo as políticas sociais criadas anteriormente perderam a capacidade de desenvolvimento de quando outrora foram criadas. Brettas (2020, p. 185) discorre sobre esse cenário econômico durante o governo Dilma.

O crescimento do PIB de 7% em 2010 não se sustentou em 2011, mas promoveu impactos importantes, mantendo a taxa de crescimento em 4%. A partir de 2012 a tendência da queda foi se aprofundando, fechando o ano 1,9%. Volta a subir em 2013 para 3,0% e retorna o ritmo de queda em 0,5% em 2014. Em 2015 e 2016 o crescimento foi negativo em 3,8% e 3,6% e positivo em apenas 1,1 em 2017 e 2018 (p.184).

As manifestações que ocorrem em junho de 2013, ainda durante o primeiro governo Dilma, irá contribuir futuramente para a “característica” de um novo modelo de candidato nas eleições de 2018. As manifestações que ocorreram disfarçadas da burguesia solicitavam melhorias, na área do transporte público, saúde, educação e o combate à corrupção. Como forma de amenizar os ânimos do momento, a presidenta Dilma emite declarações que vão de encontro com as solicitações realizadas nas manifestações. Entretanto, o resultado das eleições do ano seguinte, não compactuava com a intensidade impetuosa do capital em implantar as contrarreformas, fazendo assim as classes dominantes começarem a preparar o golpe.

Portanto, os preparativos que iniciaram desde 2014, tem êxito em 2016, com a manobra para que Michel Temer assumisse o poder. Desse modo, iniciamos uma nova fase da ofensiva neoliberal no país, com o aprofundamento dos ajustes fiscais, as novas formas contratuais para darem mais liberdade ao trabalhador⁸, à parcela

⁸ As novas configurações do trabalho ganham ênfase a partir desse governo, como os serviços de Freelance em que o trabalhador é pago pelo dia de trabalho, não possuindo nenhum vínculo com a empresa, permitindo que o mesmo possa prestar serviço a mais de uma empresa. O Home Office que nesse período ganhava espaço como medida da empresa diminuir gastos, fazendo com o que o trabalhador leve o seu trabalho para dentro da sua residência, sendo o responsável pelo custeio de energia, internet e as ferramentas de trabalho. Essas configurações se apresentam como propostas vantajosas para o trabalhador, o que na verdade não passa de uma falácia, pois esses trabalhadores

do fundo público como suporte para o grande capital durante o período de crise, além da retomada das privatizações, com ataques principalmente as riquezas naturais do País, são expressões mais severas das iniciadas nos anos 90, sendo esse processo denominado de ultraneoliberalismo. Concordamos com Behring, et al (2020, p.106) ao afirmar que “o discurso é muito semelhante ao dos anos 90: a crise é do Estado e é necessário que “cada um faça a sua parte” no processo de socialização dos seus custos”.

É importante destacar a atuação das grandes mídias que apoiaram o golpe, propagando a necessidade da investigação da corrupção, que por um lado mostrava-se benéfico, entretanto, por outro implicava em uma manobra de redução do Estado, de modo que, segundo Demier (2020, p. 91) “o combate à corrupção implicava, assim, segundo os jornalistas do capital, a redução do Estado na economia (pois, segundo eles, onde há Estado há política, e onde há política há corrupção)”. O processo de votação que ocorreu na Câmara dos Deputados e em seguida no Senado, durante votação do impeachment acontece em horário nobre, televisionado por uma das maiores emissoras de comunicação do País, e tem Deputados e Senadores, votando contra e a favor, utilizando o discurso de Deus e da Família. São argumentos utilizados que fazem parte da “nova onda” conservadora e aumento expressivo da extrema-direita. Diante desse contexto, destacamos a ascensão política religiosa, onde a tese de erradicação da corrupção ganha cada vez mais força, acompanhada do favoritismo, da privatização e da descentralização do poder do Estado, características do neoliberalismo.

O governo de Temer dá início à fase ultraneoliberal no país, com diversos ataques a política de seguridade social, como a saúde, a assistência social e a previdência, reafirmando, esse compromisso, em diversas vezes o então Ministro da Saúde Ricardo Barros, afirmou a necessidade de redimensionar o tamanho do SUS, propondo a criação de Planos de Saúde Popular para toda População. Destaca-se ainda, a aprovação da Emenda Constitucional 95 chamada de a PEC da Morte, que congela os gastos públicos com saúde e educação durante 20 anos. Nesse governo temos uma captura do Estado pelos “interesses do grande capital portador de juros e dos grandes grupos corporativos nacionais e internacionais, principalmente direcionando a política de saúde como se os donos do mercado passassem a ser

não possuem nenhum direito previsto na CLT, além disso, precisam trabalhar por produção, ou seja, o dia em que não trabalhar não recebe ocasionando uma superexploração da força de trabalho.

inclusive explicitamente, os donos do poder (Soares, 2020, p .289).

Ainda no governo Temer temos a sanção da Proposta de Emenda Constitucional 31/2016, que previa a prorrogação até 2023 da Desvinculação das Receitas da União (DRU), permitindo que a União utilizasse o montante de 30% dos recursos referentes à Seguridade Social. De acordo com Behring e Boschetti (2011) são esses tipos de ações que são responsáveis por transferir o orçamento das políticas sociais para o mercado financeiro, através do pagamento da dívida pública.

As eleições de 2018 são marcadas pelo ultraconservadorismo e uma grande aderência à direita, movimentos outrora iniciados durante as Jornadas de Junho de 2013, o discurso de políticos corruptos era marcante durante toda a eleição, incentivando a apostar em um candidato diferente, que não fosse corrupto, além de apoiar a família, a moralidade e ser conservador dos bons costumes. Esses foram os discursos que levaram o presidente Jair Messias Bolsonaro ao poder, junto a uma equipe de ministros que prometiam “mudar o Brasil”. Destacamos ainda a contribuição das mídias para que houvesse a propagação desse discurso, principalmente no que se refere às redes sociais, com o compartilhamento de “Fake News”, que coagiram grande parte da população brasileira a adotar um discurso de um “País sem Corrupção” e longe dos partidos de “esquerdas”, já que esses eram os causadores da atual situação que o País vivenciava. Demier (2020, p. 93), destaca que a pequena burguesia brasileira, acreditava que era possível que eles governassem o país, indo em busca “justamente nos tidos como não- políticos, como os militares e juízes, os seus legítimos representantes na cena política nacional”.

Evidenciamos ainda que Bolsonaro era visto como o melhor nome para eliminar o Partido dos Trabalhadores da corrida presidencial, devido à baixa popularidade do governo Temer, tendo apoio por parte de muitos empresários. Estes que acreditavam que com a ascensão do mesmo à presidência, seria possível conseguir novos benefícios, entretanto, o que ocorre mais a frente, é que com as atitudes impulsivas do presidente, esses apoiadores retiraram o apoio a Bolsonaro. Pode-se citar como exemplo a FIESP, que teve participação importante no impeachment da presidenta Dilma, apoiando a candidatura do governo de Bolsonaro, acreditando que era possível controlar o presidente.

Durante o governo Bolsonaro ocorre o aprofundamento ainda maior das políticas públicas, com a negação, a educação e a saúde pública, não sendo

prioridade no seu governo, fato que pode ser evidenciado a partir do Plano Plurianual que traz claramente o objetivo do seu governo para essas políticas, com baixos índices de recursos destinados a estas. Concordamos com Behring et al, (2020, p. 110) sobre a fragilidade desse plano ao se referir que “a descontinuidade metodológica e a falta de compromisso com as diretrizes nele propostas, vem esvaziando seu conteúdo político e técnico desde 2012 e a torna uma peça orçamentária frágil”.

Como medidas de ofensivas neoliberais, podemos destacar a aprovação da contrarreforma da previdência social através da EC 103/19 que aumenta o tempo de contribuição para em média 40 anos e equipara trabalhadores homens e mulheres, assim como desconstitucionalizou a previdência social, permitindo que leis complementares pudessem realizar mudanças, com votações mais simples pela câmara. Para Behring, et al (2020, p. 117)

A emenda aprofundou de modo dramático as dificuldades para a apresentação, ainda que tenha recuado em relação a proposta original em alguns pontos, pela pressão social contra sua perversidade. Em síntese, as mudanças, aprovadas ampliaram o tempo mínimo de contribuição para 40 anos, para que o valor do benefício corresponda a 100% da média dos salários na ativa, instituíram uma idade mínima para a aposentadoria de 65 anos para homens e 62 anos para mulheres.

A ofensiva do ultraneoliberalismo atinge outros setores, a exemplo do Ministério da Cultura que teve 90% do seu orçamento reduzido, sendo necessário a paralização das atividades. Outro setor bastante atingido com essa avalanche de ofensivas são as políticas destinadas ao combate à violência contra as mulheres, que obteve um corte significativo, sendo o menor recurso desde 2012. Além disso, destacamos ainda, o favoritismo desses governos ultraneoliberais pelo agronegócio principalmente no que se refere à bancada ruralista, criminalizando o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), negligenciando as demandas dos pequenos agricultores e ao ignorar as leis de proteção ambiental, dando liberdade ao agro para utilização sem limites. Essa tese é reforçada pela redução significativa de 51% destinada ao Ministério do Meio Ambiente.

Destacamos ainda os ataques à educação principalmente no que se referem as universidades públicas, com a perseguição ideológica, cortes e contingenciamento dos recursos, diminuição de programas e bolsas de iniciação científica, redução dos recursos nos repasses para manutenção de itens básicos das próprias universidades, além dos cortes em bolsas assistenciais que ajudam a

estudantes de baixa renda se manterem nas universidades. Nesse sentido, Matos (2020), afirma que um evidente enfrentamento a democratização desta instituição secular, reforçando o modelo de universidade privatista e elitista. Além disso, o referido autor chama a atenção para essas avalanches de ofensivas ultraneoliberais, de modo que, esses ideais não foram criados no governo citado, mas, já germinavam na sociedade, eles e seus aliados souberam capitalizá-las e transformar em poder, unindo-se as forças reacionárias, de matriz fundamentalista.

Não podemos deixar de destacar que nesse governo, as falas do então presidente Jair Bolsonaro sobre pautas identitárias eram agregadas ao discurso moralista, distorcendo os verdadeiros significados, hostilizando os movimentos que vão de encontro ao seu discurso. Tudo isso, com o objetivo de desviar o foco e minar a força da Classe trabalhadora no enfrentamento para manter direitos conquistados. Concordamos com Matos et al (2020) ao afirmar que os

[...]pronunciamentos oficiais mobilizam o pensamento conservador, reafirmam um lugar de desimportância dessas pautas, paralisam o processo de discussão crítica e de construção de valores libertários; em nosso entendimento, a identidade de gênero, orientação sexual e cor/raça devem ser integrantes das lutas sociais da classe trabalhadora e são partes de um mesmo problema (p.78).

Nem mesmo a Pandemia mundial da Covid-19, foi possível parar os ataques ultraneoliberais do governo Bolsonaro às políticas públicas, a negação à doença e às orientações emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foram feitos marcantes nos primeiros meses da Pandemia. Além de explicitar o desfinanciamento do SUS ao longo de todos esses anos, através da falta de leitos, estrutura precária dos hospitais, a falta de profissionais, materiais e entre outros fatores que ao longo desses dois anos pandêmicos foram revelados.

Ressalta-se ainda a negação do presidente à Pandemia, com falas contrárias ao distanciamento social, não reconhecimento da Ciência, divulgação de Fake News e a propagação de cura da doença através de medicamento sem comprovação científica, foram ações desenvolvidas pelo atual presidente para o combate à pandemia, na tentativa de neutralizar o momento que estava sendo vivenciado. A crise no Ministério da Saúde (MS) vivenciada devido à falta de compromisso com a Pandemia também é característica do seu governo. Durante os

períodos de picos da Pandemia, o MS esteve sob a gestão de quatro ministros⁹.

Em meio ao caos vivenciado durante os primeiros meses da Pandemia da Covid-19, com o aumento do desemprego, e a incerteza da população se escaparia ileso da doença, Bolsonaro não hesitou em continuar com medidas de ataques a classe trabalhadora, com medidas que ignoravam o lockdown. O argumento utilizado foi de que a economia não poderia parar, colocando desse modo, em risco, a vida de milhares de trabalhadores, que não possuíam o poder de escolha. Portanto, esses trabalhadores tiveram que se sujeitarem as condições impostas, colocando suas vidas em risco, uma vez que tiveram de utilizar transportes públicos com más condições de higiene, sem acesso adequado as principais medidas de combate ao vírus, tais como: álcool em gel, máscaras, e o isolamento adequado, devido à falta de infraestrutura.

A esperança posta através da vacina mostrava mais uma vez a necessidade de ter um SUS efetivo, além de investimentos em pesquisas, no entanto, apesar da negação do presidente, a ciência e os inúmeros ataques ao SUS e a propagação de diversas fake News, a vacina chegou ao país com o objetivo de reduzir o número de óbitos, em contradição a um governo com características patriarcal, misógina, racista e LGBTFÓBICA aos novos parâmetros de direitos conquistados por populações que historicamente tiveram seus direitos invisibilizados e que colocaram as normativas tradicionais de comportamentos em cheque (Castilho; Lemos, 2021).

2.3 As Implicações do Neoliberalismo/ Ultraneoliberalismo na Política de Saúde no Brasil

Antes de descrevermos as implicações do Neoliberalismo na Política de Saúde, faz-se necessário compreender a gênese de tal política assim como os principais desafios impostos desde a sua criação.

Para tanto retornaremos a década de 1980, momento no qual a sociedade brasileira é marcada pelo processo de redemocratização pós-ditadura militar que foi instaurado, em 1964, que em paralelo o Brasil vivenciava uma conjuntura de crise interna e externa, além das dificuldades, na formulação de políticas econômicas

⁹ Luiz Henrique Mandetta (janeiro de 2019 a abril 2020); Nelson Tech (abril de 2020 a maio de 2020); Eduardo Pazuello (assume interino em maio de 2020, é efetivado em setembro do mesmo ano e fica no cargo até março de 2021); Marcelo Queiroga (março de 2021 até o fim do governo Bolsonaro).

somadas ao aprofundamento da dívida externa, e a disparidade na distribuição de renda e explosão de juros e taxas, são características que permitem que o neoliberalismo encontre solo fértil, na economia do País (Behring, 2008).

Em contrapartida, é nesse mesmo período que o País foi palco de intensas mobilizações populares, em protesto contra a suspensão dos direitos civis e aprofundamento da desigualdade econômica, que foram impostas pelo Estado autoritário e antidemocrático vigente. É através das mobilizações que vem à tona novos sujeitos políticos, trazendo dentre as bandeiras de lutas, a garantia do acesso aos direitos sociais, promoção da cidadania e da emancipação humana, a politização da questão saúde, além da ampliação da atuação coletiva democrática e de controle social. Bravo (2009) destaca que é nesse contexto que a saúde deixa de ser interesse apenas dos técnicos e ocorre a politização do setor. A partir de então passa a entrar em cena, aqueles que constituíram o chamado Movimento Sanitário composto pelos profissionais de saúde, representados pelas suas entidades; os partidos políticos de oposição, os movimentos sociais em articulação com a sociedade civil, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde.

Vale ressaltar ainda, que o Movimento Sanitário nasce no contexto da luta ainda contra a ditadura na década de 1970. Bravo (2009, p.101), afirma que tal expressão “foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação as mudanças e transformações necessárias na área de saúde”, a ideia era que essas mudanças não abarcassem só o sistema, porém todo o setor da saúde, com o objetivo de propor melhores condições de vida da população.

Destacamos ainda que a Política de Saúde anterior a este movimento era interligada com a previdência, ou seja, só possuía acesso à saúde quem fosse contribuinte ou dependentes. Aos demais, restava à filantropia e a caridade para ter acesso à saúde, para tanto, que as Santas Casas de misericórdias criadas no ano de 1984, possuíam a finalidade de misericórdia àqueles que não tinham acesso à saúde. Para tanto, afirmamos que a necessidade da criação de uma política de saúde universal e igualitária era de cunho urgente para o Brasil.

Com a continuidade desse processo de luta, enfatizamos ainda que o Movimento de Reforma Sanitária, contava com apoio dos profissionais e também da sociedade civil, que debatiam propostas desde a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, até a reestruturação do setor com estratégia de um

Sistema de Saúde unificado.

O MRS teve importante participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na cidade de Brasília no Distrito Federal, que contou com mais de quatro mil pessoas, dentre elas, delegados, profissionais de saúde, entidades como sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros. Um evento marcante e que tinha como principal objetivo debater o direito à saúde pública e de qualidade. “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p. 96).

A 8ª Conferência é um marco na construção e instituição de um Sistema Único de Saúde, apesar da pressão do setor privado e de representações políticas conservadoras, foi possível formular um documento que privilegiou grande parte das reivindicações formuladas junto aos movimentos sociais e as entidades de saúde. O Relatório Final elaborado na conferência resultou na inspiração para a elaboração do Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988, assim como, posteriormente nas leis orgânicas da Saúde, a Lei 8.080/90 e 8.142/90, que permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacamos ainda que apesar do não atendimento na íntegra das reivindicações, a constituição do SUS representa um grande avanço para a sociedade brasileira, que deixa o modelo contributivo e da caridade, para um Sistema que atende a todos (as) sem distinção de raça, classe ou etnia. Concordamos com Bravo ao afirmar que

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (2009, p. 96).

A nova fase da democratização inaugurada a partir da Constituição Federal

de 1988 são frutos de muitas lutas por parte dos movimentos sociais juntos a sociedade, entretanto, o que parecia ser uma conquista alcançada passa a sofrer vários ataques a partir dos anos 1990, como já falamos anteriormente, é na década de 1990 que o neoliberalismo ganha força no solo brasileiro, com o principal objetivo de vincular as políticas sociais à lógica privada, ocasionando os desmontes dos direitos sociais que foram garantidos constitucionalmente, principalmente a política de saúde. Nessa perspectiva, Bravo (2009, p.100) ressalta que

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir custos.

A partir de um discurso de crise fiscal do Estado se propõe um conjunto de medidas reformistas, que segundo Behring (2008), trata-se de um processo de contrarreforma, já que a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades sociais.

A política neoliberal tem seus princípios fundamentais que divergem com a importância do SUS, com o objetivo de equilibrar o mercado a exemplo do desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos que vão contra a unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais, além da contrarreforma do Estado que tinha como proposta separar o SUS em hospitalar e básica. Faz-se necessário evidenciar a concepção do projeto privatista em reduzir o SUS apenas para os mais pobres, ou aqueles que não teriam condições de pagar, minimizando o dever do Estado na garantia dos serviços à população (Bravo, 2009), tal ideia surge novamente no governo de Michel Temer, que propõe a criação de planos de saúde popular.

Cabe mencionar que diante desse contexto de ataques do neoliberalismo, o movimento sanitário dá sinais de perda da sua organização política, tendo como consequência, a concretização do SUS, conforme seu marco legal original para grande parte do movimento sanitário deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo e passa a ser concebida no interior do campo das possibilidades (Soares, 2010).

O subfinanciamento do SUS perpassa todos os governos, desde os neoliberais, neodesenvolvimentista até o ultraneoliberalismo, e o que importa ressaltar nesses governos é a garantia do repasse para investimento na saúde privada, chegando a ser até maior do que a saúde pública. Mendes; Carnut (2020) destaca que

Enquanto o gasto público total (União, estados e municípios) foi de 2,8% do PIB, em 1993, o privado foi de 1,4%. “Posteriormente, a situação se inverteu, sendo o gasto privado superior ao público”, como ocorrido em 2015 em que o gasto privado foi de 5,2% do PIB e o gasto público foi de 3,9% do PIB. (p.23)

Compreendemos que esse processo está dentro do previsto no Estado Neoliberal, de modo a restringir o orçamento público, através dos ajustes fiscais do Estado.

Nesse contexto de transferências para o setor privado, salientamos ainda o repasse de recursos destinados aos modelos privatizantes de gestão, a exemplo, das Organizações Sociais (OS), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), além das Fundações Estatais Públicas de Direito Público/Privado, que são incentivadas através da Lei de Responsabilidade fiscal, limitando os gastos com pessoal, entretanto favorece o repasse para as despesas de serviços com terceiros.

Como forma de intensificação do subfinanciamento do SUS, é importante destacar a aprovação da Emenda Constitucional 86/2015, que altera a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL)

em 2016 – menor que o percentual alcançado em 2015 –, elevando-se, de forma escalonada, até alcançar 15% da RCL, em 2020. Assim, registrou-se uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já neste ano. (Mendes; Carnut, 2020, p. 26)

As mudanças políticas provocadas pelo golpe institucional¹⁰, em 2016, com a saída da presidenta Dilma do governo, deram início a um aprofundamento em ritmo mais acelerado dos ajustes fiscais nas políticas sociais. A aprovação da Emenda Constitucional EC 95, conhecida como a “PEC da Morte”, mostra o avanço do que a partir de então passa a ser um desfinanciamento, com o congelamento dos gastos públicos em 20 anos, mais uma forma de definhar o SUS e abrir precedente para a

¹⁰ Destacamos que a Ex- Presidente Dilma Rousseff foi absorvida no caso das Pedaladas Fiscais, pelo Tribunal Regional Federal da 1º Região (TRF-1), que arquivou a ação de improbidade administrativa, ressaltamos que essas supostas acusações basearam o processo de impeachment, reforçando o argumento do que ocorreu em 2016, foi um Golpe.

iniciativa privada, que outrora constitucionalmente deveria ser apenas complementar, passa a ganhar o papel principal se contrapondo com o público em um discurso que no privado tudo funciona e no SUS falta tudo, frases como essas são comuns em meio a população.

Mendes; Carnut (2020, p. 27), afirma que “estudos aponta que o declínio do financiamento do SUS. Consta-se que a EC 95 levará a perdas acumuladas de 2017 a 2036 de R\$ 162 bilhões a R\$ 400 bilhões conforme projeção anual do PIB de 1,0% e 2,0%, respectivamente”. É nessa perspectiva que o SUS constitucional perde espaço e se adequa ao modelo neoliberal.

Destacamos ainda o novo Arcabouço Fiscal (Lei Complementar 200/2023) aprovado em agosto de 2023, no atual governo Lula, visa substituir o teto de gastos aprovado durante o governo Temer, o princípio objetivo do novo arcabouço fiscal é que se mantenha o resultado primário positivo dentro do projeto dos próximos anos. O que permitiu ao governo um maior investimento nas áreas de educação, saúde, habitação e infraestrutura.

A uma previsão de crescimento das despesas em saúde seja em torno de 15% da receita líquida e da educação 18%, ou seja, crescimento acima da inflação, além de não limitar as despesas com a educação básica através do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB).

Apesar do discurso de maior investimento pelo governo, Cunha (2023), traz algumas perspectivas do novo arcabouço para o SUS, de modo que o mesmo precisa ser alinhado com os objetivos e diretrizes do SUS, “efetivando um orçamento condizente com os ditames de nosso documento jurídico-político mais importante a Constituição Federal”.

Apesar do novo arcabouço fiscal (PLP nº 93/23) revogar a Emenda do Teto dos Gastos e apontar para um necessário equilíbrio entre a responsabilidade fiscal e social, ainda vige, como relatamos, importantes retrocessos que podem impactar negativamente o orçamento do nosso sistema de saúde. Tal cenário mantém em risco as tarefas do SUS Constitucional para os desafios que se avistam no presente e no futuro do país, como a continuidade dos atendimentos das sequelas pós-pandemia, mudanças no quadro demográfico e epidemiológico, a enorme fila de exames e consultas e a constante falta de insumos na rede pública (Cunha, 2023, p.11)

É relevante ressaltar a participação do Banco Mundial desde a criação do SUS, como um dos principais articuladores para o desfinanciamento desse,

realizando questionamentos acerca da universalidade do SUS, dos gastos sociais com o SUS, apontando constantemente a ineficiência do setor público de saúde e os crescentes benefícios da saúde privada, a exemplo da proposta de implementação dos planos de saúde populares que faz parte da orientação do BM apoiada pelas grandes indústrias farmacêuticas, junto aos grandes planos de saúde e apoiado pela Organização Mundial de Saúde, sob o discurso de implantar uma cobertura nacional de saúde.

Acerca dessas orientações, o Banco Mundial vem tecendo sobre a ineficiência do SUS, concordamos com Santos e Silva (2020), ao analisarem as recomendações do relatório intitulado “Um ajuste justo: análise da ineficiência e da equidade do gasto público no Brasil”, afirmam

O relatório no item 154, nas considerações sobre o Produto Interno Bruto (PIB), compara os gastos com saúde em âmbito nacional, explicitando que o Brasil consome (relativo ao PIB) valores similares aos seus parceiros da Organização de Cooperação e Desenvolvimento (OCDE), porém a maior parte desses gastos é realizada no setor privado. Os gastos públicos com a saúde no Brasil correspondem a menos de 4% do PIB, enquanto em países da OCDE, em média, o patamar é de cerca de 7% do PIB.

