



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA GEREMIAS DA SILVA

**O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: AS
PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS E A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**

**CAMPINA GRANDE – PB
2018**

MARIA GEREMIAS DA SILVA

**O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: AS
PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS E A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento ao título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra Ximenes da Silva.

**CAMPINA GRANDE – PB
2018**

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.

S586p Silva, Maria Geremias da.
O Processo de contrarreforma na política de saúde [manuscrito] : as parcerias público-privadas e a empresa brasileira de serviços hospitalares / Maria Geremias da Silva. - 2018.
30 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."
1. Política de saúde. 2. Parceria público-privada. 3. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. I. Título
21. ed. CDD 362

MARIA GEREMIAS DA SILVA

**O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: AS
PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS E A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento ao título de Bacharela em
Serviço Social.

Aprovado em: 16/08/2019.

Nota: 10,0.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Alessandra Ximenes da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Me. Thaisa Simplicio Carneiro Matias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza

A minha família, pela dedicação, incentivo e amor, e a Deus, pela força, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À professora Me. Patrícia Crispim Moreira, coordenadora do curso de Graduação, por seu empenho.

À professora Dr^a Alessandra Ximenes da Silva pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

Aos meus pais Sebastião Inácio da Silva e Josefa Geremias da Silva, aos meus irmãos, Julião, Gilvanete, Silvana, Givanildo, Gilvania, Marilene, Sebastião e Dinovan, e demais familiares, pela compreensão, incentivo, amor e carinho.

A Silas Porto Oliveira, pelo incentivo, apoio e pela colaboração durante os últimos anos da graduação.

A Jaidete de Oliveira Correia e a Jardelle Ridelly, pelo incentivo, apoio e pela colaboração durante a graduação.

A Meg Magali de Oliveira Tavares (*in memoriam*), embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me força.

Aos professores do Curso de Graduação da UEPB, em especial, Prof^a. Dr^a Alessandra Ximenes da Silva, Prof^a. Me. Thaísa Simplício Carneiro Matias, Prof^a. Me. Thereza Karla Souza Melo e Prof^a. Me. Sandra Amélia Sampaio, que contribuíram ao longo de trinta meses, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos funcionários da UEPB, Lurdes Mangueira e Givaldo Falcão, pela melhor prestação no atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe, pelos momentos de amizade e apoio.

À banca examinadora, pela presença e contribuição.

Em tempo de ataques ao caráter público, universal e gratuito do SUS, soam, de canto a canto do país, gritos que reafirmam que só com muita luta poderá se preservar esse Patrimônio Social, Cultural, Imaterial da Humanidade: “O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido, não se compra nem se vende”. Pois foi com muita luta que ele foi conquistado. CORREIA (2015, p. 86).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	O PROCESSO DE CONTRARREFORMA E A PRIVATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	09
2.1	Aspectos das Parcerias Público-Privadas.....	12
2.1.1	Algumas Implicações dos contratos das Parcerias Público-Privadas no Brasil.....	16
2.2	O processo de implantação da EBSEPH no Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande - PB.....	18
2.2.1	As implicações do processo de implementação da EBSEPH no Hospital Universitário Alcides Carneiro.....	19
2.2.2	Análise estatística dos dados brutos coletados nas entrevistas com as Assistentes Sociais do HUAC.....	21
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	28

O PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS E A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Maria Geremias da Silva¹

RESUMO

O artigo ora apresentado tem por objetivo analisar o processo de contrarreforma do Estado Brasileiro na política de saúde, através da criação dos modelos privatizantes de gestão, com ênfase nas Parcerias Público-Privadas. Esse processo tem sido vivenciado no Brasil na contemporaneidade em decorrência do ideário neoliberal e de suas vertentes. Uma das tendências é a privatização, cujo propósito é atender aos interesses de acumulação do capital, com o potencial de deteriorar o público em favor do privado. A série de contrarreformas do Estado Brasileiro empreendidas por sucessivos governos a partir dos anos de 1990 trouxe como consequências para a política de saúde pública a adoção de modelos privatizantes de gestão, colocando em xeque as prerrogativas constitucionais do Sistema Único de Saúde. O presente trabalho traz uma análise sobre a realidade da adoção de um modelo privatizante de gestão na área de saúde, representado pela adesão do Hospital Universitário Alcides Carneiro, do município de Campina Grande - Paraíba, à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, discutindo quais foram as principais implicações de sua implementação a partir do ponto de vista do Setor de Serviço Social. A partir da teoria social crítica, a metodologia utilizada nessa pesquisa foi de cunho qualitativo, fundamentada na revisão bibliográfica acerca da temática em estudo, na análise documental, e em entrevistas semiestruturadas com as Assistentes Sociais do Hospital Universitário Alcides Carneiro. A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2016 a agosto de 2017. A partir das análises dos dados, identificamos a restrição das formas do acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde aos serviços disponibilizados pela unidade hospitalar em análise, a perda do caráter democrático da gestão e prejuízos em vários aspectos de qualidade para os usuários. O estudo faz parte de um recorte do Programa de Iniciação Científica, vinculado a Pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde no município de Campina Grande/PB”, desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

Palavras-chave: Contrarreforma. Parcerias Público-Privadas. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

¹ Graduanda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. Bolsista PIBIC Cotas (2016/2017) e (2017/2018), vinculada ao projeto de pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande / PB”. Membro do Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPESS/UEPB).
Email: lia.geremias@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, pode-se destacar o processo de redemocratização do país na década de 1980, que culmina com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a conquista dos direitos sociais. A referida carta magna enfatiza a prestação dos serviços sociais pelo Estado, dentre os quais se encontra a saúde, com acesso a toda população brasileira. Destaca-se também a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), do controle social, integridade, equidade e da descentralização em cada esfera de governo.

No entanto, há praticamente duas décadas, vivenciamos um processo de contrarreformas econômicas neoliberais objetivando atender aos interesses de acumulação do capital na contemporaneidade, que provocaram impactos negativos em vários setores mundiais e nacionais. Com a introdução do ideário neoliberal no Brasil na década de 1990, a Constituição Federal de 1988 é fortemente atacada, colocando em risco os avanços na área dos direitos sociais. Desse modo, uma série de contrarreformas é implementada pelo Estado brasileiro.

Num contexto de crise financeira, em 1990, surgem no Brasil as Parcerias Público-Privadas com o objetivo de, através de contratos firmados com o Estado, gerir infraestrutura e serviços públicos.

Em 2010, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), voltada para a lógica de privatização e precarização dos serviços públicos com vistas ao atendimento dos interesses de acumulação do capital.

Nesse cenário, o presente artigo objetiva analisar o processo de contrarreforma do Estado Brasileiro na política de saúde, através da criação dos modelos privatizantes de gestão, com ênfase nas Parcerias Público-Privadas. A referida análise é de cunho qualitativo, fundamentada em análise bibliográfica e documental acerca da temática em discussão e é fruto da inserção no Programa de Iniciação Científica (PIBIC), vinculado ao Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (NUPEPSS – UEPB).

A análise das principais implicações com a implementação da EBSERH no município de Campina Grande – PB foi possível através da revisão bibliográfica sobre a temática, da análise documental e da contribuição dos relatórios finais do PIBIC, referentes às cotas 2015/2016 e 2016/2017, vinculadas à pesquisa “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde no município de Campina Grande – PB”, financiada através da chamada universal – MCTI/CNPq N° 14/2014.

Em sua terceira etapa, a pesquisa suscitou a realização de entrevistas semiestruturadas com o corpo de Assistentes Sociais, sendo realizadas 07 (sete) entrevistas de um total de 09 (nove) profissionais, sendo que uma delas encontrava-se em período de gozo de férias e a outra se recusou a participar da pesquisa por razões pessoais. A fim de dar maiores subsídios à análise, também foi realizada uma entrevista com a ex-diretora administrativa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

A temática abordada no presente artigo torna-se relevante e nos conduz a reflexão de estudos sobre o processo de privatização e contrarreforma na política de saúde, possui uma provocação constante quanto aos estudos acadêmicos no Serviço Social quanto aos diversos objetos de estudos potenciais para futuros estudos, bem como para outras categorias profissionais da área da saúde e áreas afins.

O referido artigo está estruturado na seguinte ordem: no primeiro item, tecemos algumas considerações acerca do processo de contrarreforma e a privatização da política de saúde no Brasil, com ênfase nas Parcerias Público-Privadas, e as implicações dos contratos no Brasil; no segundo item, discutimos o processo de implantação da EBSEH no HUAC e suas implicações através da análise estatística dos dados brutos colhidos nas entrevistas com as Assistentes Sociais do HUAC; e, por fim, apresentamos as nossas considerações finais.

2. O PROCESSO DE CONTRARREFORMA E A PRIVATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Na década de 1980, vivencia-se no país o processo de redemocratização política o qual trouxe avanços para a população brasileira. A Carta Magna, promulgada em 1988, apresenta no âmbito social uma série de conquistas materializadas em direitos, representando uma nova fase de democratização das ações e funções do Estado. Com destaque também para a Seguridade Social que segundo Boschetti e Salvador (2009) foi uma das principais conquistas sociais, representando “uma forma inovadora de organizar as iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade no acesso aos direitos da previdência sócia, saúde e assistência social” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009, p. 49). É nesse contexto que a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ganha maior fôlego, defendendo a expansão e fortalecimento do setor estatal em todas as esferas, municipal, estadual e federal, ou seja, uma progressiva estatização da saúde.

A saúde como "um direito de todos e dever do Estado" é apresentada na Constituição Federal de 1988 e, neste sentido, o Estado materializa as conquistas constitucionais,

instituindo o SUS, além disso, apresenta também uma série de ações no âmbito da saúde e reúne um conjunto de políticas públicas direcionadas à população brasileira. Todavia, na década de 1990, o Brasil vivencia a reestruturação do papel do Estado promovido pelo ideário neoliberal, afetando fortemente todas as políticas públicas, inclusive a política de saúde, tudo isso com o propósito de atender aos ditames do grande capital.

É difundida a lógica de que a crise instaurada decorria da ineficiência burocrática e administrativa do Estado e se propõe então um reordenamento do papel deste. Todavia, a necessidade de “reforma” do Estado brasileiro foi disseminada mediante argumento errôneo de que a crise econômica e social que se desenhava era culpa do aparelho estatal. Sendo assim:

Ao Estado cabe um papel coordenador suplementar. Se a crise se localizava na insolvência do Estado, no excesso de regulação e na rigidez e ineficiência do serviço público, há que reformar o Estado, tendo em vista recuperar a governabilidade (legitimidade) e a *governance* (capacidade financeira e administrativa de governar) (BEHRING, 2008, p.173).