O relatório também ressalta a possibilidade de cortar gastos no setor da atenção primária em 23%, tentando manter os mesmos níveis de resultado, o que, segundo o BM, traria uma economia de R\$ 9,3 bilhões. Aponta também a possibilidade de corte em 34% dos gastos nos serviços hospitalares, uma economia de R\$ 12,7 bilhões. Ainda conclui que se poderiam cortar R\$ 22 bilhões, ou 0,3 do PIB, no SUS, sem nenhum dano aos resultados nos atendimentos da saúde (P. 45- 46).

Destaca-se ainda a importância que a Atenção Primária à Saúde possui para o Sistema Único de Saúde, sendo a principal porta de acesso dos usuários ao serviço de saúde, além disso, a depender do nível de precarização do município, é o único contato do usuário com o profissional médico, ou até mesmo com profissionais da enfermagem. No documento produzido pelo Banco Mundial em 2017 intitulado, “Um Ajuste Justo: Propostas para aumentar a eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, que é complementar ao mencionado anteriormente, insistem em mostrar a ineficiência do SUS, afirmando que se houvesse uma maior oferta de procedimento, realizados pelos profissionais de enfermagem, a exemplo da prescrição de medicamentos, seria possível melhorar consideravelmente a qualidade dos atendimentos, o que reforça a precarização do trabalho dos profissionais de saúde, assunto o qual não nos deteremos aqui.

Além disso, o atrativo de modernização de equipamentos, a agilidade no

atendimento, na saúde privada, contribuir para o discurso de sucateamento do SUS, reafirmando o argumento da necessidade de realização das parcerias público-privado, de modo que, o que outrora era apenas complementar passa a ganhar espaços, principalmente através das OS, como forma de retirar a responsabilidade do Estado, transferindo para o setor privado. Concordamos com Silva e Santos (2020, p. 49), ao afirmarem que a Atenção Primária de Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) “corre a passos largos é a direção do BM em entregar esses setores às gestões das OS, o que irá acelerar ainda mais o desmanche do SUS”.

São relatórios como os já mencionados acima produzidos pelo Banco Mundial que norteiam os governos brasileiros desde os anos 90, subfinanciando e desfinanciando o SUS desde a sua implementação até os dias atuais.

3. A RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

No presente capítulo apresentaremos elementos prioritários da relação público x privado na política de saúde, ressaltando o crescente índice de repasse dos serviços de saúde para entidades de direito privado, além dos modelos de gestões impostas hoje na política de Saúde, destacando a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar- EBSEH que é a empresa gerenciadora de 47 Hospitais Universitários (HU's), dentre deles os Hospitais Universitários ligados a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) objeto de estudo dessa dissertação.

O ajuste fiscal que permeia a Política de Saúde brasileira desde os anos 90 faz parte das perspectivas do capital internacional, para tanto, temos a focalização das ações públicas, abre-se precedente para a expansão do privado em ofertar seus serviços aos cidadãos que foram excluídos dos programas do Estado. Para tanto, é importante destacar que tal expansão ocorre não apenas com a implantação de grandes empresas médico-hospitalares ou de indústrias farmacêuticas, mas, através

de uma privatização não clássica como analisa alguns autores¹¹, de modo que, é realizada a contratação de Organizações Sociais (OS), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), além da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Esta tendência não ocorre apenas no âmbito federal, mas vem ganhando espaço nos estados e municípios.

Esse modelo de gestão assume um papel de resolução dos problemas das políticas sociais, principalmente do SUS, ressaltando a ineficiência de gestão do Estado, terceirizando o serviço sob o discurso de modernização, melhorias de estrutura e menor custo para o Estado. Entretanto, o que ocorre é maior fragilização dos vínculos empregatícios, além de maiores custos para o Estado.

Ao analisarmos o crescimento do setor privado, é importante ressaltar que não há interesse em acabar com o SUS, apenas reduzi-lo ao ponto de ser um sistema de parcerias público/privado, ou seja, dar mais espaço para o privado e minimizar o público. Esse discurso de redimensionar o tamanho do SUS foi marca registrada durante o governo Temer, que tinha como objetivo “privatizar tudo o que era possível, destruindo o Estado social gestado desde de 1988” (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2019, p.143).

Diante desse contexto de novos modelos de gestão, iremos destacar o trabalho dos Assistentes Sociais dentro da política de saúde, mais especificadamente nos hospitais universitários, compreendendo o trabalho desses profissionais, dentro da lógica gerencialista, além de apreender esse processo de inflexões durante a pandemia da Covid-19 e os principais elementos na fragilização do trabalho dos AS. Para tanto, é necessário entendermos o gerencialismo e as suas configurações, destacando esses elementos no tópico abaixo.

3.1 O Gerencialismo

Ao abordar sobre o gerencialismo, partiremos do conceito defendido por Lima (2019, p. 179), que o gerencialismo é “como um conjunto de ideologias e práticas pautadas nas ideias de flexibilização administrativa, descentralização e aumento da eficiência da qualidade da gestão no contexto neoliberal”. Ou seja, é uma ideologia que busca ampliar o direito de gerir, mesmo que apresentem versões

¹¹ Maria Inês Souza Bravo; Elaine Jünger Pelaez; Wladimir Nunes Pinheiro (2018); Juliana Fiuza Cislighi (2019); Sara Granemann (2020).

distintas desse gerenciamento, trazendo grandes aberturas para a privatização da saúde e da educação.

No cenário de privatização das políticas para beneficiar os interesses do capital financeiro, é necessário que haja uma mudança no papel do Estado, no sentido de limitar-se na realização de funções, de maneira, que deve passar de “executor direto dos serviços públicos para apenas fiscalizador e financiador, não mais se responsabilizando pela execução direta das políticas sociais” (Correia, 2018, p. 23). Ou seja, o Estado tem o papel apenas de coordenar e financiar.

Nessa perspectiva concordamos com Correia (2018) no que tange a expansão do setor privado e as ações do governo no setor.

Na lógica mercantil na saúde, o setor privado se expande na oferta de serviços seja do livre mercado, seja por dentro do setor público com forte apoio estatal. A ampliação do setor privado de saúde no livre mercado com apoio do Estado tem ocorrido através do fomento dos governos brasileiros, ao longo dos anos, a estabilidade do sistema de saúde suplementar através de renúncias fiscais, na dedução do imposto de renda tanto de pessoa física ou jurídica na emissão de certificação filantrópicas entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de Assistência à saúde e na compra de planos de saúde para os funcionários públicos (p.23).

Essas isenções que somadas aos repasses realizados pelo Estado para a iniciativa privada, principalmente através da filantropia, poderiam ser recursos destinados ao financiamento da Saúde Pública. De acordo com Correia (2018), o Brasil é o segundo país no mercado mundial de seguros privados, perdendo apenas para os Estados Unidos, o que comprova a perspectiva de crescimento do setor privado no país.

Como mencionado anteriormente é no governo de Michel Temer que temos o crescimento dos seguros privados de saúde, tal serviço era defendido pelos Ministros da Saúde, com falas que fortaleciam o mercado dos planos de saúde. O SUS não cabe na Constituição e que quanto mais planos de saúde, melhor. Além disso, a Emenda Constitucional nº 95, que congela os gastos primários com saúde e educação, contribui para o processo de expansão do privado.

Através da propagação dos meios midiáticos, popularmente o serviço público estatal passou a ser visto como ineficiente e burocratizado e que o setor privado vem para desburocratizar e modernizar o serviço público, sob a ótica de efetivação das políticas sociais. Aciole (2006) relata acerca disso.

[...] Para o senso comum, é como se onde atua o agente público deva estar “ausente” o agente privado; ou que o Estado deva, quando muito, regulamentar o mercado, mas não a ponto de impedir que este viceje e se

consolide. [...] A distinção entre público e privado se cristaliza, além desta incompatibilidade, numa série de recortes estéticos- expressivos verdadeiros clichês que marcam pares de opostos: eficiência vs. Ineficiência, agilidade e dinamismo vs. Morosidade e burocracia, corrupção vs. Integridade moral, eficácia vs. Ineficácia, para um e para outro, respectivamente (p.34).

Diante disso, a transferência do poder do Estado para o privado, passou das vendas de empresas estatais para o poder privado, para o gerenciamento das políticas sociais, antes atividades exclusivas de gestão do Estado. No que tange sobre a privatização Pinto (2009, p. 01) define como “tornar privado, especialmente (como um negócio ou indústria) mudar do controle, ou propriedade, público para o privado”.

Faz-se necessário destacar esse tensionamento de gerenciamento do SUS pelo privado, desde a constituição da política, com o Projeto de Reforma Sanitária vs. Projeto Privatista, que segundo Bravo (2011), um novo projeto também emerge, o da Reforma Sanitária flexibilizada. Sendo o primeiro o de base para a construção do SUS e defende o controle através da esfera pública, como o Estado responsável pelo gerenciamento da política. O segundo é caracterizado pela redução dos direitos sociais e apoiado pelo setor privado da saúde, sob a justificativa de enxugar o Estado. E o terceiro é defendido por militantes que outrora foram a favor da à Reforma Sanitária, passando a aderir os novos modelos de gestão. O projeto privatista possui apoio de organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, com a política seletiva e focalista, com objetivo de acumulação de lucros.

No capítulo anterior, destacamos os governos brasileiros e a expansão do privado a partir dos anos 90, entretanto, é importante ressaltar o processo de privatização progressiva da saúde. “O governo fortaleceu os interesses do capital, com a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais” (Correia, 2018, p.25). Mesmo nos governos social-liberal, de maneira que se tinha a esperança da implementação do SUS, o que ocorre é a continuidade da ampliação da participação do setor privado.

Apesar de não ter sido aprovada como lei federal, podemos evidenciar a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), apresentadas ainda durante o governo de Lula, durante a gestão de Temporão, no Ministério da Saúde, que tinha por objetivo, o gerenciamento das atividades nas áreas da saúde,

assistência social e outras. Entretanto, apesar da não implantação a nível federal, muitos estados e municípios vem implantando estas fundações.

Vale salientar que esses modelos de organizações como as OS, não é restrito ao Brasil, Santos (2018, p.45), afirma que essa proposta de gerenciamento é espelhada no modelo já existente na Grã- Bretanha.

As denominadas Quangos, organizações quase autônomas não governamentais. As Quangos têm a sua gênese na Grã- Bretanha, durante o governo de Margareth Thatcher nos anos de 1980, quando adota medidas de contenção do aparelho estatal, “época em que várias atividades não exclusivas do Estado foram transferidas do setor estatal para o setor público não estatal”. [...] Um dos objetivos apresentados pelo Parlamento inglês para a criação das Quangos era que elas introduziram práticas típicas do mercado privado no serviço público; argumentava-se que eram mais econômicas e eficientes (Santos, 2018, p.46).

Durante a ditadura militar no Brasil esse modelo de gestão também já estava previsto, durante o governo de Castelo Branco, no Art. 4º da Lei nº 200 de 1967, que prevê a Administração Federal, compreendendo a administração indireta “Autarquias, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, Fundações Públicas” (Brasil, 1967)

Para tanto, é necessário entendermos acerca da execução orçamentária, visto que, ao passar dos anos, o planejamento econômico aprovado na Constituição Federal de 88, passa a ser alterado como forma de beneficiar e facilitar a implantação dos novos modelos de gestão. A princípio o texto constitucional traz uma maior responsabilidade para a gestão pública e democrática com mudanças significativas, de acordo com Brettas (2019) no que se refere ao trato orçamentário, “a tentativa de recuperar o papel de planejamento de Estado com a integração entre plano e orçamentos, a conclusão do processo de unificação orçamentária, além da recuperação da competência do Congresso Nacional para dispor de matéria orçamentaria” (p.153).

A CF/88 estabelece além da Lei Orçamentaria Anual (LOA), a criação do Plano Plurianual (PPA), que tem como objetivo estabelecer um conjunto de programas que devem ser desenvolvidos. Os programas só recebem os recursos anuais se já estiverem previstos no PPA. Apesar dessas conquistas, concordamos com Fernades (2014, p. 259) ao afirmar que “a Constituição é um simples riacho, nessa travessia”. Entretanto, o Estado é um defensor dos interesses burgueses, operando mudanças sob os discursos de pagamento da dívida através dos recursos públicos, é a partir disso que criam condições de “rentabilidade financeira para

passar a ser indispensável para a garantia das margens de rentabilidade do Capital” (Brettas, 2019, p.156.)

Brettas (2019) expõe que entre 1994 e os anos 2000, alguns mecanismos foram criados com objetivo de facilitar a expropriação de recursos do fundo público para benefício da burguesia rentista, destacando três itens: As metas do superávit primário, a Desvinculação de Receitas da União e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

A realização do superávit primário fruto de um acordo firmado com o Fundo Monetário Internacional (FMI) em 1998, significa produzir uma poupança primária no orçamento para assegurar aos credores da dívida que o país possui condições de arcar com o pagamento dos juros. [...] A DRU recebeu este nome em 2000, mas tem sua origem em 1994, por meio da criação do Fundo Social de Emergência (FSE), em 1996 rebatizado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Este mecanismo permite a desvinculação de recursos das contribuições sociais e sua utilização para outros fins. [...] a Lei de Responsabilidade Fiscal, definida por meio de Lei Complementar n.101, de 4 de maio de 2000, reforça a ideia de que a política fiscal deve avalizar o espaço de valorização do capital portador de juros (Brettas, 2019, p.157).

Dentro desse contexto o terceiro setor vem ampliando o seu modelo de gestão já que não pode ser caracterizado como privado e nem como setor público, entretanto, o terceiro setor que aparece sob o discurso da representatividade da sociedade civil, é controlada pela propriedade privada, que em tese deve atender as necessidades públicas sem acumular riquezas. “O terceiro setor é composto por entidades que geralmente aparecem com a titulação de “não governamental”, não estatal e não lucrativo” (Sodré, Bussinguer, 2018, p. 37). Todas as associações que compõem esse setor são instituições de interesses públicos, criadas para que haja uma participação da sociedade civil organizada e assim tenha a propagação das ações publicizadas.

Ao contrário da tese que é dita, o modelo de gestão por organizações sociais não possui um baixo custo, pois para gerir as políticas precisa de equipamentos de tecnologias, mão de obra especializada- apesar das precarizações dos vínculos-, além dos medicamentos serem de patentes internacionais. “A saúde move uma ampla quantidade de capital em toda a rede de serviços ou indústrias, o que nos permite seguramente considerar a existência de um complexo econômico industrial da saúde” (Sodré e Bussinguer, 2018, p. 39).

A partir de 1990, período de implantação do Neoliberalismo, no Brasil, essas organizações sociais ganharam espaços para a sua implementação com a Reforma do Aparelho do Estado durante o governo de FHC, entretanto, essas organizações

ganharam uma especificidade se tornando organizações sociais de saúde as chamadas OSS's, com o foco em ações destinadas apenas a política de saúde. Sodré e Bussinguer (2018, p. 39) afirma sobre a ampliação das suas “expertises na gestão de serviços de saúde pública por meio de parcerias com as secretarias de saúde, firmadas por meio dos contratos de gestão”.

Desse modo, juridicamente é possível transferir o poder de gerenciamento dos recursos para as OS, através de contratos pactuadores de gestão que definem metas e os seus resultados, assumindo o Estado o papel de fiscalizador e regulador. Ou seja, a organização social passa a ser considerada uma entidade que desenvolve serviços públicos, atividades de interesse e alcance coletivos, recebendo recursos financeiros diretamente da administração pública estatal.

Concordamos com a tese que essas organizações sociais não nasceram de pequenos grupos de mercado de saúde, mas de grandes empresas que já eram consolidadas no país e que possuem um amplo e competitivo mercado como destaca Sodré, Bussinguer (2018, p. 44)

A maior parte das grandes organizações sociais que atuam no Brasil nasceram de grupos de hospitais filantrópicos ou de associações de empresários do campo da saúde. Um exemplo disso é o grupo da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus ou mesmo a Fundação Faculdade de Medicina- todas com dupla titularidade de organização social de saúde e entidade filantrópica. Destacamos com maior ênfase, a Seconci- grupo formado pelo Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (grupo do sistema S), também atuando como organização social da saúde.

Um elemento fundamental para compreender-se a adoção das organizações sociais para gerenciamento das políticas sociais, principalmente a saúde, é o discurso de desburocratização do modelo de administração estatal, que era criticada pela ineficiência de gerenciamento econômico, além da manutenção dos privilégios sustentadores do patrimonialismo e clientelismo presentes na gestão pública. Entretanto, o que se tinha na teoria de que os modelos de gestão pelas OS seriam eficazes e capazes de romper a burocracia do Estado, não passou de uma falácia, dando continuidade às práticas, outrora, já realizadas pelo Estado.

Existem algumas contradições no que diz respeito a implantação das OS no gerenciamento do setor público, visto que, essas não precisam seguir algumas leis conforme previsto na Constituição Federal de 1988, a exemplo da Lei nº 8.666/93 conhecida como a Lei da Licitação, que prevê o processo de contratação da administração pública deve ser aberto um processo de licitação, entretanto, as OS

são dispensadas desse processo. A dispensa desse processo visto por muitos como uma forma de agilidade na compra de bens médicos- hospitalares duráveis e não duráveis, resulta em um aumento considerável de escândalos, envolvendo as OS.

Além disso, outra contradição ocorre na contratação de pessoal, já que os mesmos irão prestar serviços em espaços do serviço público e são contratados através de Contratos Temporários ou Regime CLT o que deveria ocorrer apenas através dos Concursos Públicos.

Apesar dessas ponderações, em dezembro de 2015, o Supremo Tribunal Federal publicou o Acórdão relativo a Adin nº1.923, decidindo que os chamados serviços essenciais (saúde, educação, etc.) também poderiam ser prestados de forma indireta, pelas OS. A decisão, adotada por sete votos a dois, havia sido tomada em abril de 2015, mas a publicação se deu somente no final do mesmo ano. Houve também uma Ação Direta da Inconstitucionalidade, instituída em janeiro de 2013, contra dispositivos da Lei nº12.550/2011, que autorizou a criação da EBSEH (Adin nº. 4.895). O então procurador-geral da República, Roberto Gurgel, afirma que a lei viola dispositivos constitucionais ao atribuir a EBSEH a prestação de um serviço público, aponta a quebra da autonomia universitária e a afronta a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão com alicerces garantidores do livre aprender e ensinar (artigos 206 e 207, da Constituição de 1988) (Santos, 2018, p. 194).

Diante desses novos modelos de gestão, é importante analisar que desde os anos 90, nos diferentes governos, tivemos a criação desses modelos de gestão, iniciando-se no governo FHC com as OS e OSCIPS e no governo Lula, através das FEDEPS, e a proposta da EBSEH, através de MP, sendo sancionada como lei no governo Dilma. Todas essas modalidades possuem em comum a personalidade jurídica de direito privado (Santos, 2018).

É relevante ressaltar o debate construído pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) acerca dos novos modelos de gestão. Os problemas do SUS não serão resolvidos com a implantação de um novo modelo de gestão, mas assegurando mais condições materiais e financeiras. Para tanto, é necessário que haja uma gestão pública efetiva, aliada ao controle social.

Propostas de flexibilização da gestão pública e de implementação de modelos organizacionais que seguem a lógica de mercado para gerir os serviços públicos constituem grave ataque ao caráter público de saúde. Seguem uma racionalidade que fere mortalmente os princípios da administração pública direta, e tem sido concretizado nas três esferas governamentais através da proposição ou edição de Leis e Emendas Constitucionais que alteram o arcabouço jurídico e até os princípios que orientam a boa gestão da coisa pública [...] (FNCPS, 2014, p.1).

Santos (2018) aponta um estudo realizado pelo Tribunal de Contas do

Estado de São Paulo (TCE-SP), que teve por objetivo comparar três hospitais administrados por OS e três gerenciados pela administração direta do Estado, analisando indicadores de eficiência e ineficiência, o que se constatou foi a ineficiência desses indicadores nos hospitais sob o gerencialmente das OS. Quando analisadas as taxas de mortalidade geral, os indicadores dos hospitais da administração direta demonstraram superioridade qualitativa aos das OS. Referente aos servidores os índices de enfermeiro-leitos e médicos leitos, são maiores nos hospitais de administração direta, além das taxas, altas-leitos e clínica médica. Por fim, foi constatado que o atendimento aos usuários desses espaços gerenciados por essas OS não é melhor conforme defendido por muitos.

A partir do estudo realizado até o presente momento acerca dos novos modelos de gestão e as suas implicações no SUS, esses modelos reforçam os ideários defendidos pelo Mercado, sendo pontes de privatização da Saúde, a exemplo das OS e da EBSEH. Diante disso, no próximo item adentraremos na discussão acerca da Empresa de Serviços Hospitalares- EBSEH e a sua implicação na Contrarreforma da Política de Saúde.

3.2 A EBSEH como Expressão da Contrarreforma do Estado

Na particularidade Brasileira, a Reforma do Aparelho do Estado proposta pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, como anteriormente mencionada, expressa no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995, que afirmava haver um esgotamento estatal, apontava a necessidade de superar o estilo da administração pública burocrática. Nessa proposição, “o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas” (Bravo, 2009, p.100).

Esse movimento iniciado ainda na década de 90, permitiu a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), através da Lei nº 12.550/11, sendo uma empresa de regime estatal. Segundo Sodré et al (2013)

No caso das OSs, a gestão é privada, com regime jurídico privado permeado por algumas derrogações de direito público. Do ponto de vista daqueles que querem garantir o SUS universal e equânime, o segundo ponto de análise refere-se à garantia de um sistema que seja realmente público e se a EBSEH não representaria uma forma velada de privatização. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e a Fundação Estatal de Direito Privado

são entes integrantes da administração pública indireta e, portanto, entes estatais (p.373).

No entanto, a discussão sobre a instituição da EBSEH ultrapassa o seu regime jurídico, levando em consideração a sua finalidade, de modo que, esta é criada para a administração dos Hospitais Universitários que outrora foram subfinanciados, sob os discursos que possuíam altos custos para o governo. Concordamos com Cislighi (2011) ao ressaltar que os Hospitais Universitários não são responsáveis apenas por atendimentos, como os demais hospitais de alta complexidade, mas, também pelo ensino, a pesquisa e a extensão.

[...] As conclusões do documento publicado pela OMS e expostos por Medici são de que os HUs são 12% mais caros do que hospitais não-universitários de alta tecnologia, o que é natural se além de serviços assistenciais eles também desenvolvem ensino e pesquisa. Assim, afirma que dificilmente seriam competitivos ou atrativos para seguros médicos. Mesmo assim, defende a necessidade de que busquem fontes alternativas de financiamento em relação ao público, sendo elas a venda ou asseguração de serviços de alta tecnologia em saúde para o Governo, Planos de Saúde e as pessoas físicas e jurídicas (Cislighi, 2011, p. 57)

Entretanto, devemos destacar que toda esta articulação ocorre anterior a promulgação da lei, ainda em 2010, com a participação do Banco Mundial, sendo este o responsável pela condução da reestruturação dos hospitais universitários. Cislighi (2011) evidencia o evento que ocorreu em março de 2010, na cidade de Brasília, reunindo os Ministérios de Planejamento, saúde e da educação, além disso, estavam presentes “os gestores dos 46 hospitais universitários, além do Banco Mundial e representantes da Espanha, Portugal e dos Estados Unidos, expondo os seus modelos locais” (p.55). Destaca-se ainda que nesse evento, é indicado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais-REHUF, sendo anunciado nesse mesmo dia o empréstimo de cerca de 756 milhões para o financiamento desse programa oriundo do Banco Mundial, sendo divididas entre as 46 unidades hospitalares do país.

Portanto, apesar do regime jurídico estatal, o modelo de gestão EBSEH está vinculado a logica gerencialista, é possível observar essa movimentação a partir de 2004, com a Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de abril, que unifica os hospitais universitários, hospitais escolas e hospitais auxiliares de ensino, denominando hospital de ensino e ao tempo rebaixou o estatuto dos hospitais universitários, que junto à universidade pública sempre buscou excelência no ensino. Outra medida ocorre em 2008 com a autonomia da gestão financeira, que ao

contrário do reivindicado pela organização estudantil, passou a igualar os HUs aos outros hospitais que exerçam a atividade de ensino (Cislaghi, 2011).

Apesar de ser característico do Estado Neoliberal o subfinanciamento das Políticas Sociais, destacamos o déficit financeiro que desde os anos 90, os hospitais universitários vêm sofrendo, acentuando-se com épocas de crescimento do PIB. Além do déficit financeiro, destacamos a falta de profissionais, sendo necessários os custos com contratações temporárias e terceirizadas, utilizando maior parte da verba financeira para o pagamento destes.

[...] A realidade demonstra, segundo os próprios dados do relatório REHUF, que apenas os HUs federais acumularam por ano um déficit total de 30 milhões entre o que é produzido e o que é pago, problema que se origina nos valores defasados da tabela SUS, levando a uma dívida acumulada de 425 milhões de reais, mais da metade de todo recurso emprestado pelo Banco Mundial para o REHUF (Cislaghi, 2011, p.58).

Diante desse contexto, a medida provisória de criação da EBSEH, ainda durante o governo Lula, em 2010, foi transformada em lei e sancionada no Governo de Dilma, em 2011, foi vista como urgente, uma vez que, havia acúmulo de profissionais terceirizados, que de acordo com a notificação do TCU realizada, em 2006, constavam mais de 26 mil profissionais nesta situação. Cislaghi (2011) destaca que, o acordo realizado para retirar a gestão governamental era a criação de uma empresa de cunho privado, o que não ocorreu.

Confirmava-se, então, a intenção do governo de retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado. Foi escolhido o modelo da empresa pública, o que não foi oficialmente acordado com a ANDIFES, que foi pega de surpresa pela MP 114. A MP 520 previa a criação de uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação. Apesar da questão da força de trabalho dos HUs ter sido usada como justificativa, a MP abria a possibilidade de a nova empresa pública administrar quaisquer unidades hospitalares no âmbito do SUS (p. 60).

É interessante destacar que, apesar de ser uma empresa de regime estatal, tem como objetivo a obtenção de lucros, sendo a saúde regulada através da ordem econômica. Cislaghi (2011) apresenta algumas hipóteses de como é possível essa obtenção de lucros, de modo que, abre diversas possibilidades, já que na lei não está previsto como podem ser realizadas as atividades de ensino e pesquisa, podendo ser negociadas com “entidades privadas, por meio de acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais uma das fontes previstas de recursos da EBSEH no artigo 8º do PL” (p.60). Além disso, outras formas de lucratividade dão-se pelo ressarcimento de despesas com o atendimento de usuários de planos de

saúde, esse movimento encontra-se previsto desde 1998, através da Lei nº 9656, porém, nunca foi devidamente regulamentada e as cobranças não realizadas.

Nessa conjuntura, há o risco de o ressarcimento ser entendido como reserva de leitos para planos, regulamentando a dupla porta. Em SP, a partir da lei criada no fim de 2010, 25% dos leitos geridos pelas OSs podem ser vendidos para os planos de saúde. Discute-se ainda a ampliação da venda de leitos no Hospital de Clínicas da USP para 12%, prática realizada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Cislaghi, 2011, p, 60).

Para tanto, iremos analisar os gastos e repasses realizados pela EBSEH sede ressaltamos que as tabelas abaixo foram extraídas do portal da transparência, do site oficial, a partir do documento Relatório Integrado, que tem por finalidade apresentar os feitos realizados pela empresa durante o ano, assim como, a prestação de contas. Enfatizamos que os relatórios referentes ao ano de 2017, não consta, na tabela, conforme modelo dos anos posteriores, tendo apenas os dados comparativos do ano de 2017/2018. No que se refere, aos relatórios dos anos de 2020 e 2021, observamos uma mudança em relação a descrição dos repasses e gastos, retornando ao padrão em 2022.

A tabela a seguir, refere-se ao relatório integrado, do ano de 2018, que realiza o comparativo com o ano de 2017. Destacamos o aumento de 33% na receita bruta, além disso, a despesa com servidores cresceu em média 24%, outro valor relevante refere-se à diminuição dos gastos com provisões de riscos fiscais que se refere aos gastos imprevisíveis do governo, como exemplo decisões judiciais desfavoráveis ao governo, havendo uma redução de 63% do valor anterior.

Tabela 1- Comparativo de Gastos EBSEH 2017-2018

Descrição	Nota	01.01.2018 a 31.12.2018	01.01.2017 a 31.12.2017
Receita Bruta - Serviços		514.945.297	344.578.386
Contratualização SUS	3.1.1	514.945.297	344.578.386
Despesas Operacionais	3.2	(5.270.386.815)	(3.985.006.759)
Despesa com Pessoal, Encargos e Benefícios	3.2.1	(4.267.515.818)	(3.241.073.429)
Remuneração a Pessoal	3.2.1.1	(3.038.005.550)	(2.259.137.813)
Encargos Patronais	3.2.1.2	(939.881.250)	(756.281.754)
Benefícios a Pessoal	3.2.1.3	(276.349.919)	(214.329.868)
Outras Despesas com Pessoal e Encargos	3.2.1.4	(13.279.099)	(11.323.994)
Despesa com Uso de Bens e Serviços		(898.432.688)	(627.676.113)
Uso de Material de Consumo	3.2.2	(329.320.492)	(208.992.799)
Serviços Tomados	3.2.3	(543.217.071)	(405.085.832)
Depreciação e Amortização	3.2.4	(16.070.703)	(13.597.482)
Redução a Valor Recuperável (impairment)	1.2.3.3	(9.824.422)	
Provisões de Riscos Fiscais	3.2.5	(7.259.474)	(20.107.538)
Riscos Fiscais Trabalhistas		(6.590.378)	(18.436.217)
Riscos Fiscais Cíveis		(669.096)	(1.671.321)
Despesas Tributárias	3.3	(413.471)	(349.563)
Impostos, Taxas e Contribuições		(413.471)	(349.563)
Demais Resultados	3.4	(96.765.364)	(95.800.116)
Resultado Antes das Receitas/Despesas Financeiras		(4.755.441.518)	(3.640.428.373)
Resultado Financeiros	3.5	(12.472.527)	(14.622.331)

Fonte: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/relatorio-integrado>, (2023).

Na tabela abaixo referente ao ano de 2019, há um comparativo entre as despesas e os repasses entre os anos de 2018 e 2019, assim como uma comparação entre o ultimo trimestre dos anos mencionados. No entanto, analisaremos apenas os dados anuais de 2018 e 2019.

No que tange a receita bruta, entre o ano de 2018 e 2019 há uma crescente de 29% no valor repassado, assim como um crescimento em média de 9% com gastos referentes a servidores, no entanto, diferente dos anos 2017/2018, existe um crescimento de 93% nas provisões de riscos fiscais. Nos demais valores há um crescimento nos demais itens como consta na tabela abaixo.

Tabela 2 – Comparativo de Gastos da EBSEH entre 2018- 2019

DESCRIÇÃO	Nota	01.10.2019 a 31.12.2019	01.01.2019 a 31.12.2019	01.10.2018 a 31.12.2018	01.01.2018 a 31.12.2018
Receita Bruta - Serviços	3.1	204.360.877,96	728.890.950,33	251.830.055,32	514.945.297,32
Contratualização SUS	3.1.1	204.360.877,96	728.890.950,33	251.830.055	514.945.297
Despesas Operacionais	3.3	(1.891.295.697,28)	(5.985.320.155,55)	(1.625.718.795,82)	(5.270.386.814,90)
Despesa com Pessoal, Encargos e Benefícios	3.3.1	(1.434.961.089,67)	(4.696.822.706,80)	(1.319.500.353,54)	(4.267.515.817,52)
Remuneração a Pessoal	3.3.2	(959.251.276,91)	(3.328.393.359,48)	(959.123.269)	(3.038.005.550)
Encargos Patronais	3.3.3	(363.921.609,50)	(1.089.660.364,36)	(274.178.962)	(939.881.250)
Benefícios a Pessoal	3.3.4	(109.530.968,84)	(268.514.057,11)	(80.759.049)	(276.349.919)
Outras Despesas com Pessoal e Encargos	3.3.5	(2.257.234,42)	(10.254.925,85)	(5.439.074)	(13.279.099)
Despesa com Uso de Bens e Serviços		(360.297.457,80)	(1.092.697.373,36)	(288.549.973,24)	(908.257.110,32)
Uso de Material de Consumo	3.3.6	(161.900.332,20)	(437.085.411,70)	(121.916.586)	(329.320.492)
Serviços Tomados	3.3.7	(192.273.789,82)	(632.260.605,78)	(163.859.482)	(543.217.071)
Depreciação e Amortização	3.3.8	(6.123.335,78)	(23.351.355,88)	(2.773.905)	(16.070.703)
Redução a Valor Recuperável de (Impairment)	1.2.2.5	0,00	0,00	0,00	(9.824.422)
Provisões de Riscos Fiscais	3.3.9	(76.026.913,63)	(103.736.384,46)	0,00	(7.259.474)
Despesas Tributárias	3.3.10	(51.785,90)	(489.178,21)	(32.869,69)	(413.471,39)
Impostos, Taxas e Contribuições		(51.785,90)	(489.178,21)	(32.870)	(413.471)
Outras Despesa Operacionais	3.3.11	(19.958.450,28)	(91.574.512,72)	(17.635.599)	(96.765.364)
Resultado Antes das Rec./Desp. Financeiras		(1.686.934.819,32)	(5.256.429.205,22)	(1.373.888.740,50)	(4.755.441.517,58)
Resultado Financeiros		(1.036.890,55)	(9.554.268,43)	(2.856.522,61)	(12.472.527,73)
Receitas Financeiras	3.3.12	67.200,77	496.953,54	82.789	201.422
Despesas Financeiras	3.3.13	(1.104.091,32)	(10.051.221,97)	(2.939.311)	(12.673.950)
Resultado antes da Subvenção do Tesouro Nacional	3.3.14	(1.687.971.709,87)	(5.265.983.473,65)	(1.376.745.263,11)	(4.767.914.045,31)
Subvenção do Tesouro Nacional	3.3.15	1.585.727.715,76	5.148.073.556,72	1.321.184.900,13	4.540.457.373,13
Resultado antes da Cont. Social Sobre o Lúcro Líquido		(102.243.994,11)	(117.909.916,93)	(55.560.362,98)	(227.456.672,18)
Provisão Contribuição Social		0,00	0,00	0,00	0,00
Resultado antes do Imposto de Renda		(102.243.994,11)	(117.909.916,93)	(55.560.362,98)	(227.456.672,18)
Provisão para Imposto de Renda		0,00	0,00	0,00	0,00
Resultado do Exercício	3.3.18	(102.243.994,11)	(117.909.916,93)	(55.560.362,98)	(227.456.672,18)

Fonte: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/relatorio-integrado>, (2023).

As tabelas referentes ao ano de 2020 e 2021 sofre alteração em relação ao detalhamento dos gastos e repasses da EBSEH, como já mencionado anteriormente. Contudo é pertinente ressaltar, que os anos, em estudo, referem-se ao ano da eclosão da Pandemia da Covid-19 e suas sucessivas ondas como chamadas por especialistas. Desse modo, os hospitais universitários foram pontos de referências em atendimentos, sendo destinados maiores recursos para as instituições hospitalares com o objetivo o combate à pandemia, assim sendo conseqüentemente houve um crescimento dos servidores, através dos processos seletivos emergenciais. Não é possível compararmos os dados abaixo com os do ano anterior, devido à descrição não ser compatível com os modelos de tabelas adotados anteriormente, entretanto, é valido ressaltar os inúmeros repasses recebidos pela EBSEH para o combate à Pandemia da Covid-19.

Tabela 3- Demonstrativo de Gastos da EBSEH em 2020.

Rubrica	Orçamento Autorizado (LOA+Créditos)	Empenhado	% Emp. / Orç.	Liquidado	% Liq. / Emp.	Pago	% Pago / Liq.	RAPs Inscritos para 2021	% RAPs / Emp.
Pessoal e Benefícios (exceto Sentenças Judiciais)	5.398,11	5.187,59	96%	5.175,20	100%	4.830,81	93%	356,78	7%
Pessoal e Benefícios (Créd. Extr. Covid-19)	268,71	247,42	92%	245,05	99%	210,52	86%	36,90	15%
Rehuf (parcela Ebserh)	246,32	246,31	100%	136,27	55%	128,56	94%	117,74	48%
Gestão e Manutenção	153,73	153,45	100%	52,72	34%	51,08	97%	102,37	67%
Fonte Própria Diretamente Arrecadada	113,85	113,68	100%	50,75	45%	48,54	96%	65,14	57%
Sentenças Judiciais	77,29	45,26	59%	41,60	92%	41,60	100%	3,66	8%
Capacitações	5,48	5,47	100%	2,14	39%	1,97	92%	3,51	64%
Emendas Parlamentares	59,54	58,41	98%	22,85	39%	18,82	82%	39,59	68%
Emendas Rehuf	39,45	38,34	97%	10,52	27%	7,84	75%	30,50	80%
Emendas Gestão e Manutenção	4,46	4,45	100%	2,14	48%	1,94	91%	2,51	56%
Emendas Covid-19	15,63	15,62	100%	10,19	65%	9,04	89%	6,59	42%
Crédito Extraordinário Covid-19 (despesas diversas)	274,00	198,11	72%	159,19	80%	157,26	99%	40,85	21%
TOTAL	6.597,03	6.255,69	95%	5.885,76	94%	5.489,15	93%	766,54	12%

Rubrica	Orçamento Autorizado (LOA+Créditos)	Empenhado	% Emp. / Orç.	Liquidado	% Liq. / Emp.	Pago	% Pago / Liq.	RAPs Inscritos 2020	% RAPs / Emp.
Pessoal e Benefícios	5.740,03	5.478,84	95%	5.460,75	100%	5.081,83	93%	397,01	7%
Custeio	603,94	577,81	96%	371,96	64%	358,70	96%	219,10	38%
Investimentos	253,06	199,05	79%	53,06	27%	48,62	92%	150,43	76%
TOTAL	6.597,03	6.255,69	95%	5.885,76	94%	5.489,15	93%	766,54	12%

Fonte: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/relatorio-integrado> (2023).

Por fim, a tabela abaixo se refere ao ano de 2022, que realiza o comparativo com os valores gastos e repassados em 2021. O modelo de tabela abaixo volta aos padrões adotados nos anos de 2017, 2018 e 2019 (Tabelas 1 e 2). Nos chama atenção os valores referentes à receita bruta com uma redução de 19%, que pode ser referente a diminuição nos repasses dos recursos referentes ao combate à pandemia da Covid-19. Conforme mostra os dados abaixo, temos aumentos nos itens descritos, entretanto, se faz relevante mencionar o aumento significativo dos resultados financeiros, sendo um crescimento em torno de 89% entre os anos comparados.

Tabela 4- Comparativo de gastos da EBSEH entre 2021- 2022.

DESCRIÇÃO	Nota	01.01.2022 a 31.03.2022	01.01.2021 a 31.03.2021
Receita Bruta	3.1	27.401.010,90	34.024.361,84
Receita com Serviços		27.401.010,90	34.024.361,84
Receita de Serviços e Exploração	3.1.1	27.401.010,90	34.024.361,84
Despesas Operacionais	3.3	(2.034.227.855,96)	(1.962.363.355,92)
Despesa com Pessoal, Encargos e Benefícios	3.3.1	(1.414.495.284,27)	(1.396.877.837,57)
Remuneração a Pessoal	3.3.2	(958.107.238,81)	(1.001.744.707,89)
Encargos Patronais	3.3.3	(333.656.271,54)	(310.158.462,36)
Benefícios a Pessoal	3.3.4	(83.738.049,23)	(81.110.249,30)
Outras Despesas com Pessoal e Encargos	3.3.5	(38.993.724,69)	(3.864.418,02)
Despesa com Uso de Bens e Serviços		(602.638.490,38)	(554.372.495,72)
Uso de Material de Consumo	3.3.6	(273.770.891,34)	(258.511.732,81)
Serviços Tomados	3.3.7	(328.867.599,04)	(295.860.762,91)
Despesa com Bens Móveis, Imóveis e Intangíveis		(16.178.590,98)	(10.021.347,47)
Depreciação, Amortização e Impairment	3.3.8	(13.278.672,01)	(9.713.566,78)
Perdas Involuntárias e Desfazimentos	3.3.9	(2.899.918,97)	(307.780,69)
Despesas Tributárias	3.3.10	(510.539,76)	(499.197,52)
Impostos, Taxas e Contribuições		(510.539,76)	(499.197,52)
Outras Despesas Operacionais	3.3.11	(404.950,57)	(592.477,64)
Resultado Antes das Rec./Desp. Financeiras		(2.006.826.845,06)	(1.928.338.994,08)
Resultados Financeiros		741.286,30	79.617,35
Receitas Financeiras	3.3.12	1.017.320,64	160.348,31
Despesas Financeiras	3.3.13	(276.034,34)	(80.730,96)
Resultado antes da Subvenção do Tesouro Nacional	3.3.14	(2.006.085.558,76)	(1.928.259.376,73)
Subvenção do Tesouro Nacional	3.3.15	1.959.041.916,10	1.863.629.568,34
Subvenção do Tesouro Nacional	3.3.15	1.536.420.435,55	1.466.094.842,51
Subvenção de Custeio SUS	3.3.15	422.621.480,55	397.534.725,83
Resultado antes da Cont. Social Sobre o Lúcro Líquido	3.3.16	(47.043.642,66)	(64.629.808,39)
Provisão Contribuição Social		0,00	0,00
Resultado antes do Imposto de Renda		(47.043.642,66)	(64.629.808,39)
Provisão para Imposto de Renda		0,00	0,00
Resultado do Exercício	3.3.18	(47.043.642,66)	(64.629.808,39)

Fonte: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/relatorio-integrado>, (2023).

Por ter sido criada como Sociedade Anônima S. A, a EBSEH, põe em risco a privatização definitiva da saúde, através da financeirização¹². Ou seja, isso representa que a empresa é estatal, mas de direito privado, não impedindo que a mesma tenha ações para serem vendidas ao capital estrangeiro. Desse modo, esse processo apresenta avanços com vistas à privatização, não apenas da saúde, mas também da educação, de modo que, abre a possibilidade para as empresas privadas de ensino negocie espaços para os seus alunos dentro dos HUs, para as práticas de estágios, utilização do corpo docente das universidades federais, entre outros. Segundo Correia (2011, p. 44), “Na área de Saúde circula um grande volume de recursos e o setor privado tem muito interesse em administra-lo isto, porque se trata da tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento da reprodução do Capital”, uma vez que, o mesmo não se satisfaz apenas com o livre mercado da saúde, o setor privado busca, por dentro do Estado, se apropriar dos recursos disponibilizados à política de saúde.

É válido destacar, os crescentes casos de denúncias sobre as OS em diversos estados, assim como os Hospitais geridos pela EBSEH, de modo que, os progressivos aumentos de repasses apresentam os desvios de verbas, pois, o cenário que se encontra em muitos HUs é a diminuição de leitos, seletividade no atendimento, diminuição do quadro de pessoal, investimento incipiente em infraestrutura, além das negações do atendimento à população usuária.

Ressaltamos que a adesão dos HUs ocorreu em quatro ondas: a primeira de adesão, ocorrendo em 2012, com a assinatura de 21 contratos; a segunda, no período 2013 e 2014, com a assinatura de 8 contratos; a terceira, com a adesão de 8 Hospitais Universitários durante o período de 2014 a 2016; e por fim a terceira, que inicia-se, em 2016 até 2019, com a assinatura de 3 contratos, totalizando 40 hospitais universitários gerenciados pela EBSEH de um total de 50 Hospitais

¹² A financeirização envolve a predominância dos mercados e demais instituições financeiras como a forma de definição, gestão e realização da riqueza no capitalismo contemporâneo. O processo de financeirização da economia foi possível a partir de um processo subjacente de flexibilização, que se manifestou em uma nova forma de regulação bem como no advento de novos instrumentos financeiros, notadamente securitização e derivativos (Lins, 2019, p.01)

Universitários vinculados a 35 Universidades Federais (Dalcin, et al, 2021).

Ressalta-se ainda que apesar da grande adesão da EBSEH aos hospitais universitários é contínua a pressão da empresa para gerir mais HUs que ainda não fazem parte da rede, ressaltamos o recente caso do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), que voltou a ser pauta novamente de adesão a EBSEH, em tal instituição, em anos anteriores a adesão tinha sido rejeitada. A argumentação utilizada pelos gestores da unidade foi a dificuldade na gestão de pessoal e os déficits financeiros que a instituição enfrenta. Destacamos ainda que, esse processo foi marcado por protestos dos sindicatos dos docentes e técnicos da UFRJ, assim como os acadêmicos de medicina, para barrar a adesão da unidade hospitalar à gestão da EBSEH (Andes, 2021).

Por fim, se faz necessário adentrarmos na precarização das formas de contratações através da EBSEH, que se dá através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), de modo a quebrar a estabilidade dos Servidores Federais, abrindo precedente para as diversas formas de contratações, assim como demissões em caso de ajuste financeiro. Destaca-se ainda, daqui a alguns anos quando os servidores federais se aposentarem, os Hospitais Universitários, serão ocupados por funcionários via CLT ou através de Contratos de Emergências, levando a fragilização da organização trabalhista, que perde voz, devido não possuir uma estabilidade. Segundo Correia (2011)

[...] Os trabalhadores tendem a enfraquecer seu poder de organização como classe, pois com as várias fundações a serem criadas passam a ser regidos por várias instituições privadas com diversos contratos trabalhistas não reconhecendo como uma única categoria, ou seja, como funcionários públicos. [...] abandona-se o projeto de construção de uma carreira única para os profissionais de saúde. Esta medida atinge de modo contundente a organização da força de trabalho porque a fragmenta e a torna frágil para lutar por melhores condições de vida (p 44).

Santos (2013) enfatiza que mais de sessenta por cento dos trabalhadores do SUS não são servidores estatutários. Ressalta-se ainda que a precarização dos vínculos trabalhistas refletem na inibição da participação desses profissionais de saúde em conferências e conselhos, visto que, sentem-se ameaçados e correm o risco de serem demitidos, além disso, são profissionais que não podem reivindicar direitos ou expressar opiniões que divergem com os ditos predominantes, ou seja, da mesma forma que os trabalhadores podem ser contratados de maneira rápida e supostamente ágil, eles podem ser demitidos caso as políticas sociais ou atuação

dos trabalhadores não estiverem de acordo com os excedentes/metastas e expectativa da empresa.

A Lei 12.550/2011 que se refere a criação da EBSEPH, nos seus artigos 10º e 11º já previa a contratação dos funcionários através da CLT e o contrato de trabalho por tempo determinado, além disso, no artigo 12º prevê a celebração de contratos via processo seletivo simplificado. Ou seja, desde a criação da EBSEPH, se prevê a precarização dos contratos que “aprofunda-se ainda com a possibilidade da EBSEPH terceirizar a contratação por intermédio das filiais, o que diminuiria também o vínculo direto dos trabalhadores” (Santos, 2018, p.213) isso acarretaria ainda mais a precarização dos vínculos, pois diminuiria também o vínculo direto dos trabalhadores com a própria empresa, ficando o trabalhador ligado as empresas responsáveis pela terceirização.

Para tanto, é necessário ressaltar que além da precarização do tipo de contratos, os trabalhadores terceirizados possuem salários mais baixos do que os estatutários, com exceção da classe médica e equipe de gestão, já que esses possuem salários mais altos, entretanto, para os demais profissionais quando comparados a profissionais vinculados a instituições gerenciadas pela administração direta, as diferenças de valores são consideráveis.

3.3 A Inserção dos/as Assistentes Sociais na Política de Saúde

O contexto brasileiro de expansão industrial atrelado ao crescimento dos grandes centros urbanos trouxe o aumento dos trabalhadores de fábricas, assim como os conflitos urbanos, sendo necessária a criação de políticas que controlassem a força de trabalho. Esse cenário requisitou do Serviço Social, a necessidade de práticas modernas, além da “exigência de uma racionalidade burocrática- administrativa e a inserção do seu trabalho em estruturas institucionais complexas do ponto de vista organizacional” (Sodré, 2010, p. 455).

Para tanto, a chegada de grandes projetos industriais vinculados a centralização e verticalização de uma estrutura única de poder, promovida pelas grandes instituições, determinaram a criação de uma saúde pública, que está atrelada ao sentido de ser de responsabilidade Estatal. É diante desse processo, que também temos a inversão populacional, de modo a ter a população rural vindo para o urbano. Além da importação do “modelo americanizado de políticas públicas

funcionalistas que colocavam o Assistente Social na divisão caso/grupo/comunidade” (Sodré, 2010, p. 455).

Diante desse contexto, o Serviço Social tem a sua inserção na saúde pública através do viés do trabalho com comunidade, com práticas educativas e higienistas, “incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para criação das primeiras políticas urbanas de saúde” (Sodré, 2010, p. 456). Nesse primeiro momento, o papel do Assistente Social funcionava como educador de práticas higienistas, diante de um país que vivenciava condições de miséria e com baixa escolaridade, muita das vezes desconhecendo o seu próprio corpo. Além disso, Sodré (2010) discorre sobre as demais atividades desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social.

[...] as abordagens individuais sobre a saúde foram desenvolvidas de forma ampla. O Serviço Social de caso para a saúde pública era a representação da necessidade de interação do assistente social nas políticas de reprodução social. Trazia ainda o reconhecimento de que a saúde possuía seus determinantes sociais, mas também a afirmação que muitos desses determinantes eram tratados isoladamente. Isso caracterizou uma ação maciça de atendimento de “casos sociais” - quase contrassenso (p.456).