Behring (2008) apresenta os seguintes caminhos por onde a “reforma” do Estado deverá seguir:

[...] ajuste fiscal duradouro; reformas econômicas orientadas para o mercado - abertura comercial e privatizações -, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica que fortalecerá a competitividade da indústria nacional; reforma da Previdência Social; inovação dos instrumentos de política social; reforma do aparelho do Estado, aumentando sua eficiência (BEHRING, 2008, p.178).

Desse modo, uma série de contrarreformas é implementada pelo Estado brasileiro, objetivando atender aos interesses de acumulação do capital na contemporaneidade. Esse processo é iniciado de forma intensa e estruturado no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), dirigido pelo então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, líder da equipe formuladora do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE) e dos Cadernos do MARE. Esses documentos defendem a atuação do Estado mínimo, regulador e provedor, e promovem o gerenciamento através da privatização, terceirização e publicização. Segundo Behring, o PDRE:

[...] prevê uma estratégia de transição da “reforma” do Estado e do aparelho do Estado em três direções: a mudança da legislação, inclusive as reformas constitucionais; a introdução de uma cultura gerencial e por fim, a adoção de práticas gerenciais (BEHRING, 2008, p.183).

O processo de privatização caracteriza-se pela diminuição na execução estatal dos serviços e repasse da gestão dos serviços para o setor privado e, dentre todas as políticas sociais, a saúde tem sido priorizada. Esse processo, segundo Behring (2008), possui algumas

justificativas expressas inclusive no PDRE-MARE: “atrair capitais, reduzindo a dívida externa; redução da dívida interna; preços mais baixos para os consumidores; qualidade dos serviços; e eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado” (BEHRING, 2008, p.200). Desse modo, Granemann afirma que:

[...] a contra-reforma estatal transforma quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir de modo rebaixado o que são as atividades exclusivas do Estado - ação que permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações - tem no Projeto Fundação Estatal um estágio aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital (GRANEMANN, 2008, p. 37).

Granemann (2008, p. 37) reitera que a iniciativa privada aplicada ao setor público tenta ocultar a essência dos processos de legitimação do capital através dos contratos de gestão estabelecidos entre o Estado e a iniciativa privada, tendo como forma para legitimação desse processo o uso das fundações estatais que visam à privatização dos serviços sociais, das políticas sociais e dos direitos dos trabalhadores.

As fundações estatais são formas atualizadas das parcerias público privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida (GRANEMANN, 2008, p. 37-38).

Segundo Cruz e Marques (2012), as PPP são modelos de gestão contratados pela esfera pública para provisionar através de contratos pré-estabelecidos infraestruturas e serviços, podendo as PPP incluir todo o ciclo de vida da infraestrutura ou apenas incluir, ou não, o financiamento.

A proposta de inserção dos novos modelos de gestão no setor público propõe a redução do Estado para o trabalho sob o argumento da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que se denomina *privatização* (GRANEMANN, 2008, p. 38).

Apesar dos governos petistas terem em sua origem um projeto com interesses não hegemônicos das classes dominantes do país, os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Vania Rousseff dão continuidade à tendência de desmonte das áreas sociais, com destaque na política de saúde. Correia e Santos, elucidam que esse processo de privatização

[...] têm-se dado de várias formas, em especial através dos denominados ‘novos modelos de gestão’: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e, mais recentemente, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, na medida em que

o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo fazer tudo o que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 36).

Outro exemplo de modelo privatizante de gestão em análise nesse trabalho é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), um modelo privatizante de gestão direcionado aos Hospitais Universitários Federais, que constituem o maior sistema hospitalar público brasileiro vinculado ao projeto de reestruturação. A primeira tentativa de criação da EBSERH ocorreu no apagar das luzes do 2º Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2007 a 2010), por meio da Medida Provisória Nº 520, de 31 de dezembro de 2010. Posteriormente, o Poder Executivo elaborou o Projeto de Lei Nº 1749/2011 e encaminhou-o ao Congresso em 05 de julho de 2011 como segunda tentativa de criação da EBSERH. O PL Nº 1749/2011, de autoria do Poder Executivo, eventualmente, transformou-se na Lei Nº 12.550, sancionada pela Presidenta Dilma Vania Rousseff, em 15 de dezembro de 2011. Vale salientar que a proposta de criação foi apresentada pelo Governo Federal como “solução” para a crise em que se encontravam os HUs.

Como materialização da lógica privada de gestão, funcional aos interesses do capital em curso, essa empresa pública com personalidade jurídica de direito privado traz implicações perversas, uma vez que tem o objetivo de privatizar a gestão dos serviços de saúde e educação dos hospitais universitários do país.

2.1 Aspectos das Parcerias Público-Privadas

A década de 1980 foi marcada, segundo Brito e Silveira (2005), por profundas modificações na ação econômica estatal pelos governos dos países membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e pelo processo de ampliação da tendência de desregulamentação setorial voltada para o âmbito financeiro. Enfatizando também o processo de reorganização patrimonial do setor público, oriundo do processo de desestatização que interferiu de maneira decisiva na forma de provimento de bens e serviços públicos (BRITO e SILVEIRA, 2005, p. 1).

Desse modo, Brito e Silveira (2005) enfatizam que, em boa parte do mundo surge um modo de gestão – transferência por meio de venda ou concessão, de empresas estatais à iniciativa privada.