Diante desse contexto, o processo de construção histórica do trabalho dos/as assistentes sociais nos centros de saúde hospitalar, inicia-se na década de 40, tendo como as primeiras instituições a Policlínica de Botafogo na cidade do Rio de Janeiro, e o Hospital de Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Miranda, 2011). É importante ressaltar que apesar da inserção dos Assistentes Sociais em tais espaços, o trabalho desenvolvido era focado nos aspectos sociais e morais das doenças, além da educação social focada aos princípios básicos de higiene, assim como da readaptação a vida familiar (Iamamoto; Carvalho, 2011, p. 313).

Nesse mesmo período Sodré (2010) chama atenção ao surgimento do método de registro dos Assistentes Sociais através do “livro preto”, conhecido por um livro de ata com capa preta em que os profissionais de Serviço Social registravam os seus atendimentos e demandas pendentes para que os colegas de profissão no plantão seguinte tivessem ciência do ocorrido no dia anterior, essa prática foi realizada por muitos anos em diversas instituições.

Kruger (2010) analisa as direções da renovação do Serviço Social no Brasil

apresentadas por José Paulo Netto, chamando atenção ao período de renovação do Serviço Social no Brasil desenvolvendo três direções: a perspectiva modernizadora, a de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura, a qual não entraremos em detalhe, entretanto, o Serviço Social com atuação na saúde, estava voltado “predominantemente para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação destacada na estrutura do complexo previdenciário de assistência médica” (Kruger, 2010, p.126). Netto (2009) expressou a primeira vertente da renovação do Serviço Social no Brasil, que teve como núcleo central a tematização do Serviço Social como dinamizador e integrador do processo de desenvolvimento da autocracia burguesa.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da perspectiva modernizadora, que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (BRAVO, 2007).

A década de 1980 representa o início da maturidade intelectual e política do Serviço Social no país com a tendência de intenção de ruptura e com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços. (BRAVO, 2007). Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças conseguem apresentar na intervenção. Sendo nesse mesmo período que temos a efervescência dos movimentos sociais na luta para consolidação de direitos. Apesar desse contexto Kruger (2010, p.127), ressalta que os assistentes sociais da saúde pareciam estar distantes das reflexões realizadas continuando subalternos ao “protagonismo médico dominante na área”. Sendo apenas no final desse período de redemocratização que temos registros da participação dos assistentes sociais em eventos como a 8º Conferência Nacional de Saúde, Congressos com temática da saúde, assim como apresentação de trabalhos no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais- CBAS.

O movimento de renovação do Serviço Social aconteceu em paralelo ao da saúde coletiva, com o Movimento de Reforma Sanitária, inclusive

coincidindo entre algumas categorias teóricas o debate: Estado, direitos sociais, prática institucional e políticas públicas (Kruger, 2010, p.127)

Vale enfatizar que esse período também sinaliza a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social que encontra terreno fértil no momento de redemocratização do país, apresentando dimensões políticas ao priorizar os interesses da classe trabalhadora. Tem na sua base o enfrentamento e a denúncia ao conservadorismo profissional, e como núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central. O projeto se expressa no Código de Ética de 1993, na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996. Além da nítida relação entre o projeto ético político do Serviço Social com o Projeto da Reforma Sanitária, principalmente a partir dos seus aportes teóricos e seus princípios.

O Serviço Social na área da saúde no contexto dos anos 1990 se vê tensionado por dois projetos distintos em disputa e que exigem requisições distintas do Serviço Social, conforme destacam Bravo; Matos (2009, p. 203)

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o Projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

O embate entre esses projetos tem provocado barreiras para a efetivação dos princípios do SUS, trazendo rebatimentos nas práticas profissionais, no cotidiano das instituições, bem como nas demandas que são postas no cotidiano da prática dos/as assistentes sociais. Na atual fase da contrarreforma, conforme destaca Soares (2019, p. 06), “o desmonte da política de saúde e seus desdobramentos em termos de superprecarização, intensa privatização e desconstrução do ideário do direito público vêm colocando ao Serviço Social, na saúde, velhos e novos desafios”. A referida autora chama atenção para o fato que, no espaço da saúde pública, é cada vez mais crescente as demandas relacionadas à seletividade das práticas institucionais, relacionadas também ao estímulo à colaboração do usuário. Portanto, “na cultura institucional presente nos mais diversos serviços de saúde estimula-se cada vez mais uma racionalidade que

justifica toda a violação ou restrição do direito à saúde em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade do ajuste fiscal” (Soares, 2019, p.7).

Portanto, a partir das transformações que ocorrem na Política de Saúde, assim como as novas configurações econômicas que são impostas ao país, tivemos um aumento do número de Assistentes Sociais inseridos na saúde, com expansão de outros espaços institucionais. Ressalta-se ainda que, as demandas que chegam ao Serviço Social, necessitam muitas vezes de respostas imediatas. Vasconcelos (2009, p. 247) destaca que “o plantão não se constitui num serviço ou atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelos assistentes sociais para resolver o problema do usuário”. Desta forma, os profissionais que se limitam em responder apenas demandas imediatas, acabam reproduzindo uma atuação burocrática, além da lógica institucional, resultando em ações sem criticidade. Além do mais, a referida autora destaca que, as demandas extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais, ou seja, demandas por educação em saúde, prevenção, participação no controle social, entre outros, ficam negligenciadas.

Vale ressaltar que no atual contexto de contrarreforma do Estado e as suas expressões na saúde, os serviços de saúde ficam comprometidos pelo subfinanciamento, desfinanciamento e a superprecarização do trabalho, que a lógica privatizante impõe. Além disso, as instituições de saúde vêm recebendo aumento substancial das demandas, e suas complexidades tendem a aumentar para o Assistente Social da saúde, com recursos cada vez mais precários para seu atendimento (Soares, 2019). Para tanto, a partir de Costa (2009), pontuamos algumas atividades que são pertinentes ao cotidiano dos Assistentes Sociais nos Hospitais, algumas hoje, questionadas, enquanto atribuição e competências profissionais como a Entrevista Social utilizado para realizar levantamento dos dados socioeconômico dos usuários, com a finalidade de identificação da situação social do usuário e sua influência no processo de Saúde- Doença. A interpretação de normas e rotinas costumeiramente é atribuído aos assistentes sociais, para instruir os usuários e acompanhantes acerca das normas e rotinas da instituição hospitalar. Entretanto, destacamos a crítica que existe por parte dos profissionais que estão inseridos nesse contexto na realização dessa demanda, de modo que, essas informações poderiam ser repassadas por outros profissionais que compõem as recepções hospitalar.

Costa (2009) destaca algumas ações que são solicitadas aos assistentes sociais inseridos nos hospitais, a serem realizadas junto a equipe multidisciplinar de modo que o Assistente Social é o responsável pela sensibilização e mobilização dos usuários nas situações relativas à captação de sangue, realização de exames complexos, tratamentos fora domicílio, superação de preconceitos/tabus em relação ao tratamento e a doença (p.326).

Para além do setor hospitalar, o Serviço Social na saúde está inserido em diversas instituições como a rede de atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família- ESF, atuando além do âmbito da gestão e do planejamento, vem ocupando espaços de “coordenação de operacionalização de inúmeros programas de tratamento, de promoção e prevenção de saúde, dirigidos a populações específicas” (Kruger, 2010, p. 133). Vale ressaltar que, essa inserção nessas instituições permitiu a atuação dos/as assistentes sociais junto às equipes multiprofissionais, realizando ações intersetoriais, como a interligação junto aos Centros de Referência da Assistência Social- CRAS, para viabilização de acompanhamento de famílias em vulnerabilidade social.

A Lei n. 8.662 de 1993, regulamenta a profissão de Assistente Social em todo o território nacional e nos artigos 4º e 5º define tanto as competências profissionais, no sentido amplo e não apenas encaminhar providências, quanto as atribuições privativas¹³.

Em 2010 o Conselho Federal de Serviço Social, lança “Os parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde”, denotando amadurecimento da profissão, acerca do exercício profissional na saúde. Tal documento “[...] tem como finalidade referenciar as intervenções dos profissionais de Serviço Social na área da saúde”

¹³ Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

(CFESS, 2010, p.11). É com base nesse documento, que o AS na saúde tem como objetivos: identificar/reconhecer as determinações sociais, culturais e econômicas que interferem no processo saúde- doença, elaborar estratégias político-institucionais de enfrentamento a estas questões articulados com outros segmentos profissionais/sociais, cuja finalidade seja a consolidação do SUS (CFESS,2010).

Além disso, o documento junto ao Código de Ética do Assistente Social de 1993 prevê algumas competências gerais para os Profissionais, que mesmo inseridos na Política de Saúde, se faz necessário para a compreensão crítica do processo socio- histórico que permeia o cotidiano dos profissionais, a partir da

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira. Apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (CFESS, 2010, p.35)

Apesar da expansão do Serviço Social dentro da política de saúde, Kruger (2010), aponta que estudos evidenciaram que os espaços políticos- organizativos através dos movimentos sociais, não têm sido ocupados, com a mesma proporção de crescimento, que tem ampliado a sua atuação dentro da política. Para tanto, apresenta dados da pesquisa realizada com o objetivo de identificação do perfil profissional, que apenas 35% dos assistentes sociais participam de conselhos de direitos ou políticos (Kruger, 2010). De modo que, dentro desse contexto de atuação nos Conselhos, as ações dos assistentes sociais podem ser realizadas como conselheiro, apoio técnico-administrativo, assessor e observador ou pesquisador. Sendo de grande relevância a inserção desses profissionais nesses espaços permitindo “problematizar e coletivizar demandas individuais, realizar, planos, projetos e relatórios, além de realizar ações socioeducativas (Kruger, 2010, p.136).”

De acordo com o documento do CFESS, as ações desenvolvidas pelos profissionais devem ultrapassar o caráter emergencial e burocrático, tendo uma direção socioeducativa. Outra preocupação destacada neste documento é que o atendimento dos/as assistentes sociais não se torne psicoterapêutico aos pacientes e seus familiares, mas potencialize a ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos seus direitos. Entretanto, os fortes ataques neoliberais na saúde

fazem com que o cotidiano da atuação dos/as AS nessa política ocorra em meio a contradições, com práticas individuais e respostas imediatas de natureza psicossocial, atuando com ênfase no assistencialismo, favorecendo o projeto privatista. Por isso, destacamos as principais ações a serem desenvolvidas no trabalho dos/as Assistentes Sociais na Política de Saúde.

Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais; conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços; emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (CFESS, 2010, p. 44-45).

Diante desse contexto, as transformações no mundo do trabalho dos/as Assistentes Sociais vêm modificando-se de acordo com o avanço do neoliberalismo do Brasil, de modo a ser a Política de Saúde, a segunda, área de maior concentração de profissionais. O contexto hospitalar vem sofrendo transformações devido ao subfinanciamento e desfinanciamento do SUS, atacando diretamente à estas instituições.

Destaca-se ainda, os impactos da contrarreforma e seus desdobramentos para o Serviço Social no campo da saúde, “onde contraditoriamente ao mesmo tempo, que aumenta os números de serviços profissionais e procedimentos sem dar

conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária- seja em termos qualitativos e quantitativos- afirmando e negando direitos” (Soares, 2017, p. 126), além de possibilitar que o crescimento de vínculos de assistentes sociais na saúde pública ocorra de forma precarizada.

As novas requisições que chegam as instituições hospitalares, vão além do quadro clínico do usuário, sendo necessário o estudo social para entender a determinação social do processo saúde-doença, assim como, assegurar direitos para que este tenha condições de ter a alta social. É importante ressaltar que, com o subfinanciamento das políticas sociais estas condições tornam-se cada vez mais precárias.

Soares (2019) chama atenção para o fato que no espaço de saúde pública, crescem cada vez mais as demandas relacionadas à seletividade das práticas institucionais, relacionadas também ao estímulo e a colaboração do usuário no que refere, inclusive, a oneração dele para a desoneração do sistema. Portanto,

Na cultura institucional presente nos mais diversos serviços de saúde estimula-se cada vez mais uma racionalidade que justifica toda a violação ou restrição do direito a saúde em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade do ajuste fiscal (Soares, 2019, p.6).

Apesar dos avanços do neoliberalismo a partir da década de 1990, se faz necessário ressaltar, a consolidação dos/as assistentes sociais como profissionais da política de saúde, ao atuar em diversos espaços institucionais, com ações e reflexões críticas para além do aparente, na luta para viabilizar o SUS para os usuários. Diante desse contexto, destacamos as mudanças significativas no trabalho dos/as assistentes sociais a partir de março de 2020 com a chegada da Pandemia da Covid-19, temática a qual abordaremos a seguir.

No contexto de avanço do projeto privatista, diminuição do SUS, seletividade de atendimentos e desfinanciamento das Políticas Sociais, a Pandemia da Covid-19 se instaura no Brasil e no Mundo, trazendo alterações não apenas na vida social com as medidas de contenção do vírus, mas como nas formas de trabalho. Além de explicitar as medidas de como o capitalismo vinha respondendo as crises desde 1970. De modo que, como já discutido no capítulo 2, as crises elas não são fenômenos eventuais, mas, fazem parte do processo do capitalismo.

Nesse processo, o capital incorpora as inovações e os avanços tecnológicos e científicos, especialmente as tecnologias de base digital, que aceleram a produtividade do trabalho e provocam a economia de trabalho vivo, além de ampliar e diversificar a superpopulação relativa. Dinâmica que

aprofunda as taxas de desemprego e de precarização do trabalho em escala mundial. Sendo assim, entendemos que a precarização no trabalho não é uma fatalidade, mais uma estratégia da acumulação capitalista. (Raichelis, Arregui, 2021, p.139)

Nessa conjuntura, de precarização das formas de trabalho, a pandemia requereu o isolamento social com o objetivo de contenção do vírus, já que não se tinha medidas concretas de combate à doença, no entanto, o que ocorre é que uma grande parcela da população brasileira não podia cumprir o recomendado pelas autoridades sanitárias, de modo que, precisavam trabalhar para o sustento da sua família. Segundo Antunes (2020, p. 15), mesmo antes da explosão de casos pelo coronavírus, o País possuía “16,7 milhões de domicílios que viviam com até dois salários mínimos, além de 11,6 milhões de desempregados e outros 4,6 milhões vivenciavam o desemprego por desalento”. Segundo dados do IBGE, em 2020 houve um aumento de mais de 50% da força de trabalho entre pessoas desocupados, desalentados e subutilizado no mercado de trabalho brasileiro. Essa situação é mais agravante ao considerar o gênero, raça e etnia, sendo esses parâmetros diferentes entre mulheres, pretas e pardas que possuem salários abaixo do que homens brancos (Raichelis, Arregui, 2021).

Diante desse cenário de crise econômica que ocorre desde a década de 70, crise política e emergência sanitária que temos mudanças significativas no mundo do trabalho, onde são evidenciados o teletrabalho e o home office, levando aos trabalhadores novas modificações para a realização das suas atividades laborais, com horas exaustivas, dentro das suas residências, utilizando dos seus próprios insumos, como energia, internet e outros. Antunes (2020) afirma que

O teletrabalho e o home office mostram-se como modalidades que terão significativos crescimento na fase pós- pandemia, em praticamente todos os ramos que puderem ser implantados. Do ponto de vista empresarial, as vantagens são mais evidentes: mais individualização do trabalho; maior trabalho(onde floresce a consciência das reais condições de trabalho);distanciamento da organização sindical; tendência crescente a eliminação dos direitos (como já conhecemos nos pejetizados e outras formas assemelhadas, como o pequeno empreendedorismo); fim de separação entre tempo de trabalho e tempo de vida; e o que também é de grande importância teremos mais duplicação e justaposição entre trabalho produtivo e trabalho reprodutivo. (p.2)

No entanto essas modificações, no âmbito do trabalho, também afetaram os trabalhadores da área de saúde, principalmente com a expansão dos novos métodos de atendimento, como a telemedicina. Além disso, temos a expansão de vínculos profissionais de maneira fragilizada. Segundo Soares et al. (2021)

De fato, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) expressam um aumento no ritmo de contratação de assistentes sociais entre dezembro de 2019 (39.441 vínculos) e junho de 2020 (40.911 vínculos), possivelmente relacionado à expansão dos serviços de emergência, internamento e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em decorrência da pandemia (p.124).

Os assistentes sociais enquanto trabalhadores assalariados são “submetidos ao mesmo processo de degradação e violação de direitos que sofre o conjunto da classe trabalhadora no interior da heterogeneidade” (Raichelis, Arregui, 2021, p.144). Sendo assim, esses profissionais precisaram lidar com um tensionamento da profissão, os novos equipamentos de trabalho para proteção contra a contaminação do coronavírus e a necessidade de determinar as suas atribuições de trabalho. Pois, mesmo que os profissionais não tivessem contato diretamente com o paciente com Covid-19, era o responsável pelo atendimento da família e responsáveis. Além dos EPIs, novas tecnologias foram incorporadas ao trabalho dos/as Assistentes Sociais, através da realização de atendimento através do telefone, atendimento presencial com portas e janelas abertas, necessitando a se adaptar ao uso da máscara e do álcool em gel, além da diminuição do atendimento presencial, priorizando o atendimento através da telemedicina, assim como a redução das visitas domiciliares (Lanza, et al., 2021, p.128)

No que concerne as competências e atribuições profissionais, o documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus Covid-19”, elaborado pelo Ministério da Saúde, recomendou que o Serviço Social realizasse a comunicação de óbito a familiares, amigos e responsáveis durante a pandemia. (Brasil, 2020c). Tal demanda, expressa explicitamente pelo Ministério da Saúde, possibilitou que todas as atividades relacionadas a informação e/ ou comunicação com as famílias de usuários (as) em tratamento da covid-19, inclusive as de âmbito médico, como os boletins clínicos fossem requisitadas a assistentes sociais no contexto da pandemia (Soares, et al. 2021, p.126).

Diante disso destacamos que estas requisições não são novas ao exercício profissional dos/as assistentes sociais na saúde, remetendo as práticas do Serviço Social conservador, em que as atribuições da profissão são vistas como complementar a ação médica. Nessa perspectiva se o profissional não consegue mediar a intersectorialidade e integralidade das ações, terá sua atuação norteadas por tarefas internas do hospital, em detrimento das reais demandas e direitos dos usuários. Portanto, o “profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários” (CFESS, 2010 p. 43). Concordamos com

Soares et al. (2021) ao afirmar que

[...] Em meio as contradições da política de saúde com intensa precarização, desfinanciamento, privatização e fragmentação, sem articulação e coordenação de enfrentamento em nível federal, com expressões de uma política genocida ao mesmo tempo em que extremamente privatista e ultraneoliberal, o Serviço Social, é requisitado a reproduzir o perfil profissional tecnicista, voluntarista e conservador (grifos nossos. 127).

Outros agravos durante a pandemia da Covid-19 que vão de encontro ao trabalho dos/as assistentes sociais, refere-se às diferentes realidades sociais, a partir da forma de trabalho, de modo que, diante de situações em que se realizavam as visitas através do uso de tablets, telefone, havia profissionais que se deparavam com situações em que famílias não possuíam nenhum meio de comunicação ou acesso a recursos on-line. Sendo o assistente social posto em confronto com as questões éticas e o direito dos profissionais realizarem o seu trabalho de viabilização do acesso ao direito dos usuários, “que estão submetidos a violação de direitos, violência doméstica contra mulher, abuso sexuais contra criança e adolescentes, violência contra idosos e pessoas com deficiência”. (Raichelis e Arregui, 2021, p.147). Além disso, a atuação dos/as assistentes sociais na Saúde, busca identificar esses aspectos de submissão de situação de desigualdades sociais, assim como, exposição a situação de violência, visto que, esse processo impacta diretamente no processo de saúde-doença. Concordamos com Matos (2020) ao afirmar

[...] Essa é a bússola para compreendermos em que podemos e devemos contribuir nesse momento que estamos enfrentando. Mesmo em uma situação de calamidade, de uma pandemia, não se pode referendar o discurso de que todos/as devem fazer tudo. Mesmo nessas situações devemos nos ater a aquilo que temos competência. Isso resguarda nosso agir profissional e remar contra a sua desprofissionalização (p.3-4).

Diante desse cenário, destacamos que são esta população de pretos e pardos que não possuem condições sanitárias ideais as recomendadas por autoridades de vigilância sanitária, além disso, não tem condições ideais de moradias, compartilhando o mesmo espaço com mais pessoas, sendo impossível realizar o isolamento social recomendado, além do mais, são essas pessoas que precisam sair das suas residências, se submeter ao transporte público precário para assim chegar ao seu local de trabalho, colocando não só a sua vida em risco, como os demais que residem juntos.

Desse modo, durante a Pandemia as unidades de Saúde foram consideradas importantes para o enfrentamento do vírus e os/as Assistentes Sociais,

são profissionais inseridos/as nessas instituições. Vale a pena ressaltar, que o trabalho relevante desses profissionais, é orientado por uma intervenção profissional a partir do Código de Ética da Profissão, da Lei que Regulamenta a Profissão e dos Parâmetros de atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde. Entretanto, é necessário enfatizar que durante o período da Pandemia da Covid-19, grande parte da gestão dessas unidades foi terceirizada, realizando a contratação de profissionais por meio de contratos temporários, precarizados e com baixas remunerações. Além disso, a organização do regime de trabalho via plantões, evidenciou a sobrecarga dos/das assistentes sociais que tinha como carga horária plantões de 12 horas, entretanto, frequentemente houve a realização de plantões de 24 horas.

Apesar do aumento das jornadas trabalhistas Soares et al (2021) afirma que de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), houve um aumento de 3,72% na contratação de profissionais de Serviço Social. Sendo esses números comparados a dezembro de 2019, onde havia 39.441 vínculos, para junho de 2020, com cerca de 40.911, vínculos trabalhistas.

No que se refere às complexidades no atendimento, os/as Assistentes Sociais, enfrentam as mais profundas contradições da questão social que foram intensificadas diante desse contexto de políticas ultraneoliberais, muitas das vezes mesmo com o vínculo precário, através de contratos temporários, não deixaram de lutar pelos direitos dos familiares e usuários afetados pela Pandemia, tentando conciliar as respostas profissionais, com as requisições institucionais e as demandas dos usuários que necessitam. Desse modo,

Os assistentes sociais avançaram, desvelando e revelando as expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença e suas particularidades relacionadas a Covid-19. Entre essas particularidades, a maior letalidade entre pobres e negros. Segundo Gragnani (2020), em estudo realizado na PUC-Rio, constatou-se “quase 55% de pretos e pardos morreram, enquanto entre pessoas brancas esse valor ficou em 38%. Os mesmos pretos e pobres que constituem a maioria dos(as) usuários(as) do Serviço Social (Soares, et al. 2021, p.127).

No contexto da pandemia da Covid-19, apesar de no Brasil existir sub-registro, tanto no que se refere ao número de mortes quanto ao número de contaminados pela Covid-19. Contraditoriamente as Organizações Sociais ampliaram e assumiram o gerenciamento dos hospitais de campanhas, a nível nacional, sendo transferida a prestação de serviços do Estado para essas organizações. É a partir dessas e outras, contradições que os/as Assistentes Sociais

são requisitados para trabalhar, com as expressões da questão social, num contexto de desmonte do SUS e do aumento da ofensiva privatista pela disputa do fundo público.

Cabe ressaltar que para orientar os profissionais durante esse período de tensionamentos vividos por estes, o conjunto CFESS/CRESS, articulou e divulgou normas e orientações para a atuação dos assistentes sociais, além disso, se posicionando sobre as atribuições dos/as assistentes sociais através das normas técnicas. Destacamos que apesar de todos os documentos emitidos pelo conjunto CFESS/CRESS, as realidades vivenciadas por cada profissional diferem devido aos diferentes percentuais de óbitos e contaminação, apresentando diferenças regionais. Além disso, podemos ressaltar as condições de trabalho imposto a esses profissionais, de maneira que, nem sempre é possível exercer as suas atribuições de acordo com as normas e orientações recomendadas, por diversos elementos que vão desde a infraestrutura das instituições de saúde, até a falta de profissionais, ou seja, a Pandemia da Covid-19 altera diretamente o trabalho dos/as Assistentes Sociais concordamos com Mota (2021) ao afirmar

o que verificamos é a padronização de rotinas e protocolos, resultando em atividades que podem subtrair a relativa autonomia técnica- política da profissão. Com isso, amplia-se a submissão dos/as profissionais a produtividade e rentabilidade dos serviços prestados, resultando da avidez capitalista, que avança na terceirização, na desresponsabilização, na transferência de serviços, que eram realizados por servidores/as públicos/as e passaram a ser oferecidos por prestadores pontuais de serviços.

Dessa forma, é necessário resistir às tendências que estão sendo impostas ao trabalho dos/as Assistentes Sociais, principalmente com o avanço do conservadorismo, através do voluntarismo que avança com intensidade nas políticas sociais, para que não se perca a dimensão formativa e pedagógica da nossa profissão, que não se adequa às respostas e protocolos padronizados (Mota, 2021). Além do mais, para que os profissionais construam respostas para esse processo de emergência sanitária em conjunto ao avanço do ultraneoliberalismo, é necessário agir conscientemente e ter uma relação com a dimensão teórico-metodológico, para compreender os determinantes universais e particulares da questão social, no que se refere “as demandas apresentadas pelos sujeitos que requisitam atendimento; serem competentes teoricamente para a apreensão do movimento da realidade para assim compreender e analisar as possibilidades de intervenção diante do contexto de economia capitalista (Lanza et al, 2021, p.125)

4. AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSEH NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande

Para compreendermos o contexto histórico de implantação dos Hospitais Universitários vinculados à UFCG é necessário voltar um pouco na história da implantação da Política de Saúde no Brasil, que irá contar com ações efetivas do Estado a partir da década de 1930. Período no qual, a ausência do direito à saúde emerge como expressão da questão social, devido ao avanço da divisão do trabalho, ou seja, o trabalho assalariado. Destacamos ainda que o acesso à saúde anterior a este marco ocorria via filantropia e prática liberal. Diante desse contexto a política de saúde que passou a vigorar era de caráter nacional e dividido em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Entre a década de 1930 e 1940 prevaleciam as ações de saúde pública com ênfase nas campanhas sanitárias, coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, criação de serviços de combate às endemias, entre outras atividades (Bravo, 2009).

A partir da década de 1950, temos a implantação dos serviços hospitalares com fins lucrativos, recebendo financiamento diretamente do Estado que vinha sendo pressionado pelas corporações médicas, ligadas aos interesses capitalistas internacionais neste setor, especialmente as grandes corporações norte-americanas “no momento a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização” (Bravo, 2009, p.92). Diante desse contexto nacional de evolução e implantações na Política de Saúde, que em 20 de dezembro de 1950 é inaugurado na cidade de Campina Grande, o Hospital Regional Alcides Carneiro (HRAC) que a princípio era vinculado ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), tinha por finalidade prestar assistência médica aos funcionários públicos federais. Posteriormente em 1968, a partir da gênese do HRAC na cidade se criou a Faculdade de Medicina da Cidade de Campina Grande (EBSEH, 2023).

Diante da extinção do IPASE em 1974, todos os órgãos que eram vinculados à Previdência Social, integraram o (SINPAS), composto por diversos órgãos, entre

eles o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A partir de então o Hospital passou a ser campo de estágio para diversos cursos, sendo um grande avanço para a educação como também para saúde.

Às mudanças que ocorreram com a constituição de um Sistema Único de Saúde a partir da CF/88, ocasionou várias alterações no modelo de saúde principalmente aos vinculados à Previdência Social, dessa forma, a extinção do INAMPS em 1993, implicando diretamente na política institucional do Hospital Regional Alcides Carneiro, sendo necessário a realização de modificações que ocorreram no ano seguinte, com a cessão da estrutura física e dos servidores para a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), passando a se chamar Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), nomenclatura que permanece até os dias atuais. Nesse contexto, o hospital inicia um processo de transição entre um hospital de caráter assistencial para uma unidade hospitalar universitária, que prioritariamente desenvolvesse o ensino, a pesquisa e a extensão, integrando a estrutura do SUS (EBSERH, 2023). A partir de 2002, com o desmembramento da UFPB e criação da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) o HUAC passou a fazer parte dessa instituição através da Lei nº 10.419/02.

Paralelamente a esse processo de instituição do HUAC na cidade de Campina Grande, destacamos a implantação do Hospital Infantil de Cajazeira, que emerge no contexto de elevados índices de mortalidade infantil no alto sertão do estado da Paraíba, ainda na década de 1970, tendo a iniciativa de construção de um hospital que atendesse aquela região, sendo inaugurado em 12 de novembro de 1978. O Hospital Infantil de Cajazeiras (HIC), por vários anos foi vinculado à Associação de Proteção e Assistência a Maternidade e Infância de Cajazeiras (APAMIC), que durante um período serviu de maternidade. Entretanto, em 2001, por intervenção municipal o HIC passou a ser de administração municipal sendo renomeado, passando a ser chamado de Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira (IJB). Em 2012, com a necessidade de expansão de ações de ensino e pesquisa na área da saúde naquela região, o hospital passa a ser vinculado a UFCG, denominado de Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), (EBSERH, 2023).

Os acordos, realizados junto a Prefeitura Municipal de Cajazeiras para viabilização e cessão do hospital ocorreu em janeiro de 2011, entretanto, a doação só se concretizou no mês de novembro, através da Lei Municipal Nº 2.005/2011. Sendo recebido oficialmente pelo Conselho Curador da UFCG em julho de 2012 e oficializado como um Hospital Universitário pelo Ministério da Educação apenas em 2013, trazendo para a região do alto Sertão Paraibano uma instituição hospitalar interligada com o ensino, ao viabilizar o processo de ensino- prática (EBSERH, 2023).

No que se refere à estrutura, o HUAC conta com uma área física de 16.324 m², dispõe atualmente de 151 leitos de internações, sendo 18 leitos de unidade de terapia intensiva divididos entre UTI adulta, neonatal e UTI infantil. Está dividido em 6 alas: Cirúrgica, Respiratória, Clínica Feminina e Endócrina, Clínica Masculina e Endócrina, Infectologia, Pediátrica e Oncologia Infantil, também conta com Serviços ambulatoriais, situado no Centro de Assistência Especializada de Saúde e Ensino (CAESE), além de oferecer diversas especialidades (EBSERH, 2023).

O HUJB atualmente é classificado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento Nacional de Saúde (CNES), como um hospital de pequeno porte, atendendo média complexidade, contando com apenas 51 leitos. Desde 2014, o hospital realiza atendimento de consultas eletivas, tendo uma ampliação de oferta dos serviços em 2018 e 2019, com a assinatura do novo contrato com o SUS, passando a ofertar além das consultas, exames diagnósticos e a realização de cirurgias eletivas (EBSERH, 2023).

Os recursos orçamentários de custeio e capital do HUAC e do HUJB são regidos pela Lei Nº 8.142, de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Eles são destinados por fontes diversas, entre elas o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que instituído pelo Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, repassa recursos com o intuito de auxiliar na reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais integrados ao SUS; parte vem da EBSERH e outra parte destes recursos orçamentários advém da contratualização com os municípios que utilizam os serviços do hospital. Por fim, tais recursos advindos tanto do

Ministério da Saúde quanto do Ministério da Educação tem como objetivo custear as atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência, exercidas pelo hospital universitário e são administrados pelo setor competente e controlados pelo setor de faturamento da instituição (EBSERH, 2023).

4.1 As Inflexões da EBSERH nos HUs Vinculados a UFCG

Ao longo das últimas duas décadas os hospitais brasileiros sofreram com o sucateamento e com uma série de dificuldades, decorrentes do processo de contrarreformas implantadas no país que defende o uso do fundo público que priorize o financiamento de serviços do capital, como os convênios e serviços hospitalares privados¹⁴. Neste contexto, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no âmbito dos novos modelos de gestão pautados na parceria público-privado, com a justificativa de regulamentação de contratações ilegais, da prestação de assistência médico-hospitalar qualificada e humanizada aos usuários do SUS, associada à formação de profissionais de saúde com excelência, fomentando a pesquisa e a extensão e, ainda, obter reconhecimento como centro de excelência na assistência de saúde pública de alta e média complexidade e como modelo de ensino/ pesquisa na área da saúde (EBSERH, 2023).

No entanto, com a gestão dos HU's pela EBSERH o gerenciamento não segue mais a lógica do direito público, passando a seguir a personalidade jurídica de direito privado. A empresa pode contratar e demitir livremente funcionários através de contratos temporários de emprego, sem a exigência de realização de concurso público, firmar contratos, convênios, e definir os processos administrativos e as metas a serem obtidas pela gestão. Ou seja, abre-se espaço para a flexibilização/precarização dos vínculos de trabalho, o que pode comprometer a qualidade dos atendimentos de saúde (CNS, 2018).

A implementação da EBSERH gerou diversos debates e dividiram opiniões,

¹⁴A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

inclusive no Conselho Nacional de Saúde (CNS), que constitui uma instância colegiada do SUS, de caráter deliberativo e que compreende representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. O CNS colocou-se contra a terceirização da gestão e gerência dos hospitais universitários, portanto, contra a aprovação/implementação da EBSEH. Para o conselho, as propostas trazidas pela empresa são inconstitucionais, na medida em que compreendem a terceirização de atividades que deveriam ser prestadas pelo Estado (CNS, 2018). Diante desse contexto de implantação da EBSEH, é importante destacar Acirole (2006), que pondera algumas considerações acerca do público e do privado, desse modo, ressalta.

[...] A diferenciação encontrada, por exemplo, entre o público e o privado é a associação do estatal ao primeiro termo, e de particular ao segundo; ou ainda, de atividade de governo como sinônimo para o primeiro e de iniciativa individual ao segundo. Esta associação recebe um caráter dual, até antagônico, isto é público e privado ocupam nichos que se apresentam alternadamente, como se atuassem em complementaridade excludente (p.34).

Nesse sentido, Andreazzi (2013) também discorre acerca desses modelos de gestão que vão sendo criados a partir de 1990, com o apoio legal do Estado:

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 contraposição 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 de sociedade civil de interesse público”. 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 sociedade (p. 277).

Diante desse contexto, a implantação da gestão da EBSEH dos hospitais em estudo ocorreu simultaneamente com a assinatura do contrato em dezembro de 2015. É importante ressaltar que desde a promulgação da Lei nº 12.550/2015 que institui a EBSEH até a adesão dos HUAC e HUJB foram três anos de resistência, levando a diversos debates e deliberações do CONSUNI da UFCG. A luta da comunidade universitária e dos diversos embates e lutas por organizações a favor do SUS, como o Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, para que não houvesse a adesão à Empresa de Serviços Hospitalar em Campina Grande/PB, não foram suficientes para superar o discurso do sucateamento dos HU's, de modo que o argumento de

melhorias com a implantação da empresa foi suficiente para enfraquecer o movimento de resistência e a assinatura do contrato se efetivasse.

De acordo com o artigo 3º da Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011, a EBSEH tem por finalidade.

[...] a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico a comunidade, assim como a prestação as instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, a pesquisa e a extensão, ao ensino-aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública, observada nos termos do art.207 da Constituição Federal, a autonomia universitária (Brasil, 2011).

Santos (2018) destaca o alinhamento desse modelo de gestão privatizante ao processo de contrarreforma do Estado brasileiro, no contexto de financeirização do capital e de crescente apropriação privada do fundo público.

Com a adoção destes modelos de gestão, o Estado repassa o fundo público para entidades privadas executarem serviços públicos, forma de consubstancializar a privatização progressiva da saúde, tomando um curso inverso ao historicamente defendido pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira: estatização progressiva da saúde (Santos, 2018, p. 49).

Com as mudanças da gestão, foram implementados a avaliação e controle dos trabalhadores, realizando avaliações periódicas individuais com os funcionários através da chefia imediata, a partir de notas de desempenho, discurso de eficiência e controle, que interferem diretamente no cotidiano do profissional, além do monitoramento através de câmeras espalhadas por toda a instituição são características realizadas na lógica privada, com empregados vinculados à CLT.

Diante dessa lógica, a instituição de metas e cobranças faz parte da gestão da EBSEH, de modo, a estabelecer metas a serem cumpridas por todas as equipes, principalmente as assistenciais, que precisam otimizar o tempo de internação, mesmo em situações em que o usuário não tenha condições de ter a alta social, o que interfere diretamente no processo de saúde- doença, ocasionando uma grande rotatividade na instituição, a reincidência do usuário, e a sobrecarga de trabalho dos profissionais. Outro elemento que Santos (2018, p. 199), destaca é a vinculação da produção como o “principal mecanismo regulador do trabalho”, característica antiga dentro da Saúde Coletiva. “Se por um lado há indícios de que o pagamento por produção costuma aumentar a produtividade, por outro, quase nunca logra articular o trabalho a ser executado com compromissos sólidos com a cura e recuperação dos usuários”.

Faz-se necessário, relembrar que esse modelo de gestão é criado diante do contexto de sucateamento dos Hospitais Universitários, sendo a EBSEH um modelo proposto para modernizar a gestão, “através de indicadores de eficiência, eficácia, produtividade e do alcance de metas preestabelecida pelos gestores”. (Beserra, 2018, p. 8). Entretanto, torna-se relevante ressaltar que a legislação da EBSEH é omissa no que se refere aos gastos e custeios realizados pela empresa, apesar de existir o Portal da Transparência do governo Federal, os valores repassados a empresa não possui um detalhamento específico em relação a licitações, pregões e preços, além disso, o portal não apresenta dados de valores anteriores a implantação da EBSEH, nos HU's, em estudo, ressaltamos ainda, que esse problema não se refere apenas às unidades em estudo, mas sim a todos os HU's gerenciados pela empresa, assim como aponta o estudo de Beserra (2018).

Nesse processo foi criado um novo organograma do HUAC após a gestão da EBSEH, que em sua gênese tem como objetivo comunicar aos funcionários quais os setores que trabalham sobre uma tarefa, além de monitorar como as equipes são implantadas e como estão trabalhando. No que tange à realidade do HUAC o novo organograma, trouxe a criação de novas chefias, o que foi considerado pelos profissionais como uma burocratização para resolutividade de problemas internos.

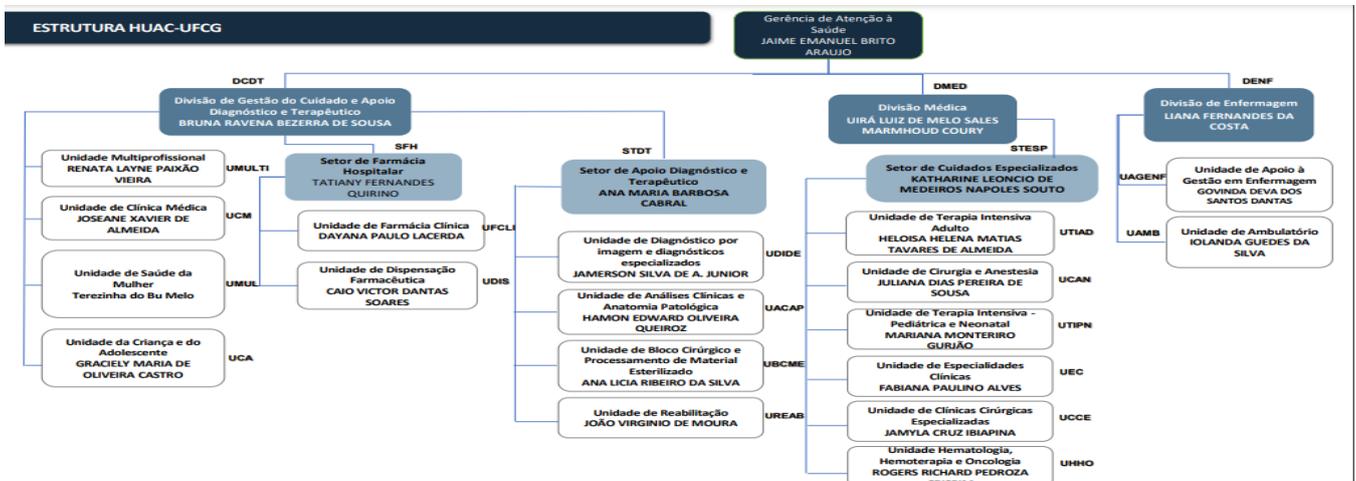
Quadro 1: Organograma do HUAC



Fonte: EBSERH, 2023.

O quadro acima representa o organograma geral do HUAC, que tem por objetivo demonstrar aos funcionários e usuários da instituição as quais gerências se pode recorrer para resolução de problemas. Segundo Di Pietro (2014), “A estrutura organizacional da Administração Pública visa desburocratizar, descentralizar e desconcentrar os circuitos de decisão, com objetivos específicos” (p.7). Além disso, a Lei nº 12.527, de 2011, dispõe sobre o acesso às informações do Setor Público em todas suas esferas e estabelece o dever do Órgão ou Entidade de disponibilizar, na rede mundial de computadores, com o oferecimento de ferramentas de pesquisa e outras facilidades tecnológicas, informações de interesse geral como estrutura organizacional e competências, endereços e telefones das unidades organizacionais, horários de atendimento ao público.

Quadro 2: Organograma- Gerência de Atenção à Saúde



Fonte: EBSERH, 2023.

A partir da implantação da EBSERH no HUAC, houve a criação de novas chefias, e o desmembramento do Setor de Serviço Social, criando-se o Setor Psicossocial, entretanto, com a nova reorganização recentemente proposta pela instituição o Serviço Social passou a integrar a unidade multiprofissional, junto a outros profissionais, como a nutrição, psicologia e odontologia. De modo que, para os profissionais do Serviço Social, considera-se uma dificuldade, visto que, o setor estar inserido na chefia multiprofissional que é gerenciada por uma nutricionista, o que implica a não compreensão de problemas do cotidiano profissional que é inerente à profissão, assim como, o apoio na luta para melhores condições de

trabalho desses profissionais.

Quadro 3: Organograma HUIB

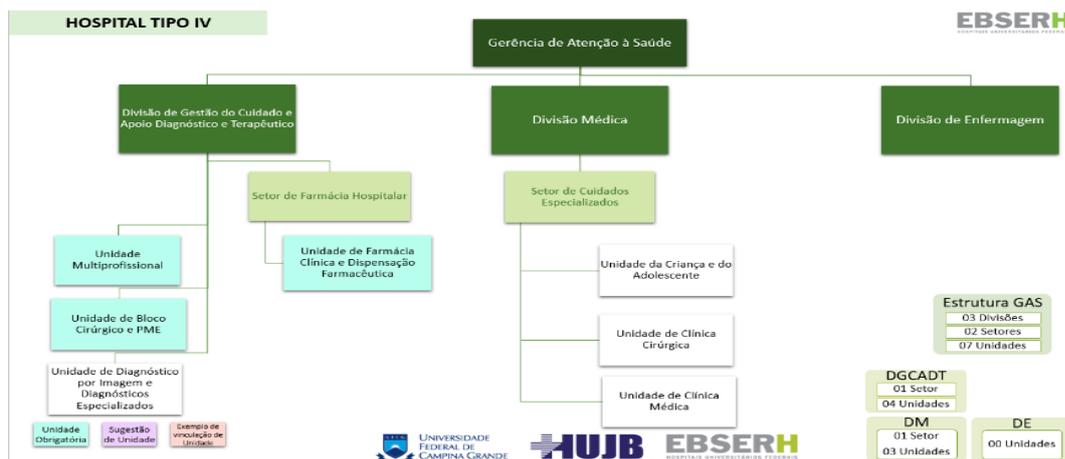


Fonte: EBSEERH, 2023.

Ao que se refere ao HUIB, apesar de ser considerada uma instituição de pequeno porte, a unidade hospitalar possui seu próprio organograma com a criação de novas chefias após a implantação da EBSEERH, com o objetivo de descentralizar as gerências sob o argumento de otimização das demandas. Destacamos Beserra (2018) ao afirmar que o modelo de gestão por competência é criado para materializar a proposta da empresa de acordo com sua missão e visão. A cláusula I do 2ª artigo da Norma Operacional de 2015 da EBSEERH reforça a ideia do desempenho da gestão por competência.

Processo que envolve o colaborador e sua chefia imediata, voltado para o acompanhamento do desenvolvimento de suas competências individuais e de suas entregas, visando assim alcançar os resultados organizacionais e atender as necessidades dos usuários dos serviços de saúde (Brasil, 2015)

Quadro 4: Organograma- Gerencia de Atenção à Saúde- HUIB



Fonte: EBSEH, 2023.

Assim como ocorre no HUAC, o Serviço Social do HUJB encontra-se inserido na Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico-DGCADT, inserido na Gerência de Atenção à Saúde- GAS, junto a outros profissionais, com gerência de uma profissional da nutrição, reforçando a mesma problemática encontrada pelo Serviço Social do HUAC, na compreensão dos desafios cotidianos dos/as assistentes sociais.

A partir dessa lógica, observamos algumas implicações para o trabalho dos/as assistentes sociais. Visto que, diante das demandas e atribuições dos profissionais, uma chefia que não possui um entendimento teórico- metodológico da profissão, pode ocasionar em redirecionamento de demandas que não são atribuição privativa do profissional. Além disso, os debates postos acerca das dificuldades e desafios da profissão podem não ser compreendidos devido à ausência de conhecimento acerca da história e luta da profissão.

Para tanto destacamos Yamamoto (2008), na compreensão da inserção do Serviço Social na divisão técnica do trabalho, de modo que o/ a assistente social.

[...] é proprietário da sua força de trabalho especializado. Ela é produto da formação universitária que o capacita a realizar um “trabalho complexo”, nos termos de Marx. Essa mercadoria, força de trabalho, é uma potência, que só se transforma em atividade- em trabalho, quando aliada aos meios necessários à sua realização, grande parte dos quais se encontra monopolizada pelos empregadores: recursos financeiros, materiais e humanos necessários à realização deste trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas institucionais (p.13).

Nesse contexto, o Serviço Social enquanto profissão inserida no campo da saúde, articulada com outros segmentos do SUS, necessita “formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (CFESS, 2010, p. 29), sendo necessário que o trabalho do assistente social independente da instituição que esteja inserido tenha como norte o projeto ético político profissional.

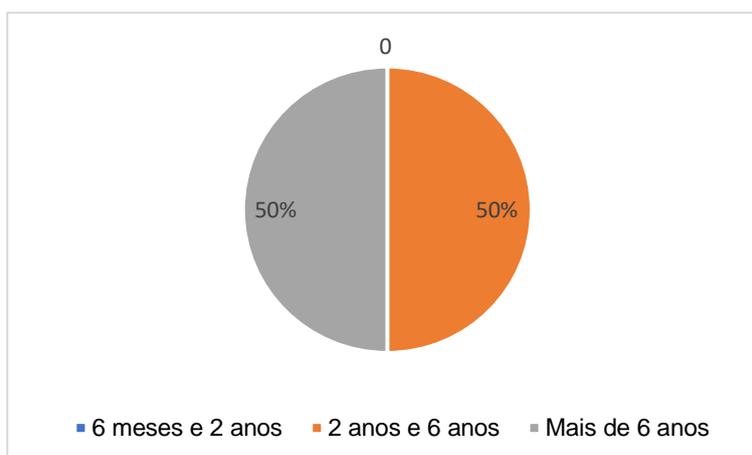
Para tanto, no tópico a seguir discutiremos as atribuições e inflexões no trabalho dos/as assistentes sociais inseridos nos Hospitais Universitários Alcides Carneiro e Júlio Bandeira, a partir das modificações realizadas no cotidiano profissional diante a implantação da EBSEH. É válido ressaltar que apesar da pesquisa realizada com os/as profissionais das instituições, não foi possível identificar as implicações que a nova gestão trouxe para o HUJB visto que, os

profissionais que estão atuando na instituição são recém-contratados, entretanto, não é o que ocorre no HUAC visto que, os gráficos a seguir demonstram que há profissionais que são anteriores à EBSERH, o que nos permite uma aproximação com a realidade anterior a esta gestão.

4.2 O Trabalho dos/as Assistentes Sociais nos Hospitais Universitários vinculados a UFCG

Para compreendermos as configurações postas no trabalho dos/as assistentes sociais dos Hospitais Júlio Bandeira e Alcides Carneiro, realizamos uma pesquisa semiestruturada com os/as profissionais do Serviço Social desses espaços institucionais, totalizando 10 profissionais. Atualmente a equipe de Serviço Social do HUAC é composta por 8 profissionais, sendo desses 6 participantes da pesquisa. No que se refere ao HUJB, o setor de Serviço Social é formado por 6 profissionais, participando da pesquisa apenas 4. Abaixo os gráficos demonstram o tempo de vínculo na instituição e a forma de contratação dos/as profissionais de cada unidade.

Gráfico 1: Tempo de Vínculo das AS- HUAC



Fonte: Elaboração Própria (2023).

O sucateamento dos HU's conforme discutimos anteriormente foi o principal argumento para implementação da EBSERH, entretanto, a falta de investimento que os HU's vinham sofrendo refletia diretamente nos servidores com a insuficiência desses para prestação de serviço qualificado, conforme Sodré et al (2013, p. 366), ao relatar as dificuldades que essas unidades hospitalares vinham enfrentando, destaca a redução da oferta de serviço à sociedade. “Essa conjuntura tem implicado no fechamento de leitos e serviços, bem como em contratações de mão de obra terceirizada (situação considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União)”.