Em 1992, no Reino Unido,

[...] sob a administração do conservador John Major, foi lançado o embrião do programa de parcerias inglês, a Private Finance Initiative (PFI). [...] o objetivo principal era viabilizar projetos por meio do financiamento privado [...]. Mas foi somente em 1997, já no governo do trabalhista Tony Blair, que o programa foi aprofundado. Ampliado e rebatizado de Public-Private Partnerships (PPP), o programa tinha por objetivo mudar a forma de contratação de obras e serviços públicos, saindo da maneira tradicional de aquisição de ativos para uma lógica de compra de serviços. [...] Além do Reino Unido, diversos países vêm desenvolvendo programas de parcerias. Com diferentes graus de intensidade [...], projetos de PPP estão em andamento em Portugal, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Irlanda, Holanda, Canadá, Austrália, África do Sul, entre outros. Na América Latina, Chile e México foram os pioneiros no uso da PPP para a provisão de infraestruturas e serviços públicos (BRITO; SILVEIRA, 2005, p. 8).

Segundo Cruz e Marques (2012, p. 31), as PPP podem ser entendidas como um modelo de contratação pública utilizado na provisão de infraestruturas e serviços, onde os setores envolvidos (público e privado) estabelecem uma relação (contratual ou institucional), com responsabilidades preestabelecidas para projetar, financiar, construir e gerir uma determinada infraestrutura e / ou disponibilizar um serviço.

Vale salientar que, no ato da contratação da prestação de serviço, de um lado, temos por “Concedente, a entidade pública (empresa pública, direção geral, câmara municipal, governo, etc.) que detém o direito de prestação do serviço (ou construção da infraestrutura) e que concede esse direito a um parceiro privado, designando-se este por Concessionário” (CRUZ; MARQUES, 2012, p. 32).

Segundo Allen, há três tipos de PPP:

[...] free-standing (diz respeito aos projetos onde o setor privado desenvolve a infraestrutura e recupera os custos através das taxas cobradas aos utilizadores; joint ventures (o setor público contribui diretamente com o financiamento, mas a gestão é entregue ao parceiro privado); e services sold (diz respeito aos serviços prestados pelo setor privado pelos quais o Estado paga uma renda). [...] já o Banco Mundial apresenta 4 tipos de PPP: contratos de gestão, concessões, projetos greenfield (são projetos desenvolvidos integralmente a partir de uma base zero [...]), e divestitures (processos de privatização em que o Estado aliena ativos ao setor privado e, nessa perspectiva desinveste) (ALLEN, 2001 apud CRUZ e MARQUES, 2012, p. 33).

Também podemos citar dentre as principais desvantagens mencionadas por Cruz e Marques (2012, p. 69) as que implicam preocupações como o custo de capital superior e a dificuldade em prever a longo prazo a execução do estabelecido em contrato, pois o financiamento privado dos serviços ou infraestruturas é mais caro que o financiamento totalmente público. É um risco assumido pelo Estado que, ao término do contrato, terá que devolver ao contratado o valor do investimento do que foi executado, mesmo que o valor tenha sofrido alterações diferentes do estabelecido, ou seja, uma forma não clara de investimento do dinheiro público em contratos com margem para aumento dos gastos. Além

disso, não tem-se previsões de execução concretas para realização do que foi contratado, sendo inevitáveis as renegociações entre a contratante e contratada.

No Brasil, segundo Aragão (2005), as PPP surgiram como consequência da crise financeira instaurada na década de 1980, quando o Estado Brasileiro perdeu sua capacidade financeira de gerir uma série de obras de infraestrutura e de serviços públicos. Alegando a própria incapacidade de prover sozinho tais obras e serviços, o Estado firmou contratos com a iniciativa privada para fazê-lo. Todavia, mesmo após as desestatizações ocorridas na década de 1990, segundo Aragão (2005), o Estado ainda mantinha-se em crise fiscal, em função do crescimento das dívidas interna e externa, agravado pela alta das taxas de juros. Sem recursos para investir em infraestrutura e outros serviços básicos, o Estado busca saídas para crescer e sair da crise financeira, a exemplo das PPP, daí a estratégia das PPP como instrumento também para responder à crise, do ponto de vista do capital.

A Lei Nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, decretada pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública no Brasil.

Art. 1º Esta Lei institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Art. 2º Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. [...] Art. 5º As cláusulas dos contratos de parceria público-privada atenderão ao disposto no art. 23 da Lei no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, no que couber, devendo também prever: I – o prazo de vigência do contrato, compatível com a amortização dos investimentos realizados, não inferior a 05 (cinco), nem superior a 35 (trinta e cinco) anos, incluindo eventual prorrogação; [...] Art. 10º A contratação de parceria público-privada será precedida de licitação na modalidade de concorrência, estando a abertura do processo licitatório [...] (BRASIL, 2004, p. 01- 05).

De acordo com Santos (2017), a referida lei foi alterada pela Lei 11.409/11 e pela Medida Provisória Nº 575/12, posteriormente convertida na Lei Nº 12.766/12, caracterizando-se em uma nova modalidade de concessão de serviço público ou obra pública.

[...] Ao contrário do que ocorre na concessão patrocinada, que tem por objeto a execução do serviço público, a concessão administrativa tem por objeto a prestação de serviço, no qual o concessionário, da mesma forma que na empreitada (contudo sujeitando-se as normas da Lei 11.079/04), vai assumir apenas a execução material de uma atividade ou a gestão de serviço prestado à Administração Pública, esta que detém a titularidade. [...] Tanto na concessão patrocinada, quanto na concessão administrativa, há uma delimitação do prazo contratual, o qual não pode ser inferior a cinco nem superior a trinta e cinco anos, admitindo a lei eventual prorrogação. Além do limite temporal, existe uma exigência mínima do valor do contrato da parceria público-privada, a saber, que é vedada à celebração cujo valor do contrato seja inferior a R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais) (SANTOS, 2017, p. 22-23).