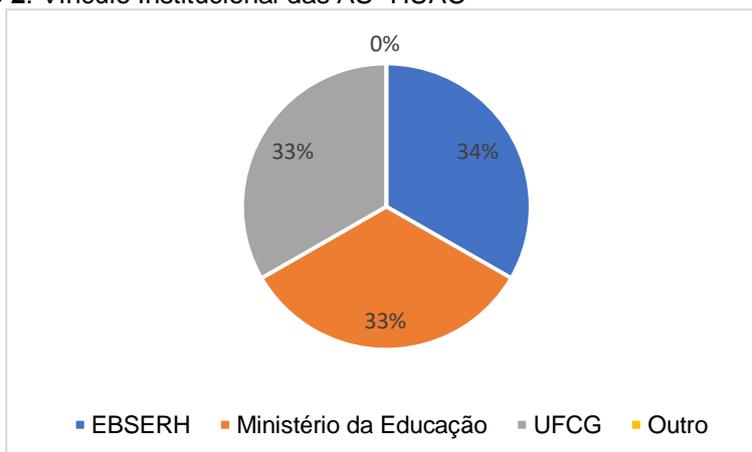
Cabe destacar que a deficiência ou mesmo a ausência de profissionais nos hospitais universitários é um reflexo da junção de vários fatores: a ausência de concursos por parte do MEC; a não responsabilização do MS pela mão de obra desses hospitais no que tange a assistência; a defasagem dos salários oferecidos, o que gera a busca por outros vínculos, a pressão das entidades de controle como o TCU, proibindo a contratação direta por parte dos hospitais; o não planejamento do governo para o momento atual que demarca elevado número de aposentadorias (Sodré et al, 2013, p.367).

Diante do contexto dos HU's vinculados à UFCG, com a implantação da EBSERH algumas mudanças foram realizadas no setor de Serviço Social, como a transferência de profissionais que outrora atuavam junto à assistência estudantil da UFCG e a realização de Concursos Públicos, nos anos de 2016 e 2018, o que permitiu o maior quantitativo de profissionais. Ressaltamos ainda que as entrevistadas ao serem perguntadas acerca das melhorias para o Serviço Social com a implantação da EBSERH destacaram o quesito dos profissionais, conforme as respostas transcritas a seguir:

“No início foi o quantitativo de profissionais, pois havia uma lacuna muito grande com a contratação de 6 profissionais ao mesmo tempo, isso foi significativo, depois mais 2 profissionais, contudo devido aos processos de remanejamento/transferência/ permuta e afastamento, hoje contamos com 8 contratados, apenas 4 na assistência. Porém, as cobranças permanecem da mesma forma dificultando muito o atendimento as demandas. Outras formas de registro, porque foram implantados vários sistemas operacionais para realização dos registros e controles”. (AS 1, 2023).

“Aumento no número de profissionais e consequentemente a possibilidade de uma melhor assistência aos pacientes”. (AS 4, 2023).

Gráfico 2: Vínculo Institucional das AS- HUAC



Fonte: Elaboração Própria (2023).

A multiplicidade de vínculos representados pelo gráfico acima, gera reflexos no processo de trabalho devido aos diferentes “direitos” que cada vínculo assegura visto que, os concursos realizados pela EBSEH possuem vínculo celetista, apesar de atuação em um órgão público federal. Concordamos com Machado (2005, p. 272 apud Sodré et al, 2013) ao afirmar sobre o processo de trabalho e o mundo do trabalho

[...] estão se transformando de forma, significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, o modo de trabalhar, configurando-se em arenas competitivas, individualizadas e em ambiente pouco saudável (p. 368).

Nessa perspectiva, os diferentes vínculos que a gestão da EBSEH trouxe para a instituição, inicialmente ocasionou resistência por parte das assistentes sociais, anterior a esse processo, que trouxe mudanças salariais, criação de novos cargos e possibilidade de progressos na carreira, sendo esse processo identificado durante a pesquisa, conforme transcrito abaixo:

“A resistência se deu pelo que estava posto, não porque era melhor. Mas sim, por muitas conveniências e vícios dentro da instituição. Passou-se a seguir um modelo de organização mais estruturado. Não houve resistência do Serviço Social, contudo, quando os profissionais regidos pela EBSEH chegaram, em um primeiro momento, houve rupturas, distanciamentos e falta de alinhamentos dos processos de trabalhos. Depois de passados primeiros anos, estas questões diminuíram, mas não acabaram” (AS 5, 2023).

A partir do processo de pesquisa e entrevista com as assistentes sociais inseridas no Hospital Universitário Júlio Bandeira, ressaltamos a particularidade da instituição, visto que, devido ao vínculo recente das/os assistente social não foi possível identificar as mudanças que ocorreram entre a gestão da UFCG com a EBSEH, isso ocorre porque as assistentes sociais que trabalham na unidade solicitaram trocas para outros hospitais gerenciados pela EBSEH, por serem mais próximos das suas residências, já que no último concurso para a área assistencial ocorreu no ano de 2018, a nível nacional, posteriormente é permitido após alguns anos que esse procedimento seja realizado. Conforme a resposta transcrita abaixo:

“Todos os profissionais que trabalham no HUJB, foram admitidos já na gestão da EBSEH” (AS 9, 2023).

Esse contexto é descrito por lamamoto (2008), ao destacar o assistente social como trabalhador assalariado, precisando realizar mediações em diferentes esferas de vínculos. “A mercantilização da força de trabalho, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação” (p.8). Sendo, portanto, os/as assistentes sociais na condição de trabalhador, sujeitos a mudanças que lhe proporcionem melhores condições de trabalho.

Verifica-se uma tensão entre o projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder de empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares (lamamoto, 2008, p.9)

Apesar dos assistentes sociais que compõem o HUIB possuírem como vínculo empregatício a EBSEH, destacamos a compreensão dos profissionais da instituição, enquanto a gestão ser uma empresa pública, com o gerenciamento na perspectiva da lógica privada. Ao serem perguntadas acerca de considerar a EBSEH uma empresa pública, 3 AS afirmaram que sim, e 1 AS considera em parte, conforme as respostas transcritas:

“Sim, pois as normas e rotinas estão próximas as das empresas privadas” (AS 7, 2023).

“Sim, porque é uma empresa privada contratada pelo governo federal para administrar os hospitais universitários federais, sendo gerido no modelo privado” (AS 8, 2023).

“Em parte sim porque algumas características da relação empregado/instituição se apresentam primordialmente na lógica privada, como vínculo dos funcionários, que ocorrem por CLT, a avaliação do período do funcionário é realizada individualmente pelo chefe imediato, através de notas de desempenho; o discurso de eficiência e controle interfere cotidianamente na intervenção profissional que deve ser registrada em vários sistemas próprios da empresa e monitoramento constante da rotina hospitalar, através de câmeras existentes em todo hospital, objetivando metas quantitativas” (AS 9, 2023).

“Sim, pois a despeito de ser uma empresa de direito privado, é uma empresa pública que presta serviços públicos” (AS 10, 2023).

Diante do contexto de inflexões do gerenciamento da EBSEH, se faz necessário o alinhamento dos profissionais dentro da instituição de trabalho com o objetivo de respaldo coletivo conforme assevera lamamoto (2008) para que haja um perfil da profissão, “valores que a orientam, competências teórico-metodológicas e operativas e prerrogativas legais necessárias à sua implementação” (p.15).

Ao que se refere, ao cenário do HUAC, no que diz respeito à EBSEH ser

considerada uma empresa pública de lógica privada, evidencia-se a divergência de respostas entre as AS entrevistadas, o que pode ser ocasionada devido ao tipo de vínculo empregatício e à conjuntura vivenciada de acordo com cada profissional. Conforme transcrito abaixo:

“Sim, porque segue a lógica da produção, atingir metas quantitativas, sem considerar vários outros elementos de subjetividades e contextos particulares que interferem na saúde, especialmente as condições materiais de subsistência, outro fator relevante que se sobrepõe são os processos e sistemas criados para manter uma organização funcional sem considerar o tempo que leva para alimentar essas informações, deixando de ter um maior tempo de contato com os usuários em tratamento, tornando todos reféns dessas obrigações. Elevando em muito os níveis de Stress pelo alimento também do trabalho” (AS 1, 2023).

“Não, apesar de algumas administrações (de determinados hospitais) seguirem uma direção do privado, a sua lógica segue a determinação do SUS, diretrizes, princípios, entre outros” (AS 5, 2023).

Vale salientar, que de acordo com os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, é recomendado que o perfil do assistente social para atuar nas diversas políticas sociais “[...] deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais [...]” (CFESS, 2010, p. 34). Portanto, diante dos novos modelos de gestão a atuação do Serviço Social, precisou enquadrar-se às novas sistematizações das informações, com a consolidação de dados e informações nos sistemas da empresa. De maneira que, as principais atribuições dos/as assistentes sociais nas unidades em estudo, refere-se ao acolhimento aos usuários, intervenção social a partir da entrevista social, orientação das normas e rotinas, realizar encaminhamentos a rede de atenção básica, emitir relatórios e parecer social, participar de reuniões junto à equipe multidisciplinar, visitas aos leitos, além dos estudos das condições socioeconômicas dos usuários e a reincidência no processo saúde-doença. Conforme destaca as AS abaixo:

“Acolhimento aos usuários, intervenção social a partir da entrevista social, orientação das normas e rotinas; orientações acerca dos direitos sociais; realizar encaminhamentos à rede de atenção; realizar visita ao leito, emitir relatórios e parecer social” (AS 1, 2023).

“Realização de entrevistas para conhecimento da realidade socioeconômica dos pacientes e acompanhantes, com vistas a uma intervenção a partir das demandas identificadas no atendimento” (AS 4, 2023).

“De acordo com as orientações técnicas contidas nos parâmetros de atuação no Serviço Social na saúde embasado no projeto ético-político da nossa profissão. Orientações acerca dos direitos sociais dos usuários, encaminhamentos à rede, entrevista social, dentre outros” (AS 7, 2023).

Guerra (2007) assevera acerca das inflexões das políticas sociais e seu

tratamento por parte do Estado, de maneira fragmentada, recortando as questões sociais a serem atendidas, é nesse contexto que o assistente social se encontra inserido, no sentido de viabilização das políticas sociais. “A intencionalidade dos assistentes sociais passa a ser mediada pela própria lógica da institucionalização, pela dinâmica da instauração da profissão e pelas estruturas em que a profissão se insere” (p.7). Nesse sentido, se faz necessário que a prática do profissional esteja alinhada com o Código de Ética profissional e com base na lei que regulamenta a profissão que dispõe de algumas competências gerais que são de fundamental importância para compreensão do processo sócio-histórico para intervenção

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade (CFESS, 2010).

Com a mudança de gestão nos HU's em estudo, o Serviço Social enfrentou novamente o processo de compreensão do “fazer profissional”, de modo a serem colocados em todo lugar onde faltassem outros profissionais para executar funções distintas da profissão, o que além de não terem respaldo técnico, vai de encontro ao Código de Ética do Serviço Social, além disso, esse processo se agrava pelo fato da chefia ser composta por um profissional de outra área de conhecimento. Além do mais, a lógica da empresa com o estabelecimento de metas, rebate diretamente no cotidiano do Serviço Social, gerando o esgotamento do profissional, que além de ter que lidar com as demandas do cotidiano, também é exigido que os profissionais participassem de cursos, comissões, eventos, que devido ao quantitativo de profissionais, ainda deficiente, sobrecarrega os/as assistentes sociais, que precisam além de realizar a prática burocrática, realizar o atendimento aos usuários com qualidade. De acordo com os relatos abaixo

“iniciou-se dentro de uma unidade psicossocial, com uma chefia de psicologia. Isso foi um desafio grande para equipe, pois havia uma grande necessidade de um profissional assistente social para se posicionar frente às demandas que estavam sendo colocadas para o setor, e devido à falta de representação tecnicamente qualificada tornava tudo mais difícil, hoje fazemos parte de uma unidade multiprofissional, com uma chefia da nutrição, porém, hoje contamos com um responsável técnico, nisso considero um avanço” (AS 1, 2023).

“o Serviço Social faz parte da unidade multiprofissional do setor de apoio diagnóstico e terapêutico. Por fazer parte desse setor com várias profissões, esse deveria ser um fator de forças nas negociações e conquistas em

comum, no entanto, isso não corre no HUIB” (AS 9, 2023).

Diante às mudanças estruturais o Serviço Social ainda enfrenta diversas inflexões que vão desde o reconhecimento da prática profissional e a importância dos profissionais dentro da unidade, como responsável técnico para compreender as inflexões das expressões da questão social no cotidiano do usuário e como esse reflete no processo saúde-doença. Além disso, viabilizar junto à rede de atenção à saúde e assistência, a inserção desses em programas sociais para concessão de benefícios eventuais, com o objetivo de melhoria na qualidade de vida. Nesse contexto, o CFESS (2010, p. 43) analisa que o assistente social tem de “transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas que são submetidos os usuários”. É nesse sentido que, os/ as assistentes sociais dos HU's, em estudo, lutam para garantir o seu espaço institucional, diante às dificuldades enfrentadas a partir da implementação da EBSEH, enfrentando questões que são históricas no processo de consolidação da profissão, conforme os relatos transcritos.

“inicialmente muita dificuldade com a compreensão do nosso fazer profissional, muitos desafios, querendo nos colocar em todo lugar onde faltasse profissional para executar a função, além da dificuldade de não termos um representante técnico, que tivesse um posicionamento frente a essas questões, estávamos representados por outro profissional” (AS 1, 2023).

“A tentativa de transferir para o Serviço Social atividades que não constituem competências do Serviço Social, por falta de clareza acerca do trabalho do assistente social, por parte de alguns gestores”. (AS 4, 2023).

“Não visualizo estas dificuldades, considerando não estar no HU antes da EBSEH. O que visualizo são dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social historicamente. Entendimentos de práticas por outros profissionais de um fazer profissional que não condiz com o Serviço Social” (AS 5, 2023).

“O engessamento no cumprimento de normas” (AS 8, 2023).

“O aprofundamento da hierarquização” (AS 10, 2023).

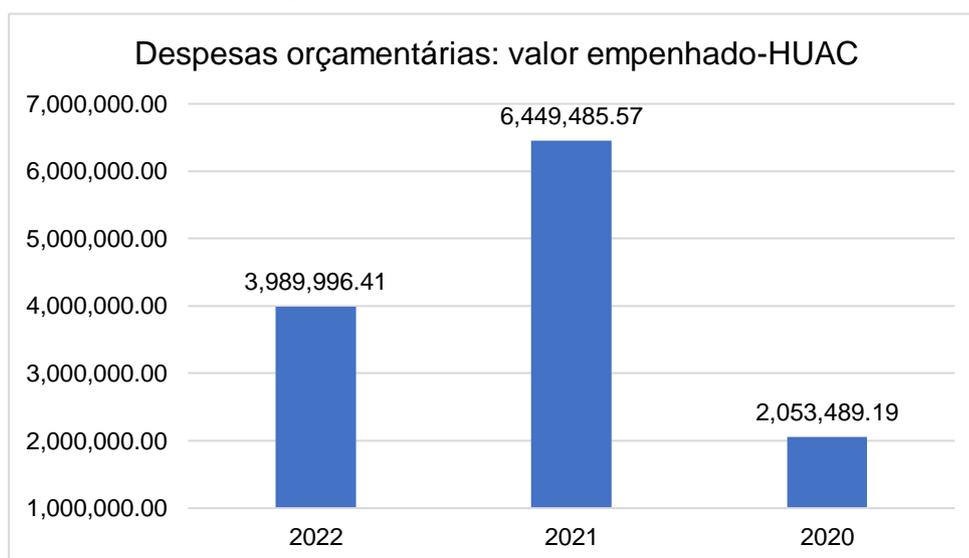
Diante às modificações estruturais com a gestão da EBSEH, a partir da pesquisa realizada junto aos profissionais de Serviço Social, ao comparar o gerenciamento das gestões da EBSEH e UFCG apenas dois pontos são considerados como melhorias para o Serviço Social dentro dos HU's, em estudo, conforme aponta a AS 1 ao considerar como melhoria a “contratação de mais profissionais”, e a AS 4 a “distribuição dos profissionais para assistência nas enfermarias”.

Nesse contexto, o que se tem é a continuidade de uma política de sucateamento, apesar da realização de repasses pelo Ministério da Educação para

administração dos Hospitais Universitários, no que se refere à quantidade de pessoal, o HUAC, atualmente possui um déficit de profissionais, tanto na área assistencial a exemplo do setor de Serviço Social, como nas demais áreas, sendo realizados processos seletivos com contrato por tempo determinado para a área médica, reforçando a precarização de vínculos propostos por esse modelo de gestão.

Em pesquisa ao portal da transparência do governo federal para análise dos recursos repassados aos HU's em estudo, avaliamos os valores previstos, e os valores pagos de cada unidade de saúde em estudo, conforme mostra as tabelas abaixo, utilizamos a amostra do mês de dezembro referente aos últimos três anos: 2020 2021 e 2022. Ressaltamos ainda que, os anos que são anteriores à implantação da EBSEH nos hospitais, em estudo, não possuem informações acerca das receitas das unidades, não sendo possível realizar o comparativo de recursos anterior a este modelo de gestão.

Gráfico 3: Despesas orçamentárias: Valor empenhado -HUAC



Fonte: Portal da transparência, EBSEH- Criação Própria.

A criação da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, dispõe da qualificação das entidades como Organizações Sociais (OS), segundo Brettas (2020), além de

autorizar que pessoas jurídicas de direito privado possam receber recursos e bens públicos, pode ser realizado sem o processo de licitação e/ou concurso público, “flexibilizando a forma de contratação e de aquisição de materiais e equipamentos” (p. 243), permitindo que seja um espaço altamente rentável para o capital, de modo que, essas instituições possam ter acessos vantajosos nos repasses do fundo público. Brettas (2020) chama atenção ao descomprometimento que essa lei traz a diversos artigos da Constituição Federal:

[...] a responsabilidade do Estado de zelar pelo patrimônio público (art.23-I); proteger documentos, as obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural (art. 23-III); proteger o meio ambiente (art. 23-VI); contratar por meio de concurso público (art.23-III); fazer licitação (art.37-XXI) (p.244).

É nesse sentido que destacamos o gráfico 3, no que se refere aos montantes de despesas orçamentárias do HUAC nos anos de 2022, 2021 e 2020, é válido ressaltar que a EBSERH enquanto empresa pública de cunho privado, não necessita realizar licitações acerca dos seus produtos e serviços. Em análise ao gráfico, percebemos um crescimento de gastos no ano de 2021, acreditamos que isso pode ter ocorrido, devido ao regresso das atividades após o período de pico da Pandemia da Covid-19. Entretanto, ressaltamos ainda que, na comparação do triênio, os valores de 2020, considerado, o menor valor de despesas, no entanto, ressaltamos que, apesar de não ser hospital de referência o HUAC para o atendimento da Covid-19, teve sua importância no combate à crise sanitária vivenciada, servindo como hospital de suporte, o que nos inquieta é que apesar de ser um período que em alguns momentos foi necessário que tudo “parasse”, foi um período, que houve maiores investimentos, em leitos, medicamentos, EPI's, servidores que foram contratados por tempo determinado, e esses dados não refletem nos valores de despesas do ano de 2020.

As informações disponíveis no portal da transparência não são claras acerca dos valores gastos, assim como, os valores que são repassados para a instituição, para compreendermos como consta no portal, transcrevemos de forma simplificada as informações na tabela abaixo, tendo como base nos meses de dezembro dos anos de 2020, 2021 e 2022.

Tabela 5- Demonstrativo de gastos- HUAC (2020).

Ação Orçamentária	Elemento de Despesa	Valor Empenhado	Valor Pago	Valor Restos a Pagar Pagos
--------------------------	----------------------------	------------------------	-------------------	-----------------------------------

REESTRUTURACAO DOS SERVICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS (FINANCIAMENTO PARTILHADO - REHUF)	Material de Consumo	173.528,60	1.254.972,88	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS – REHUF	Material de Consumo	79.581,70	5.808,90	0,00
REESTRUTURACAO DOS SERVICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS (FINANCIAMENTO PARTILHADO - REHUF)	Equipamentos e Material Permanente	22.770,29	373.976,88	0,00
REESTRUTURACAO DOS SERVICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS (FINANCIAMENTO PARTILHADO - REHUF)	Obras e Instalações	288.000,00	0,00	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS – REHUF	Outras Despesas Correntes	0,00	0,00	10.766,18
REESTRUTURACAO DOS SERVICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS (FINANCIAMENTO PARTILHADO - REHUF)	Equipamentos e Material Permanente	0,00	0,00	31.598,00
ENFRENTAMENTO DA EMERGENCIA DE SAUDE PUBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL DECORRENTE DO	Obras e Instalações	0,00	20.531,00	0,00
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAIS	Equipamentos e Material Permanente	1.314.738,74	0,00	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS – REHUF	Equipamentos e Material Permanente	107.984,21	2.950,00	0,00
ENFRENTAMENTO DA EMERGENCIA DE SAUDE PUBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL DECORRENTE DO CORONAVIRUS	Outras Despesas Correntes	157.900,80	0,00	0,00
REESTRUTURACAO DOS SERVICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS (FINANCIAMENTO PARTILHADO - REHUF)	Outras Despesas Correntes	-91.015,15	21.552,16	0,00

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A descrição da ação orçamentária não deixa claro quais serviços foram executados, além da data de execução, assim como, o fornecimento do recurso disponível para realização da ação. Mesmo em consulta ao relatório de demonstrações contábeis disponível no site da EBSEH, podemos afirmar que não há detalhamento acerca das ações realizadas, assim como o valor que é repassado pelo governo federal para o gerenciamento da unidade. Na particularidade da tabela acima ao somarmos os valores que foram empenhados e subtrair pelos valores

pagos, temos um saldo de R\$373.697,37 reais, valor este que não fica especificado para quais fins seria utilizado.

Tabela 6- Demonstrativo de gastos HUAC (2021).

Ação Orçamentária	Elemento de Despesa	Valor Empenhado	Valor Pago	Valor Restos a Pagar Pagos
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHU	Material de Consumo	884.478,45	54.142,47	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	-135.587,84	82.872,89	0,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Outras Despesas Correntes	1.659.395,88	461.898,27	34.931,45
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Locação de Mão-de- Obra	2.979.056,77	175.231,13	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Equipamentos e Material Permanente	0,00	126.943,52	86.854,03
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Material de Consumo	955.840,63	1.368.798,41	0,00
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES	Material de Consumo	32.622,53	1.020.733,08	0,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação	77.999,49	23.431,06	0,00

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Ao analisarmos as despesas do mês em comparação que se refere a dezembro, apesar do gráfico mostrar que em 2021, foi o ano de maiores despesas da instituição, a tabela 2, possui um menor detalhamento das ações orçamentárias realizadas. No comparativo entre valor empenhado e valor pago observamos a diferença de um montante de R\$3.139.755,08, além de um valor de R\$121.785,03 que restam pagar. Apesar dos números, não há informações acerca para qual orçamento essa diferença do valor empenhado e do pago é destinado.

Tabela 7- Demonstrativos de gastos HUAC (2022)

Ação Orçamentária	Elementos de Despesa	Valor Empenhado	Valor Pago	Valor restos a Pagar Pagos
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Material de Consumo	515.239,35	1.147.169,8	27.600,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Locação de Mão-de-Obra	1.023.196,90	1.188.878,90	83.435,85
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação	- 11.362,20	12.531,13	320,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Obrigações Tributárias e Contributivas	- 780,64	457,19	0,00
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAIS	Diárias Civil	- 12.264,20	3.592,09	0,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	- 23.021,02	473.868,44	138.519,39
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAIS	Equipamentos e Material Permanente	1.659.719,66	585,00	100.000,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	- 312.237,88	7.773,22	68.680,23
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Equipamentos e Material Permanente	691.614,90	361.210,95	0, 00
FOMENTO AS ACOES DE GRADUACAO, POS-GRADUACAO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSAO	Equipamentos e Material Permanente	137.228,69	0,00	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Obras e Instalações	0,00	9.215,67	0,00
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAIS	Obras e Instalações	322.662,85	0,00	0,00

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Em análise ao último ano do nosso triênio, destacamos que apesar de ser um ano com menor orçamento de despesas em comparação ao ano anterior conforme aponta o gráfico 5, possui mais descrições acerca das ações orçamentárias. Assim como nos anos anteriores há uma diferença no saldo entre o valor empenhado e os valores pagos, em 2022 essa diferença foi de R\$784.714,02

que subtraído pelo valor que resta pagar, ainda obteria um saldo positivo de \$366.158,55.

Ante ao exposto, ressaltamos que assim como para a comunidade em geral não há uma transparência dos valores repassados e das despesas concretas, para as assistentes sociais inseridos no HUAC não é perceptível essa transparência conforme as respostas das AS transcritas abaixo:

“Particularmente não percebo transparência especialmente de recursos” (AS 1, 2023).