O modelo brasileiro segundo Brito e Silveira (2005, p. 9) objetiva a provisão de infraestruturas e serviços públicos em que o parceiro privado pode ser responsável pela elaboração do projeto, financiamento, construção e operação de ativos que, posteriormente, são transferidos ao estado. Desse modo, o setor público consolida a parceria assumindo a função de comprador, do todo ou parte, do serviço disponibilizado, com a função de fiscalizar o desempenho dos serviços prestados pelo parceiro privado. É importante mencionar que, ao término do contrato de prestação de serviço, a infraestrutura implementada é transferida ao setor público.

As PPP possuem uma vasta área de atuação setorial no Brasil, podendo ser utilizada no setor de transportes, educação, saúde, habitação e em projetos de tecnologia da informação. No setor de saúde, podemos encontrar vários arranjos diferentes, conforme esclarece Almeida:

Na área de saúde, a definição mais utilizada de PPP global foi elaborada por Buse & Walt (2000) que, de forma genérica, as definem como arranjos particulares que não raro incluem uma terceira parte, tais como organizações não-governamentais (ONGs), grupos da sociedade civil, agências doadoras, além de “órgãos intermediários” para a gestão dos fundos ou a coordenação da articulação estabelecida. Outros afirmam que as PPP na saúde constituem um “novo paradigma global e têm um arcabouço teórico subjacente” (2004, p. 8) cujo elemento-chave seria o “processo partilhado [especificamente com o setor privado lucrativo] de tomada de decisão”, e, “nas parcerias mais estratégicas, os parceiros trabalham juntos em todos os níveis e estágios da iniciativa, do desenho à governança, implementação e avaliação” (2002, p. 47). Em sua revisão sistemática de várias definições, Torchia et al. (2015, p. 2) constatam que “as características mais significativas de uma PPP [na saúde] incluem: cooperação; relações duráveis; desenvolvimento de produtos/serviços mútuos; compartilhamento de riscos, custos e benefícios; e valor agregado mútuo” (ALMEIDA, 2017, p. 4).

As PPP eram vistas como uma alternativa para viabilizar os investimentos no tocante à infraestrutura e serviços, sem causar impactos imediatos sobre o quadro de endividamento público. Todavia, Brito e Silveira (2005, p. 10) enfatizam ainda que o uso da PPP deve ser motivado por razões de eficiência na prestação do serviço e no uso dos recursos públicos, e não pela aparente solução do problema do financiamento. Remetendo-nos à linha de argumentação que defende a ideia da eficiência do privado e ineficiência do público na gestão dos recursos, admite-se a eficiência dos contratos das PPP e da possibilidade de as mesmas integrarem a elaboração do projeto, construção e operação de infraestrutura em um único agente, otimizando os custos do projeto com qualidade do serviço prestado e com planejamento estratégico.

Com o intuito de diminuir os riscos de não pagamento pelo Estado dos investimentos estabelecidos nos contratos das PPP, Brito e Silveira (2005) afirmam que são permitidas a

vinculação de receitas, instituição de fundos especiais, contratação de seguro-garantia com companhias seguradoras e garantias com organismos multilaterais, além daquela prestada por fundo garantidor ou empresa estatal criada para essa finalidade.

No item a seguir, tecemos algumas considerações acerca das implicações dos contratos das PPP no Brasil. De antemão, esclarecemos que as PPP trata-se de um dos modelos de gerenciamento dos serviços públicos que buscam atender aos interesses do mercado, com análise previa da rentabilidade, segurança e estratégia operacional do negócio a ser contratado.

2.1.1 Algumas Implicações dos contratos das Parcerias Público-Privadas no Brasil

As Parcerias Público-Privadas, segundo Feitosa (2012, p 54), surgiram com o propósito de manter os níveis de acumulação do capital, cabendo ao Estado entregar os serviços sociais públicos ao controle do mercado global e desempenhar apenas um papel gerencial, que consistiria no mapeamento das oportunidades de investimentos privados. Desse modo, as concessões da execução das atividades públicas foram firmadas através de contratos com as Parcerias Público-Privadas.

Segundo Neto e Soares (2004), a lei que cria a PPP no Brasil busca criar as condições para a iniciativa privada implantar e / ou operar empreendimentos geradores de serviços de interesse público, de pequena ou nenhuma visibilidade econômica. Para conseguir fechar as parcerias com a iniciativa privada, “a administração pública passa a ter a possibilidade de complementar ou integralizar receita financeira desses empreendimentos e oferecer garantias dos pagamentos futuros” (NETO; SOARES, 2004, p. 7). Desse modo, Neto e Soares (2004) enfatiza algumas preocupações em relação ao conteúdo do Projeto de Lei das Parcerias Público-Privadas,

[...] destacadamente quanto à abrangência do conceito de PPP, que possibilita o enquadramento de expressivo número de ações; ao acúmulo de responsabilidades sobre o órgão gestor, que atuará sobrecarregado; à fragilidade das garantias apresentadas com o intuito de atrair o capital privado; à possibilidade de comprometimento futuro das finanças públicas, com a criação de novos “esqueletos”; e à instabilidade dos marcos regulatórios (NETO; SOARES, 2004, p. 7).

As dificuldades de prever as ações entre o contratante e a contratada é um ponto importante a ser observado segundo os autores em destaque, pois a maioria das ações implementadas não estava prevista no contrato de execução de serviço. O que nos remete a própria lógica do mercado no setor privado, que antes de investir os recursos realiza uma

análise minuciosa de rentabilidade, segurança e estratégia operacional do negócio. “Por isso, projetos que não estavam previstos foram licitados ou autorizados porque os empresários consideraram-nos rentáveis ou estratégicos para as suas atividades e apresentaram-se à agência reguladora como interessados no investimento” (NETO; SOARES, 2004, p. 12).

Uma das formas de atuação a ser enfatizada nesse estudo será a atuação das PPP no sistema de saúde brasileiro, nesse caso, não podemos deixar de mencionar as décadas de 1980 e 1990, com destaque para retomada das reformas contemporâneas, que introduziram mecanismos de competitividade de mercado no que diz respeito à organização e gestão dos serviços públicos (ALMEIDA, 2017). Destaca ainda a crise econômica e do *Welfare State*², e a dominação neoliberal nas décadas de 1980 e 1990, em que se recomendava primeiro a desestabilização e o fim do Estado Provedor.

Em 1998, no Brasil, segundo a autora citada acima, foram estabelecidas as relações contratuais público-privadas no setor da saúde, relações essas diferentes dos contratos administrativos tradicionais (previstos na Lei Nº 8.666, de 1993, e na Lei Nº 8.987, de 1995).

[...] Os primeiros são denominados Contratos de Gestão: uma relação entre o Estado e organizações sem fins lucrativos, denominadas Organizações Sociais – OS (1998) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP (1999), com requisitos de qualificação, pactuação de metas e controle da sociedade civil (ALMEIDA, 2017, p. 9).

Almeida (2017) relata ainda que a primeira PPP criada no Brasil com atuação no âmbito hospitalar foi a que ganhou a chamada pública para gerenciar

[...] o Hospital de Subúrbio (HS) na Bahia, cuja chamada pública e PMI foi em 2009 e o início das atividades em 2010. É uma PPP integral em que a concessionária é responsável tanto pela gestão predial e administrativa (bata cinza) quanto pelo atendimento médico aos usuários (bata branca). O Hospital do Subúrbio opera sob o comando da empresa Prodal Saúde S.A., fruto de uma parceria entre a brasileira Promédica, especializada em serviços de saúde, e a francesa Dalkia, especializada em serviços de facilities e projetos de infraestrutura 36. Comprada em 2013 pelo fundo Axxon e por investidores minoritários, passou a se chamar Vivante. A empresa ganhou a licitação para operar por dez anos, renováveis por mais dez, e investiu R\$ 36 milhões na implantação do Hospital, além dos R\$54 milhões financiados pelo agente público. No final do contrato, todos os bens que integram a estrutura do local serão revertidos ao Governo do Estado da Bahia. (ALMEIDA, 2017, p. 11).

Segundo a referida autora, este projeto de PPP firmado no Hospital de Subúrbio (HS), na Bahia, enfrenta grande oposição de médicos do setor público e servidores da área de saúde daquele estado.

² [...] Estado de Bem-Estar [...] o termo *Welfare State* origina-se na Inglaterra e é comumente utilizado na literatura anglo-saxônica (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 96).

Enfatizamos, de acordo com Correia (2015), que o processo de privatização e de mercantilização da saúde determinado pelos interesses do capital deixa a desejar na sua atuação no setor público, pois percebe-se o uso da saúde como mercadoria e fonte de lucro. Esse processo está cada vez mais sendo evidenciado no tocante à “entrega de unidades e serviços públicos de saúde às entidades privadas” (CORREIA, 2015, p.71). Nesse sentido, cabe destacar ainda que os

[...] “novos modelos” – organizações sociais, fundações públicas de direito privado, empresas públicas – significam, na prática uma entrega do patrimônio do SUS para o setor privado, numa lógica de empresariamento da saúde. Por esse mecanismo o Estado firma contratos de gestão com esses entes geridos pelo direito privado, repassando para eles recursos do fundo público em troca da prestação de serviços. No caso das organizações sociais o processo é ainda mais escandaloso, pois dispensa concurso público para a contratação de profissionais e licitação para a compra de material. [...] Com esses novos modelos, a apropriação de fundo público para entidades privadas se dá diretamente por meio do acesso ao recurso público obtido pela venda de serviços da política de saúde realizada pelo Estado. Com a redução da fiscalização e dos mecanismos de controle social a tendência é que o aumento dos recursos do orçamento para a saúde seja canalizado para o aumento lícito e ilícito de lucros (CISLAGHI, SOUZA e TEIXEIRA, 2011, p.15-16).

Behring (2008) reitera que a privatização gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, ao mesmo passo que cria um nicho lucrativo para o capital, o que, no campo das políticas sociais públicas, compõe o movimento de transferências patrimoniais.

A seguir, iremos tratar de alguns aspectos da implementação da EBSEH no HUAC, localizado na cidade de Campina Grande – PB, e suas implicações para a entidade pública. De antemão, esclarecemos que a EBSEH trata-se de um dos modelos privatizantes de gestão que limita o controle social, aspecto que pode facilitar o desvio de recursos públicos; flexibiliza direitos sociais e trabalhistas, permitindo contratação de pessoal sem concurso público, autorizando a cessão de funcionários públicos para o setor privado; fragmenta o processo de luta dos trabalhadores e desrespeita alguns princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde que admitem a participação do setor privado na prestação de serviços apenas de forma complementar, e não substitutiva aos serviços que devem ser prestados pelo Estado.