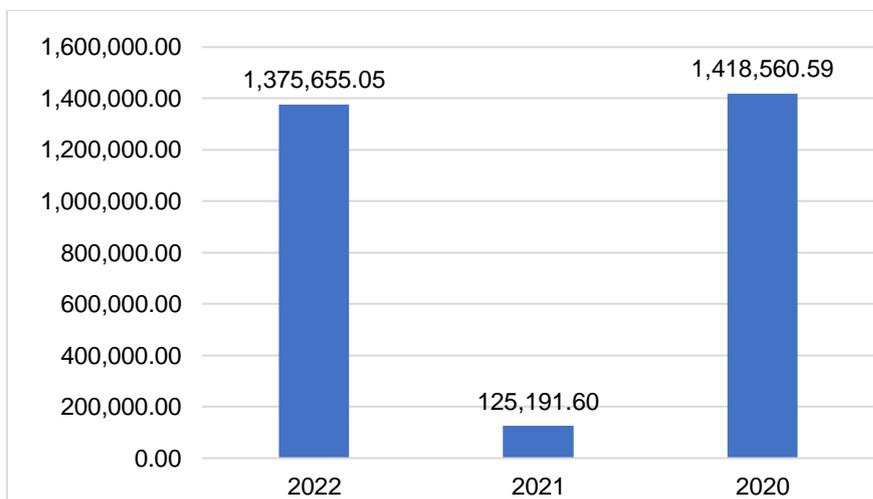
“Não, o que vivenciamos, são repasses de informações muito gerais. O SS não tem qualquer participação em gerenciamento de recursos. Atualmente existem comissões as quais os profissionais podem se inscrever para participar mas desconheço qualquer comissão com essa temática” (AS 2, 2023).

“Penso que as questões relacionadas à gestão se limita muito aos profissionais que compõem a governança (chefias das diversas unidades), resultando em um desconhecimento das decisões que são tomadas por parte da maioria dos profissionais, incluindo as assistentes sociais. Desconheço os canais ou meios de divulgação do gerenciamento dos recursos” (AS 4, 2023).

Pinto e Amaral (2018, p.150) ao apresentar os estudos acerca do controle de custos e os resultados dos contratos a partir das OS afirma que “a terceirização dos serviços de saúde atende apenas ao interesse da OS contratada, a qual passa a exercer uma função típica do Estado”. Além de receber parcelas significativas no repasse dos recursos estatais e subtraindo-se ao efetivo controle público sobre as atividades terceirizadas.

A seguir analisaremos a realidade do HUJB, com base os anos analisados no HUAC, o triênio: 2020 2021 e 2022.

Gráfico 4: Despesas Orçamentárias: Valor empenhado- HUJB



Fonte: Portal da transparência, EBSE RH- Criação Própria.

Ao analisar o gráfico acima, observamos um processo inverso ao que ocorre no HUAC, há um maior gasto referente ao período de 2020, como já observado anteriormente, refere-se ao período da Pandemia da Covid-19, onde foi necessário um reordenamento das instituições de saúde ao enfrentamento à pandemia, mesmo não sendo hospitais de referências, como ocorreu no HUJB, entretanto, foi necessário alterar as normas e rotinas da instituição. O quadro a seguir detalha acerca dos gastos referentes ao ano de 2020.

Tabela 8- Demonstrativo de gastos HUJB 2020

Ação Orçamentária	Elementos de Despesas	Valor Empenhado	Valor Pago	Valor restos a Pagar Pagos
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Locação de Mão de Obra	13.189,65	6.554,60	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Equipamentos e Material Permanente	231.710,13	134.552,44	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Locação de Mão de Obra	0,00	159.354,6	0,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Material de Consumo	476.300,64	3.756,00	0,00
REESTRUTURACAO DOS SERVICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS (FINANCIAMENTO PARTILHADO - REHUF)	Obras e Instalações	172.760,82	0,00	0,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	114.308,25	7.144,85	0,00
REESTRUTURACAO DOS SERVICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES PRESTADOS PELOS	Material de Consumo	30.220,75	39.905,84	0,00

HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS (FINANCIAMENTO PARTILHADO - REHUF)				
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Para a análise dos dados da tabela acima, utilizamos como parâmetro o mês de dezembro, assim como realizamos com HUAC, além de elementos que nos chamam a atenção, como os valores destinados a materiais de consumo, obras e instalações, assim como serviços para pessoas jurídicas. Ressaltamos que apesar da descrição do serviço, não há maior detalhamento acerca da destinação dos recursos, assim como se a obra foi executada e a data de término, no que se refere à empresa executora, consta no portal da transparência apenas o nome, não definido qual serviço foi executado. Destacamos que de acordo com os valores acima há uma diferença entre o valor empenhado e os valores pagos no montante de R\$687.221,81 reais, que no portal da transparência não são especificados.

Tabela 9- Demonstrativo de gastos HUJB 2021

Ação Orçamentária	Elementos de Despesas	Valor Empenhado	Valor Pago	Valor restos a Pagar Pagos
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAIS	Equipamentos e Material Permanente	175.384,57	1.900,00	160.240,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Material de Consumo	- 20,99	23.099,56	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Equipamentos e Material Permanente	0,00	22.141,24	0,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Locação de Mão de Obra	- 105.811,58	0,00	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	0,00	57.750,02	0,00
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE	Material de Consumo	0,00	20.763,37	0,00

INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAIS				
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Material de Consumo	55.639,61	101.183,10	266,22
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Locação de Mão de Obra	0,00	108.553,58	0,00
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAIS	Material de Consumo	0,00	20.763,37	0,00

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Conforme aponta o gráfico 6, em comparação aos demais anos o período de 2021, é considerado o que possui um menor valor na destinação de valores pagos. Ao compararmos os valores empenhados aos valores pagos, diferente das outras análises temos um saldo negativo de R\$ -127.779,53, além de haver o valor de R\$160.506,22 a serem pagos. Entretanto, o portal da transparência não demonstra se esses valores foram pagos e quais recursos foram destinados para o pagamento desses valores dos serviços de ações que constam no Portal da Transparência.

Tabela 10- Demonstrativo de gastos 2022 HUJB

Ação Orçamentária	Elementos de Despesas	Valor Empenhado	Valor Pago	Valor restos a Pagar Pagos
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	25.703,38	33.587,94	384,35
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Material de Consumo	13.657,50	44.199,18	126,60
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Equipamentos e Material Permanente	162.980,00	36.881,20	0,00
ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Locação de Mão de Obra	165.212,82	116.535,00	0,00
ATENCAO A SAUDE DA	Serviços de	100,00	2.909,25	0,00

POPULACAO PARA PROCEDIMENTOS EM MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Tecnologia da Informação e Comunicação			
FOMENTO AS ACOES DE GRADUACAO, POS-GRADUACAO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSAO	Equipamentos e Material Permanente	88.411,09	0,00	0,00
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAIS	Diárias Civil	- 16.609,77	0,00	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Obras e Instalações	368.287,00	24.072,99	0,00
FUNCIONAMENTO E GESTAO DE INSTITUICOES HOSPITALARES FEDERAL	Obras e Instalações	167.165,42	0,00	0,00
REESTRUTURACAO E MODERNIZACAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS - REHUF	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	228.352,71	56.034,78	990,00

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Por fim, a análise do ano de 2022, que possui o segundo maior valor de despesas no HUJB, destaca-se os valores empenhados para realização de obras e instalação, assim como, o de serviços de terceiros- pessoas jurídicas, nomenclatura que consta no portal da transparência, em contrapartida, apesar da tabela demonstrar esses valores, os valores pagos foram bem menores do que o previsto, desse modo, ao analisarmos a tabela como um todo, há uma diferenciação entre os valores empenhados e os valores pagos de cerca R\$ 889.039,81, além do valor de R\$ 1500,95 que restam a ser pagos.

Portanto, apesar de não possuir uma transparência efetiva os números apresentados pela EBSEH, a partir das entrevistas realizadas com as assistentes sociais, podem destacar positivamente o investimento em infraestrutura e equipamentos, conforme relatam as profissionais a seguir:

“Já cheguei no HU na administração pela EBSEH, mas escuta-se falar das mudanças positivas nos últimos anos, a exemplo, melhorias na infraestrutura, organização, definições de organograma, entre outros” (AS 5, 2023).

“Na infraestrutura percebemos melhorias significativas, como também a compra de equipamentos” (AS 6, 2023).

“Destaco a infraestrutura e equipe, pois com a mudança pode ser oferecido um serviço de qualidade para os usuários” (AS 8, 2023).

“Conforme ouço falar, pois tenho pouco tempo de empresa, as mudanças foram positivas. Tanto com relação as equipes e organograma quanto a infraestrutura” (AS 10, 2023).

Apesar de apresentar redução de gastos, a Pandemia da Covid-19 necessitou de um investimento em equipamentos e pessoal qualificados para o enfrentamento da Pandemia, para tanto, apesar de não serem hospitais de referências no estado da Paraíba para o combate à doença, o HUAC teve uma ala específica para atendimento dos usuários, assim como, a modificação de suas normas e rotinas para conter o avanço do vírus, dessa forma, o tópico a seguir relata as mudanças e enfrentamento dos/as assistentes sociais diante da inesperada Pandemia da Covid-19.

Identificado em Wuhan na China em dezembro de 2019, a propagação das informações e o avanço do vírus mundialmente foi acompanhado através dos noticiários, sendo oficializado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia em março de 2020. A Pandemia da Covid-19 provocou mudanças no cotidiano da população mundial, a incerteza e o medo de contrair um vírus nunca visto antes, a falta de estudos acerca do enfrentamento, foram incertezas e medos propagados a toda população. Em contrapartida os profissionais da área da saúde, foram colocados na linha de frente para confrontar o novo. Como profissionais da saúde, os assistentes sociais, fizeram parte desse processo, reordenou suas intervenções, atuando junto aos usuários e seus familiares.

O vírus chega ao Brasil diante de um contexto de desigualdade social histórica e um processo de aprofundamento da contrarreforma das políticas sociais. Destaca-se o Sistema Único de Saúde- SUS no combate à Pandemia da covid-19, garantindo a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Além disso, é possível destacar que os maiores hospitais de referência nos Estados do País em combate ao vírus, foram hospitais públicos que foram utilizados por todos sem distinção no atendimento. Mesmo diante aos diversos desmontes conforme aponta Matos (2021), o SUS desde a sua gênese na Constituição Federal de 1988, tem sido boicotado através dos desfinanciamentos públicos, além das tentativas de modificação do modelo de gestão para perspectivas privatizantes. Silva (2021, p. 89), destaca que com a chegada dos vírus, temos os “resultados das reformas econômicas neoliberais, provocando desemprego, subemprego, ausência de moradia, de abastecimento de água e de saneamento básico”.

Na particularidade da Paraíba, alguns dos Hospitais Universitários deram suporte no enfrentamento à pandemia da Covid-19, como o HUAC em Campina

Grande e o Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa, o qual é vinculado à UFPB, cedendo leitos de enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva-UTI, para auxiliar no tratamento de pessoas infectadas pelo vírus. O HUAC forneceu 12 leitos de enfermaria e 12 de UTI, para a Prefeitura Municipal de Campina Grande, auxiliando um dos hospitais de referência da cidade, o Hospital Municipal Pedro I. É válido ressaltar, que no mesmo período de enfrentamento à pandemia, o HUAC assinou um contrato de atendimento assistencial por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), junto a Secretaria Municipal de Campina Grande, no valor de 20 milhões por ano, com o objetivo de viabilizar 55 mil procedimentos ao ano.

Com o objetivo de compreender esse processo de reordenamento do cotidiano dos profissionais do Serviço Social, realizamos a pesquisa com os profissionais que atuaram em linha de frente. Faz-se necessário ressaltar, que analisaremos apenas a especificidade do HUAC, isto ocorre devido ao HUJB não ter sido hospital de suporte na região do Alto Sertão da Paraíba, além, dos/as assistentes sociais possuírem a inserção na instituição após o período do pico da pandemia, não vivenciando o processo de reordenamento da instituição.

Portanto, o HUAC apesar de só ter sido utilizado apenas uma ala para o enfrentamento à pandemia, foi necessário à reorganização na estrutura do serviço ambulatorial para acesso e saída dos pacientes. Sendo necessária a formação de uma comissão para elaboração e execução do plano de ação durante o enfrentamento da Covid-19, já que os pacientes internos, só tinham acesso aos profissionais destinados a trabalhar naquela área. Destacamos que das 6 profissionais participantes da pesquisa apenas 5 atuaram em linha de frente.

A pandemia evidenciou carências na área do SUS ocasionado pelo desfinanciamento na política de saúde, conforme destaca Raichelis e Arregui (2020, p.135), “[...] falta de equipamentos de proteção individual e coletiva, insuficiência de instalações hospitalares e de recursos humanos e capacidade insuficientes”. Diante da nova configuração de enfrentamento ao coronavírus, os profissionais de linha de frente, foram obrigados a utilizar Equipamentos de Proteção Individual – EPI, que apesar da luta para garantia do direito ao equipamento de proteção em alguns centros urbanos, esse contexto não se aplicou na particularidade do HUAC, conforme os relatos abaixo quando perguntados se houve fornecimento de EPIs suficiente para o desenvolvimento do trabalho dos/as assistentes sociais:

“No início foi mais difícil, depois houve sim o fornecimento de EPIs” (AS 1,

2023).

“Sim, não teve processo de luta, pois todos os EPIs foram fornecidos prontamente” (AS 2, 2023).

“Houve fornecimento de EPIs suficiente” (AS 4, 2023).

“Não tivemos problemas com EPIs” (AS 5, 2023).

“Os EPIs foram garantidos de forma suficiente” (AS 6, 2023).

No contexto pandêmico, Soares, Correia e Santos (2021) chamam atenção para a condição dos assistentes sociais enquanto trabalhadores da política de saúde, no contexto das inflexões da privatização da saúde, de modo que, com a Pandemia da Covid-19, temos a expansão dos postos de trabalhos dos assistentes sociais de forma precarizada através da terceirização da gestão em saúde, as autoras destacam que de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), “entre dezembro de 2019 (39.441 vínculos) e junho de 2020 (40.911 vínculos), possivelmente relacionado à expansão dos serviços de emergência (p.124)”.

Nesse sentido, temos um reordenamento das atividades cotidianas dos assistentes sociais que a princípio tiveram que se adaptar aos novos equipamentos de proteção, convivendo com o medo de contrair o vírus, assim como, enfrentar velhos paradigmas que são históricos no Serviço Social sobre o fazer profissional, conforme a publicação do documento lançado pelo Ministério da Saúde, “Manejos de corpos no contexto do novo coronavírus Covid-19”, que recomendava ao Serviço Social a comunicação de óbito pelos profissionais. Soares, Correia, Santos (2021) ressaltam

Essas requisições não são novas. Reiteram velhas práticas em saúde que concebem as ações da equipe multiprofissional de saúde não médica com mero subsídio ao “ato médico” ou por ele instrumentalizado. Além disso, também se vinculam às práticas do Serviço Social tradicional ou conservador (p.126).

Nessa perspectiva, com objetivo de enfatizar a não atribuição dos assistentes sociais em prestar o comunicado de óbito, o conjunto do CFESS/CRESS lançou a orientação normativa nº 03/2020, enfatizando as atribuições dos profissionais, conforme determina o Código de Ética Profissional. Assim sendo, no contexto do HUAC o trabalho das/os assistentes social no HUAC se deu na tentativa de garantir que os direitos dos usuários internos não fossem feridos ou retirados, possibilitando diminuir sofrimentos enfrentados pela doença. A atuação se deu a partir da orientação acerca das normas e rotinas, a fim de que o contágio do vírus não avançasse dentro da unidade, considerando os cuidados de biossegurança.

Além disso, foi realizado o acolhimento dos familiares dos pacientes e orientações sobre o fluxo de atendimento. Conforme os relatos transcritos abaixo:

“O atendimento do SS estava voltado para alimentação dos dados do paciente, em buscar informações, contatar a família para que pudesse diariamente receber informações pela equipe médica do paciente internado, entender o funcionamento da instituição e acolher minimamente as famílias a fim de garantir o direito ao acesso às informações e encaminhar situações para a rede nos casos de altas e óbitos” (AS 2, 2023).

“Conseguimos em meio a tantas incertezas e medos, principalmente de contaminação realizar escutas qualificadas, acolhimentos e sentirmos a importância da nossa atuação nas expressões da questão social, viabilizando direitos dos pacientes e de seus familiares” (AS 6, 2023).

Conforme o relato o procedimento de escuta qualificada foi de extrema importância para atuação dos/as assistentes sociais, diante as expressões da questão social, que no período da Pandemia tornou-se mais evidente, devido à conjuntura econômica, política e sanitária vivenciada pelo País. Sendo necessária a articulação junto à rede socioassistencial, para viabilização de benefícios, de modo, que muitas das vezes os usuários estavam inseridos em um contexto de pauperização extrema.

Destaca-se a importância do trabalho dos/as assistentes sociais diante desse novo “real”, de modo que, ao considerar as angústias apresentadas por familiares dos usuários internos, os/as assistentes sociais, eram os/as articuladores junto à equipe multidisciplinar para encontrar respostas aos questionamentos apresentados pelos profissionais. Ao mesmo tempo em que, os/as assistentes sociais, precisavam lidar com as dificuldades do seu próprio emocional, trabalhando sob estresse, medo e incerteza do que se apresentava. Soares, Correia, Santos (2021), ressaltam que, “o Serviço Social brasileiro não fugiu à luta” (p.127), diante às diversas contradições da questão social que foram aguçadas com a pandemia.

No contexto do HUAC, os profissionais vivenciaram esse tensionamento, que ao mesmo tempo em que lutaram pela garantia do direito dos usuários a acesso às informações por parte da família, garantindo o acolhimento e as informações mínimas sobre o quadro clínico do seu familiar, vivenciaram momentos angustiantes, diante das incertezas, da imprevisibilidade de superação de todo o contexto que estava posto, se seria possível a criação de uma vacina ou um tratamento efetivo que conseguisse controlar a proliferação do vírus. Esta conjuntura contribuiu para que houvesse sequelas emocionais aos profissionais, devido à exposição aos sofrimentos vivenciados, com as perdas de usuários internos, a necessidade de solicitar que a família fosse até a unidade de saúde para que a

equipe médica informasse o óbito, remetendo à insegurança de que poderia ocorrer com alguns dos seus familiares.

Além disso, os limites impostos para a atuação profissional, vão desde o distanciamento social, que dificultava o trabalho destes, assim como a solidão, sentimento presente entre profissionais e usuários internos. Os novos redirecionamentos das normas institucionais também implicaram na atuação dos/as assistentes sociais, com o espaço físico para atendimento de demandas pequeno, o que dificultava o acolhimento do usuário. Matos (2021) ressalta que os assistentes sociais têm por objetivo na saúde “identificar os aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais que atravessam o processo saúde-doença (p.133)”.

Apesar da conjuntura pandêmica em que os/as assistentes sociais estavam inseridos, sendo atribuição desses profissionais a atuação em situação de calamidade pública conforme o Art. 3º do Código de Ética do/a Assistente Social, a orientação normativa emitida pelo Conselho Federal de Serviço Social N. 3/2020, reforçava um problema histórico enfrentado pela profissão, no que diz respeito à comunicação de óbitos.

É garantido às famílias o direito de serem devidamente informadas sobre o óbito de seus entes e sobre as causas que resultaram no falecimento; A comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social; A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes (CFESS, 2020).

Ressaltamos que, diante das orientações prestadas, a atuação das profissionais do HUAC foi de acordo com a normativa emitida pelo CFESS, sendo apenas de competência as profissionais solicitar a presença dos familiares na unidade, participando junto à equipe multidisciplinar (Médicos, Enfermeiros, Psicólogos), portanto, os relatos a seguir reforçam as principais competências dos assistentes sociais no enfrentamento à Pandemia da Covid-19.

“Acolhimento das famílias dos usuários internados, éramos o elo de ligação entre família e equipe médica. As informações do quadro clínico dos usuários eram passadas pelo médico do plantão via telefônica e nos casos que havia possibilidade por vídeo chamada, já que o paciente não podia ficar acompanhado e nem receber visitas” (AS 2, 2023).

“Ficamos à disposição dos usuários na tentativa de garantir que seus direitos não fossem feridos ou retirados, em tempos de pandemia, principalmente, tentando de alguma forma possibilitar diminuir sofrimentos enfrentados pela doença. No período, trabalhamos com reforço nas orientações de normativas, afim de que a pandemia não avançasse, considerando os cuidados de biossegurança” (AS 5, 2023).

“Acolhimento dos familiares dos pacientes e orientações sobre o fluxo, normas e rotinas” (AS 6, 2023).

Concordamos com Silva (2020, p. 98) ao afirmar que a atuação dos assistentes sociais “é essencial para enfrentar a crise da Covid-19”, visto que diante do conjunto das atribuições e competências profissionais, “possuem capacidade de elaborar projetos, avaliar políticas públicas, enfim, interferir na dinâmica das relações sociais”. Além de serem profissionais em que na sua maioria possuem comprometimento na defesa do SUS. Nesse sentido a atuação dos/as Assistentes Sociais no HUAC durante a Pandemia da Covid-19 considera-se satisfatória, construindo estratégias para reafirmação das atribuições profissionais diante da conjuntura do “novo”, a exemplo da demanda referente ao repasse à informação clínica dos pacientes internos, direcionando aos profissionais competentes esta demanda.

Além do mais, se faz válido ressaltar que o trabalho dos/as Assistentes Sociais, se dá em meio a dificuldades que já são inerentes à instituição, como o encaminhamento de demandas que não fazem parte das atribuições profissionais, necessitando criar resistência mesmo diante de uma conjuntura totalmente nova e sem perspectivas de dias melhores, reafirmando o compromisso dos/as profissionais com o Código de Ética da Profissão. Para tanto, destacamos a avaliação dos profissionais que trabalharam na linha de frente, acerca do trabalho dos/as assistentes sociais no período de pandemia transcrito abaixo:

“Considero que foi possível diante de tantos desafios, pois os desafios não eram apenas da pandemia, mas sim das dificuldades internas da instituição de lidar com todas as questões, e referente ao Serviço Social enfrentar demandas inadequadas” (AS1, 2023).

“De grande importância, sobretudo, considerando a angústia e aflição das famílias, que não podiam visitar os seus entes, buscando amenizá-las, na medida do possível, por meio de contatos, articulações com os profissionais que estavam em atendimento mais diretamente na ala, em busca de respostas às questões apresentadas” (AS 4, 2023).

“Foi um momento difícil para todos os profissionais, principalmente quem precisou continuar na assistência. Mas saímos mais fortalecidos” (AS 5, 2023).

Destarte, mesmo diante das contradições vivenciadas, foram esses profissionais que estiveram na linha de frente. Soares, Correia, Santos (2021),

destacam que foram os assistentes sociais de todo o país, que integraram uma força tarefa de lutar pelo direito de assistência na saúde para a população, mesmo no contexto de uma “política extremamente precarizada e desfinanciada e privatizada, instrumentalizada a serviço dos interesses do mercado privado de saúde” (p.130). Foi assim, que assistentes sociais enquanto classe trabalhadora resistiram e lutaram pela viabilização de direitos em meio ao caos político e sanitário.

CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS

Esta dissertação, mesmo diante de suas limitações devido a inexistência dos dados de repasses no portal da transparência anterior a implantação da EBSEH, assim como, o pouco tempo para compreensão do cotidiano profissional, teve por objetivo analisar as implicações da Contrarreforma na Política de Saúde no trabalho dos/as Assistentes Sociais, sob a gestão da EBSEH, nos hospitais universitários vinculados à Universidade Federal de Campina Grande. Nesse sentido, verificamos as principais mudanças ocasionadas por essa gestão, nos hospitais universitários vinculados à UFCG e quais os rebatimentos na atuação profissional dos/as assistentes sociais, assim como, as mudanças implicadas a esses profissionais durante a Pandemia da Covid-19, alterando o cotidiano institucional, evidenciando velhos problemas enfrentados pela profissão.

Para tanto, foi necessária uma retrospectiva histórica com objetivo compreender a gênese do neoliberalismo na conjuntura mundial, a partir das sucessivas crises do capital, e a necessidade de se reinventar. Além disso, a compreensão desse contexto contribui para compreender a posição do Estado diante do neoliberalismo.

Diante disso, entendemos que o modelo de gestão da EBSEH, faz parte do processo de aprofundamento do neoliberalismo, que tem a sua gênese no Brasil a partir da década de 1990, com severos ataques à política de saúde pública, com a criação das Organizações Sociais ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, através do MARE. O processo de criação de OS e OSCIPS, perpassa pelos

governos sociais-liberais, ocasionado à criação a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que surge durante o contexto de reestruturação dos Hospitais Universitários, sob o argumento de modernização das instituições. Entretanto, na análise da pesquisa realizada aos profissionais de Serviço Social, inseridos nos HU'S, os mesmos analisam que a EBSERH não trouxe modernização para a unidade e sim burocratização, com a criação de chefias que dificultam a resolutividade de problemas.