2.2 O processo de implantação da EBSEH no Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande – PB

Em 1950, foi inaugurado o Hospital Alcides Carneiro, objetivando atender aos assegurados do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). Por volta de 1979, suas instalações foram cedidas ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Em 1988, com a extinção do INAMPS por causa da criação do SUS pela nova CF, o patrimônio físico e os recursos humanos do hospital foram cedidos à Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que, em 2002, passou por um desmembramento que resultou na criação da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), à qual o HUAC está vinculado administrativamente. O HUAC disponibiliza atendimento de média e alta complexidade, atendendo não só o município de Campina Grande, como as diferentes microrregiões da Paraíba e os estados vizinhos, como Rio Grande do Norte e Pernambuco.

As primeiras tentativas de efetivação da adesão à EBSERH pela UFCG foram identificadas em meados de 2012, na gestão do reitor Thompson Mariz. Mas, em assembleia ocorrida em 29 de outubro de 2012, tal proposta sofreu resistência mediante manifestações (SILVA et. al, 2016, p. 24).

Em 29 de outubro de 2015, o então reitor da UFCG, o Prof. José Edilson de Amorim, promoveu uma visita do presidente da EBSERH, o Sr. Newton Lima Neto, às dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, com o intuito de apresentar a empresa e seus resultados de gerenciamento para quem se fez presente. Na ocasião, houve protestos e mobilizações “[...] trabalhadores, organizações da sociedade civil, membros do Fórum em Defesa das Políticas Públicas e do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande-PB, bem como usuários [...], com o intuito de resistir à adesão da UFCG a EBSERH” (SILVA et. al, 2016, p. 24).

Contudo, em meio às lutas e resistências dos sujeitos políticos envolvidos, no dia 09 de dezembro de 2015, na 104ª Reunião Ordinária do Colegiado Pleno do Conselho Universitário (CONSUNI), ocorrida às 09h00, no Auditório João Roberto Borges de Souza, da UFCG, sob a presidência do Reitor Professor José Edilson de Amorim, mediante votação com resultados: 27 (vinte e sete) votos favoráveis, 03 (três) contrários e 03 (três) abstenções, foi assinado o contrato de adesão do gerenciamento do HUAC pela EBSERH. Essa iniciativa contribuiu para o processo de precarização, tanto dos serviços prestados quanto dos vínculos de trabalhos, a serem analisados a seguir.

2.2.1 As implicações do processo de implementação da EBSERH no Hospital Universitário Alcides Carneiro

Para analisar as implicações decorrentes do processo de implementação da EBSERH no HUAC no que diz respeito aos usuários, ao hospital, ao Serviço Social e às resistências identificadas no decorrer desse processo, optamos pela aplicação de entrevistas semiestruturadas com o corpo de profissionais do setor de Serviço Social do HUAC.

O Hospital Universitário está inserido na política de saúde e de educação, considerado um lugar privilegiado para a inserção e atuação do Serviço Social na viabilização dos direitos sociais, em face às demandas do sistema de saúde (MENEZES, 2017). O Serviço Social busca desenvolver no HUAC sua prática profissional, objetivando atender às expressões da questão social e, em conformidade com as propostas de assistência, ensino e pesquisa vislumbradas nos objetivos de desenvolvimento do hospital universitário, à luz do Código de Ética Profissional de 1993 e da Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social de Nº 8.662/93.

Atualmente, o quadro de funcionários do setor de Serviço Social do HUAC possui apenas 09 (nove) Assistentes Sociais, estando distribuídos da seguinte forma: 01 (uma) na coordenação do setor, 02 (duas) no ambulatório, 02 (duas) em regime de plantão nas enfermarias e UTI's, 02 (duas) profissionais atendem no pronto-atendimento, 01 (uma) na oncologia e 01 (uma) na pediatria.

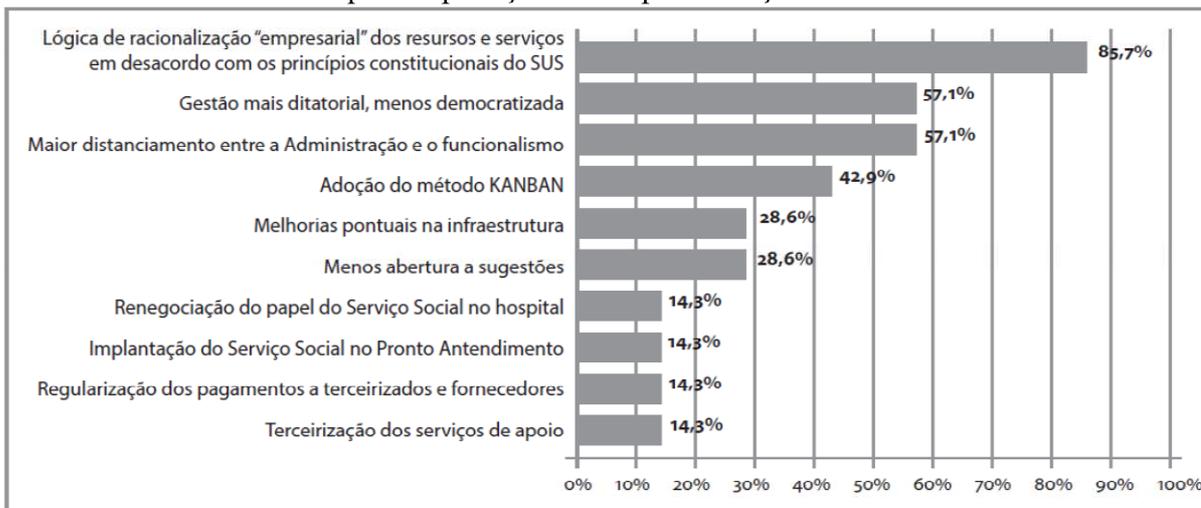
A pesquisa ocorreu no período de agosto de 2016 a agosto de 2017 e foi de cunho qualitativo, fundamentada em análise bibliográfica e documental. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas constituídas por 10 questões elaboradas a partir dos objetivos do Projeto de Pesquisa intitulado “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande – PB”. O projeto da pesquisa foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP – UEPB) e os sujeitos da pesquisa foram 07 (sete) assistentes sociais de um total de 09 (nove), pois uma encontrava-se em período de gozo de férias e a outra se recusou a participar da pesquisa por razões pessoais.