As metas e cobranças são características da gestão da EBSERH, que é reafirmado pelos profissionais inseridos nos espaços institucionais gerenciados pela empresa, principalmente os que se encontram nas áreas assistenciais, que precisam otimizar o tempo de internação do usuário na instituição, o que está diretamente interligado aos assistentes sociais, pois, se faz necessário compreender o contexto social daquele usuário e a sua relação no processo saúde-doença.

Faz-se necessário ressaltar, a falta de transparência acerca dos valores repassados a cada unidade hospitalar, assim como, os valores anteriores à implantação da EBSERH, não permite realizar o comparativo dos gastos, não sendo possível afirmar se na atual gestão há um maior índice de gastos. Assim como, não há detalhamento dos valores destinados, não sendo possível identificar quais aquisições e pagamentos foram realizados. Outro questionamento relatado refere-se à contratação de servidores, problema evidenciado anterior ao gerenciamento da EBSERH, entretanto, apesar dos concursos públicos com vínculo celetista realizado nos anos de 2016 e 2019, as transferências de profissionais e afastamentos, demonstram problemas antigos que seriam solucionados com a atual gestão.

Destacamos ainda que, a ausência de profissionais é anterior à implantação da gestão EBSERH no Hospital Universitário Júlio Bandeira, não permitiu que realizássemos o comparativo das duas gestões, visto que, os profissionais que atuam junto ao Serviço Social, possuem contratos recentes, isto ocorre devido à grande rotatividade dos/as assistentes sociais na instituição, já que o hospital é considerado de pequeno porte, sendo realizado às transferências dos profissionais para as demais unidades de médio e grande porte. A mesma dificuldade se deu em analisar as dificuldades dos assistentes sociais no enfrentamento à Pandemia da Covid-19, já que os mesmos possuem contratações posteriores a 2020.

No que se referem à atuação dos/as assistentes sociais na Pandemia da Covid-19, apesar do HUAC, não ser hospital de referência no enfrentamento, porém,

foi de estratégia importante vinculado à rede municipal de saúde como suporte, para não ocorrer superlotação. Entretanto, destacamos, que apesar dos equipamentos necessários para a atuação profissional, e as mudanças ocorridas no cotidiano institucional nas demais alas, a profissão voltou a enfrentar velhas questões que acompanha os/as assistentes sociais desde a inserção na política de saúde, e que são recorrentes no cotidiano hospitalar, a exemplo da notícia de óbito, que não é atribuição do profissional.

Destarte, apesar dos ataques à política de saúde, e o gerenciamento da EBSEH nos HU'S e os rebatimentos aos profissionais de Serviço Social, é necessário que a mobilização pela garantia do SUS seja contínua, e faça parte do cotidiano dos/as assistentes sociais, a reflexão crítica acerca da atualidade é de fundamental importância para que isso aconteça. Este estudo não se esgota neste trabalho se faz necessário continuar a pesquisa, que haja uma maior aproximação teórico- metodológico ético-político e técnico- operativo no cotidiano profissional, para assim compreender que saúde não é mercadoria, precisamos continuar, lutando por um SUS gratuito e universal.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: HICITEC, 2006, 357p.

ANDES. **Sob protestos, adesão dos hospitais da UFRJ à Ebserh volta a ser tema de debate**. 2021. Disponível em:

<https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/sob-protestos-adesao-dos-hospitais-da-ufrj-a-ebserh-volta-a-ser-tema-de-debate1/page:7/sort:Conteudo.created/direction:DESC>. Acesso em: 09 abr. 2022.

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do estado**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s. l], v. 37, n. 2, p. 275-284, maio 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/D5KzVtzsSnd4SxN5xb58Y6K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2023.

Antunes, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. Boitempo Editorial, 3a. edição, São Paulo. 2000.

_____. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.

BRAZ, Marcelo. **Capitalismo, crise e lutas de classes contemporâneas: questões e polêmicas**. *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 111, p. 468-492, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101->

66282012000300005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/LmQkRDhwSfSwpqnJZY7dhFb/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 03 nov. 2022.

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

_____. Estado no Capitalismo: notas para uma leitura crítica do brasil recente. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018. Cap. 2. p. 39-72.

_____. R.; CISLAGHI, Juliana Fiuza; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**, [S.L.], p. 103-122, 7 dez. 2020. Navegando Publicações. <http://dx.doi.org/10.29388/978-65-86678-20-8-0-f.103-122>.

_____. BOSCHETTI, Ivonete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BESERRA, Ingrid Karla da Nóbrega. A EBSE RH E O SERVIÇO SOCIAL: reflexões sobre o processo de trabalho do assistente social num hospital de alta complexidade. **16º Encontro Nacional de Pesquisadores**, Vitória, p. 1-18, dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22942>. Acesso em: 24 ago. 2023.. Acesso em: 23 ago. 2023.

BRANDT, Daniele Batista; CISLAGHI, Juliana Fiuza. Desmonte e Financeirização da Seguridade Social em Tempos de Pandemia. In: MAURIEL, Ana Paula Ornellas; KILDUFF, Fernanda; SILVA, Mossicleia Mendes da; LIMA, Rodrigo Silva (org.). **Crise, Ultraneoliberalismo e Desestruturação de Direitos**. Uberlândia:

Navegando, 2020. p. 159-180. Disponível em:

<https://www.editoranavegando.com/livro- crise-e-ultraneoliberalismo>. Acesso em: 10

dez. 2022.

BRASIL. Constituição (1998). Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Brasília, 15 dez. 1998.

_____. Decreto **Lei Nº200**. Brasília, 25 fevereiro de 1967.

_____. EBSEH. Ministério da Educação. **Nossa História**. 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huac-ufcg/nossa-historia>. Acesso em: 17 out. 2022.

_____. EBSEH. Ministério da Educação. **Nossa História**. 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hujb-ufcg/nossa-historia>. Acesso em: 17 out. 2022.

_____. **Lei Nº 12.550**. Brasília, 15 dez. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em: 02 ago. 2023.

_____. Norma Operacional nº1, 7 de abril de 2015. Brasília: Ebserh, 2015.

_____. **Portal da Transparência**. 2023. Órgão: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/despesas/consulta>. Acesso em: 31 ago. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5. p. 88-110.

_____. PELAEZ, Elaine Jünger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. *Argumentum*, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 6-23, 28 jun. 2018. Universidade Federal do Espírito Santo. <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19139>

_____. MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 2011. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. Cadernos de Saúde.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas e práticas profissionais.** São Paulo, Cortez, 2007.

_____. MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia.** 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 197-215.

BRETTAS, Tatiana. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil.** Rio de Janeiro: Consequência, 2020. 292 p.

_____. Podres Poderes do Grande Capital: a pilhagem do fundo público federal pós-1988. In: MEDEIROS, Evelyne; NOGUEIRA, Leonardo; BEZERRA, Lucas (org.). **Formação Social e Serviço Social: a realidade brasileira em debate.** São Paulo: Outras Expressões, 2019. p. 145-164.

BORGES, Maria Elizabeth. S.; MATOS, Maurilio Castro de. As duas faces da mesma moeda: ultraneoliberalismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo.**, [S.L.], p. 71-88, 7 dez. 2020. Navegando Publicações. <http://dx.doi.org/10.29388/978-65-86678-20-8-0-f.71-88>.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. **CRISE ECONÔMICA ATUAL E SEUS IMPACTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA CLASSE TRABALHADORA.** *Revista Aurora*, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 1-10, ago. 2010. 1. Faculdade de Filosofia e Ciências.

<http://dx.doi.org/10.36311/1982-8004.2010.v3n2.1226>. Disponível em:

<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/1226>. Acesso em: 03 nov. 2022.

CASTILHO, Daniela Ribeiro. LEMOS, Esther Luíza de Souza. **Necropolítica e governo Jair Bolsonaro repercussões na Seguridade Social brasileira.**

Katálysis. v. 24 n. 2, 2021, p. 269-279. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/75361>. Acesso em: 23 jul.

2021.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília. 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 12 fev. 2022.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. **Caderno de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-76, set. 2011. Disponível em: https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf. Acesso em: 05 fev. 2022.

_____. **A trajetória histórica do ensino superior no Brasil: expansão e privatização da ditadura aos governos do pt**. Ser Social, [S.L.], v. 21, n. 44, p. 134-151, 10 mar. 2019. Biblioteca Central da UNB.

http://dx.doi.org/10.26512/ser_social.v21i44.23485. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/23485. Acesso em: 19 ago. 2023.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **Resolução nº580**. Brasília, Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa (Org.). Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018.

_____. **Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? Caderno de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-76, set. 2011. Disponível em: <https://www.adufrj.org.br/wp->

content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf. Acesso em: 06 fev. 2022.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez, 2009.C Cap. 7. p. 304-351

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS?** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2023abr./jun.;12(2):09-12. <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i2.1036>.

DALCIN, Tomás; LUNARDI, Guilherme; BARCELOS, Camila. **ESTUDO SOBRE O IMPACTO DA ADESÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)**. **Rahis-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 149-169, 24 out. 2021. RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v18i3.6617>. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6617>. Acesso em: 11 abr. 2022.

DEMIER, Felipe. **Burguesia e Pandemia: notas de conjuntura sobre neofascismo e ultraneoliberalismo no brasil de Bolsonaro**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; FREIRE, Silene de Moraes. **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando, 2020. p. 216.

EBSERH. **Relatório Integrado**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/transparencia/relatorio-integrado>. Acesso em: 10 jun. 2023.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privado e do Estado**. 4.ed. São Paulo: Boitempo, 2012.

FERNANDES, Florestan. **A Constituição: a perspectiva dos trabalhadores**, in:

Florestan Fernandes na Constituinte: leituras para a reforma política. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Expressão Popular, [1987]2014. p. [1988] 2014. P.255-259.

FNCPS. **Relatório Analítico das Irregularidades e dos Prejuízos á Sociedade, aso Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH,2014.**

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social.** Belo Horizonte: Capacitação em Serviço Social e Política Social, 2007, p. 1-16.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo história e implicações.** São Paulo: Loyola, 2008. 223 p.

HAYEK, Friedrich August von. **O caminho da servidão / Friedrich August von Hayek;** tradução e revisão Anna Maria Capovilla, José Ítalo Stelle e Liane de Moraes Ribeiro. — 5. ed. — Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990. 221 p.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. Serviço Social e Competências Profissionais,** Rio de Janeiro, p. 1-40, dez. 2007.

_____. CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** 33.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KRUGER, Tânia Regina. **Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. Serviço Social & Saúde,** Campinas, v., n. 10, p. 123-145, dez. 2010.

LANZA, Líria Maria Bettiol *et al.* **EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO(A) ASSISTENTE SOCIAL: problematizações dos impactos da pandemia covid-19. Temporalis,** [S.L.], v. 21, n. 41, p. 119-135, 1 jul. 2021. Revista Temporalis.

[http://dx.doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41p119-135.](http://dx.doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41p119-135)

LIMA, Júlio César França. **Dicionário de Empresas, Grupos Econômicos e**

financeirização na Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2019. 394 p.

LINS, Vinícius Ferreira. **A economia política da financeirização: possíveis implicações no mundo do trabalho.** *Economia e Desenvolvimento*, Santa Maria, v. 1, n. 31, p. 01-13, abr. 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/eed/article/view/36085/pdf>. Acesso em: 08 set. 2023.

MARX, Karl. **O Capital.** 5 volumes. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATOS, Maurílio Castr de. **(Des)informação nos serviços de saúde em tempos de pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais.** *Revista em Pauta*, [S.L.], v. 19, n. 48, p. 124-138, 16 jun. 2021. Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

<http://dx.doi.org/10.12957/rep.2021.60300>.

MARQUES, Rosa Maria.; MENDES, Aquila. **Desvendando o social no governo Lula: a construção de uma nova base de apoio.** In: PAULA, J. A.(Org.) Adeus ao desenvolvimento. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. **Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira.** *Ser Social*, [S.L.], v. 22, n. 46, p. 9-32, 27 jan. 2020. Biblioteca Central da UNB. http://dx.doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260. Disponível em:

https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 04 nov. 2022.

MIRANDA, A. P. R. S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde- concepções e práticas:** estudo de caso em um hospital universitário- João pessoa-pb. 2011. 357 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. **Crise e Pandemia: transformações no trabalho e desafios profissionais.** Transformações no Trabalho e Desafios Profissionais. 2021.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cgfcPrfxwzc>. Acesso em: 13 abr. 2022.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 361 p.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. –1. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PINTO, Élide Graziane; AMARAL, Daniel João do. Controle de Custos e resultados nos Contratos de Gestão da Saúde: alguns apontamentos sobre suas prestações de contas. In: SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Lígia (org.). **Organizações Sociais: agenda política e os seus custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 18-65.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola C. **O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no serviço social em tempos de devastação e pandemia**. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 140, p. 134-152, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.242>.

SANTOS, Julia Amorim, 1984. **A ampliação do processo de privatização da saúde no Brasil**. – 1ª ed. – São Paulo: HUCITEC, 2018, 249 p.

SILVA, Alessandra Ximenes da; SANTOS, Girlan Guedes dos. **Intelectuais coletivos e o processo de contrarreforma na política de saúde brasileira**. **Ser Social**, [S.L.], v. 22, n. 46, p. 33-53, 27 jan. 2020. Biblioteca Central da UNB. http://dx.doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25495.

SILVA, Maria Geremias da; BEZERRA, Maria Clara Ezequiel. O Processo de implantação dos modelos de privatizantes de gestão: a empresa brasileira de serviço

hospitalares. In: SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. **CONTRARREFORMA, INTELLECTUAIS E SERVIÇO SOCIAL: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: Eduepb, 2017. p. 23-443

SILVA, Welison Matheus Fontes da. Serviço Social e Covid-19: reflexões críticas social. **Serviço Social em Perspectiva**, Montes Claro, v. 5, n. 1, p. 88-103, 30 nov. 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma no SUS e o Serviço Social.

Recife: Ufpe, 2020. 362 p.

_____. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao serviço social**. 2010. 209 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Cap. 1

_____. **A Contrarreforma na Política da Saúde e o Serviço Social: Impactos, desafios e Estratégias em Tempos de Neoliberalismo Ortodoxo**. In: **7º Encontro Internacional de Política Social 14º Encontro Nacional de Política Social**, Vitória, ES, 3 a 6 de junho de 2019.

_____. **Contrarreforma da política de saúde e Serviço Social**. In: SILVA, A. X et al.(orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

_____. *et al.* **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 140, p. 118-133, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.241>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 12 fev. 2022.

_____. CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos.

Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-

19. Serviço Social & Sociedade, [S.L.], n. 140, p. 118-133, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.241>.

SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. Organizações Sociais e Privatização da Saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o terceiro setor. In: SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Lúgia (org.). **Organizações Sociais: agenda política e os seus custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 17-36.

SODRÉ, Frances *et al.* **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?**. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 114, p. 365-380, jun. 2013.

_____. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul. 2010.

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5. p. 242-272

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSEH NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande

Pesquisador: Maria Helena Lima Costa

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 61085922.0.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.804.429

Apresentação do Projeto:

O Presente projeto de pesquisa tem como proposta de estudo analisar as implicações da Contrarreforma na Política de Saúde no trabalho dos/as Assistentes Sociais, sob a gestão da EBSEH, nos hospitais universitários vinculados a Universidade Federal de Campina Grande durante a pandemia da Covid-19. Para apreender as mudanças ocorridas e as contradições no trabalho dos/as assistentes sociais nos hospitais universitários, sob gestão da EBSEH, será realizado entrevistas de natureza qualitativa, semiestruturadas, que serão aplicados de maneira remota e/ou presencial com os/as assistentes sociais com vínculo profissional no Hospital Alcides Carneiro (HUAC) e no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB). A pesquisa será realizada através de revisão bibliográfica das principais categorias de estudo, são elas: neoliberalismo, Estado, Contrarreforma, Política de Saúde e Trabalho. Para isso, utilizaremos estudos realizados que vem discutindo essas categorias e que já foram publicados em revistas, livros, dissertações e teses, além da entrevista com roteiro semiestruturado, através de formulários.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.804.429

Objetivo da Pesquisa:

LÊ-SE:

Objetivo Geral

Analisar as implicações da Contrarreforma na Política de Saúde no trabalho dos/as Assistentes Sociais, sob a gestão da EBSEH, nos hospitais universitários vinculados a Universidade Federal de Campina Grande durante a pandemia da Covid-19.

Objetivos Específicos

- Apreender as contradições que incidem no trabalho dos/as Assistentes Sociais nos Hospitais Universitários, sob a gestão da EBSEH, durante a pandemia da Covid-19.
- Identificar as principais orientações para a reestruturação dos hospitais públicos federais, através da EBSEH, no que se refere a coordenação, a avaliação da execução das atividades e elaboração de instrumentos de melhoria da gestão;
- Desvelar no processo de contrarreforma da Política de Saúde, os limites e possibilidades do trabalho dos/as Assistentes Sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

LÊ-SE:

Riscos

O presente projeto de pesquisa oferece riscos mínimos aos entrevistados. De modo que, pode gerar desconforto ao responder o roteiro de entrevista, devido a temática referir-se ao ambiente de trabalho do entrevistado. Entretanto, ressaltamos que a pesquisa não tem o objetivo de causar transtornos para o participante, pois, não será divulgado as respostas vinculadas aos nomes dos entrevistados, de modo que, utilizaremos as respostas para elaboração de dados.

Benefícios

A pesquisa tem como benefícios trazer reflexões para os/as Assistentes Sociais inseridos na política de saúde, além de trazer elementos para o debate junto a Frente Paraibana Contra a Privatização da Saúde, além de reflexões junto ao Conselho Regional de Serviço Social (CRESS). Metodologia de Análise de Dados: A pesquisa será realizada através de revisão bibliográfica das

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP**



Continuação do Parecer: 5.804.429

principais categorias de estudo, são elas: neoliberalismo, Estado, Contrarreform.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem fundamentada, com objetivos coerentes, metodologia explicativa e viável. O projeto também apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão em conformidade com a Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá apresentar o relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1983593.pdf	25/11/2022 08:50:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.docx	25/11/2022 08:46:41	Maria Helena Lima Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciahuac.pdf	16/09/2022 13:00:50	Maria Helena Lima Costa	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	cartadeanuenciahujb.pdf	16/09/2022 12:59:43	Maria Helena Lima Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISACEP.docx	03/09/2022 11:52:13	Maria Helena Lima Costa	Aceito
Outros	TERMODEVOZ.docx	03/09/2022 11:51:20	Maria Helena Lima Costa	Aceito
Outros	TERMODEIMAGEM.docx	03/09/2022 11:51:04	Maria Helena Lima Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declarcao.pdf	29/07/2022 17:28:52	Maria Helena Lima Costa	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.804.429

Declaração de Pesquisadores	termodecompromissopesquisador.pdf	20/07/2022 15:25:41	Maria Helena Lima Costa	Aceito
Declaração de concordância	Declaracaodeconcordanciacomoprojeto.pdf	20/07/2022 15:25:27	Maria Helena Lima Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto2.pdf	14/07/2022 11:29:21	Maria Helena Lima Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 09 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

Página 04 de 04

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada:

AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSEH NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande, sob a responsabilidade do pesquisador discente Maria Helena Lima Costa e da orientadora docente Alessandra Ximenes da Silva, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

O Presente projeto de pesquisa tem como proposta de estudo analisar as implicações da Contrarreforma na Política de Saúde no trabalho dos/as Assistentes Sociais, sob a gestão da EBSEH, nos hospitais universitários vinculados a Universidade Federal de Campina Grande durante a pandemia da Covid-19, tendo como relevância do projeto a contribuição para a apreensão crítica sobre a Política de Saúde sob a ótica do gerencialismo do Público-Privado com a gestão da EBSEH, no gerenciamento dos Hospitais Universitários, Alcides Carneiro (HUAC) e Julio Bandeira (HUJB) que são gerenciados, através da lógica do direito privado, além disso contribui para o adensamento das lutas outroras iniciadas na implantação de tal gestão, além do mais, vale ressaltar as implicações dessa gestão no trabalho do Assistente Social dentro desses espaços sócios-institucionais.

Diante disso, temos como objetivo além de analisar as implicações da gestão da EBSEH no trabalho do/a assistente social, apreender as contradições que incidem no trabalho dos/as Assistentes Sociais nos Hospitais Universitários, sob a gestão da EBSEH, durante a pandemia da Covid-19. Identificar as principais orientações para a reestruturação dos hospitais públicos federais, através da EBSEH, no que se refere a coordenação, a avaliação da execução das atividades e elaboração de instrumentos de melhoria da gestão; Desvelar no

processo de contrarreforma da Política de Saúde, os limites e possibilidades do trabalho dos/as Assistentes Sociais.

Para isso, utilizaremos formulários semiestruturado que serão aplicados de maneira remota e/ou presencial, a partir tanto das condições sanitárias quanto do acesso aos profissionais.

Ressaltamos ainda que a pesquisa não possui riscos para os entrevistados, trazendo apenas benefícios, pois traz reflexões para os/as Assistentes Sociais inseridos na política de saúde, além de trazer elementos para o debate junto a Frente Paraibana em Defesa do SUS e contra a Privatização da Saúde, além de reflexões junto ao Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários desta pesquisa e não haverá qualquer procedimento que incorra em danos físicos ou financeiros, assim não haverá a necessidade de indenização por parte da equipe da pesquisa, ou instituição responsável.

Será garantido a confidencialidade dos resultados obtidos nesta pesquisa, assegurando a privacidade dos participantes. Entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados a divulgação junto ao Fórum Paraibano em defesa do SUS e contra a privatização da saúde, para fins de esclarecimento sobre o processo e implicações da privatização para os trabalhadores da Saúde. Assim como, junto ao Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba (CRESS 13ª região).

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Maria Helena Lima Costa através dos telefones (83) 98838-7408 ou através dos e-mails: mh.lc@hotmail.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa AS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO DA EBSERH NO TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS: uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Tempo de vínculo na instituição

- () 6 meses e 2 anos
() Entre 2 anos e 6 anos
() Mais de 6 anos

Vínculo Institucional

- () EBSEH
() Ministério da Educação
() UFCG
() Outro

Considera a EBSEH uma empresa Pública com a lógica privada?

- () Sim
() Não

Por quê? _____

Quais mudanças institucionais você destaca com a gestão da EBSEH? (Ex: Infraestrutura, Organograma, Salário, Equipe.)

Como ocorreu essas mudanças institucionais? Houve Resistência por parte do Serviço Social?

Como Funciona a transparência da gestão da EBSEH para os funcionários em particular os/as Assistentes Sociais? Há transparência no gerenciamento dos recursos?

Como ocorreu esse processo de mudanças institucionais? E como o Serviço Social enfrentou esse processo? Houve alguma resistência?

Quais as principais atribuições profissionais dos/as Assistentes Sociais a partir da implantação da EBSEH?

Qual o lugar do Serviço Social na nova estrutura organizacional da EBSEH?

E quais as implicações?

Qual as principais diferenças entre a gestão da EBSEH e a da UFCG para o Serviço Social?

Quais foram as principais mudanças para o Serviço Social com a implantação da EBSEH?

A partir da gestão da EBSEH, quais foram as principais melhorias para o trabalho dos/as assistente social?

Com a implementação da EBSEH, quais as principais dificuldades para o trabalho dos/as Assistentes Sociais?

Como as Metas previstas pela gestão da EBSEH rebatem no cotidiano do Serviço Social?

Durante a implantação da EBSEH houve resistência por parte dos funcionários. Por que esse movimento regrediu após a instalação da mesma?

Considera a quantidade de Assistentes Sociais suficiente para as demandas da instituição? Houve seleção recentemente para a contratação de profissionais?

Sobre a Pandemia da Covid-19: Você trabalhou na linha de Frente?

Como ocorreu o enfrentamento da Covid-19 na sua instituição? É um hospital de referência? Houve a internação de pacientes? A estrutura utilizada foi toda a instituição ou parte dela?

Quais as principais competências e as atribuições dos/as Assistentes Sociais no enfrentamento da Pandemia?

Houve fornecimento de EPIs suficiente para o desenvolvimento do trabalho do/as Assistentes Sociais? Houve algum processo de luta para garantir esses equipamentos?

Como destaca a atuação do Serviço Social no enfrentamento da Pandemia da Covid-19, no seu espaço institucional?

Quais os principais limites no processo de enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no espaço institucional?

Quais as principais respostas profissionais no atendimento das demandas dos usuários durante a Pandemia?

Quais foram as principais demandas institucionais para o Serviço Social durante a Pandemia da Covid-19?

Como avalia o trabalho dos/as Assistentes Sociais no enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no seu espaço institucional?