A permissão para a realização das entrevistas foi formalmente obtida através da apresentação do Termo de Compromisso do Pesquisador responsável assinado em cumprir os termos da Resolução 466/12 do CNS – MS, e do preenchimento e assinatura pelos entrevistados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram presenciais e realizadas no local de trabalho, durante o expediente, e gravadas em áudio com transcrição posterior. Observamos a ocorrência de vários elementos comuns nos depoimentos das entrevistadas, o que possibilitou a condensação de dados através de gráficos para facilitar a análise do conteúdo coletado, que foi feito através de correlação dos mesmos com a pesquisa documental e bibliográfica.

2.2.2 Análise estatística dos dados brutos coletados nas entrevistas com as Assistentes Sociais do HUAC

Apresentamos a seguir os resultados obtidos das entrevistas, analisando aqueles de maior destaque na pesquisa.

Gráfico 1 – Principais implicações na implementação da EBSE RH no HUAC



Fonte: Entrevista Aplicada às Assistentes Sociais - PIBIC/2017.

A transformação mais evidenciada, citada por 06 (seis) Assistentes Sociais (85,7%), foi o caráter empresarial da nova gestão, caracterizado pela lógica de racionalização dos recursos e serviços, evidenciados pela maior burocratização, pela adoção de mais controles e pela introdução de indicadores. Isto reflete "a implementação de sistema de gestão único, com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas" (EBSE RH/ HUAC – UFCG, 2015, p. 2), resultando em limitação das formas de acesso dos usuários aos serviços disponibilizados, em desacordo com os princípios constitucionais do SUS. Um exemplo desta geração de indicadores foi a introdução do método Kanban³ no HUAC, citado por 03 (três) das entrevistadas (42,9%).

Segundo Correia (2015, p. 47), a gerência da EBSE RH na prática possui "[...] poderes amplos para firmar contratos, convênios, contratar pessoal técnico, definir processos

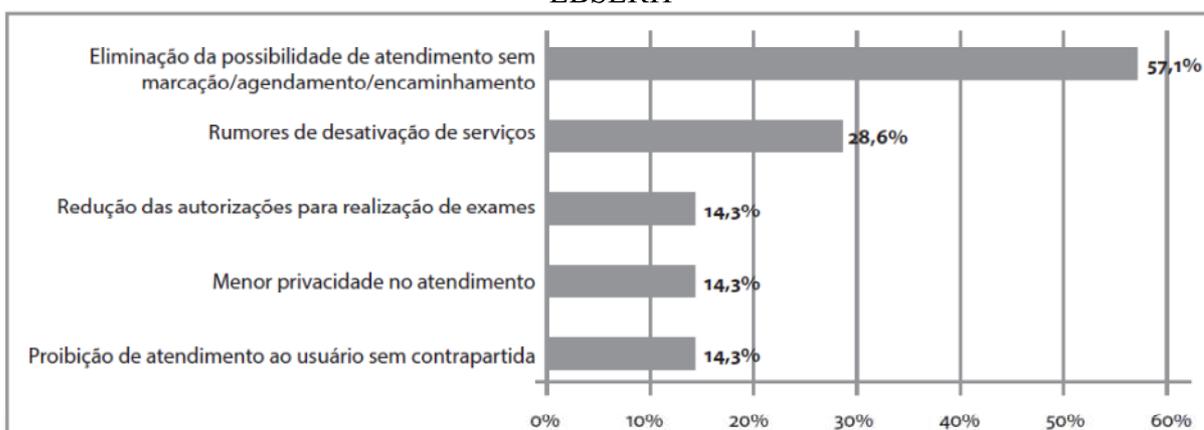
³ "Kanban é uma palavra japonesa que significa literalmente registro, sinal visível ou placa visível [...] O sistema Kanban nas emergências hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Dessa forma, através dessa ferramenta, podemos identificar o paciente, identificar a equipe responsável, localizar o paciente na emergência, indicar o tempo de permanência, entre outros" (HEISLER, 2012, p. 7).

administrativos internos e definir metas de gestão, acabaria com a vinculação dos HUs às Universidades”.

Uma implicação identificada por 04 (quatro) das entrevistadas (57,1%) foi um aspecto da implementação analisado como mais ditatorial ou menos democrático da nova gestão, ligado à formatação de um novo organograma proposto para a estrutura de governança do HUAC (EBSERH/ HUAC – UFCG, 2015, p. 17). As falas das Assistentes Sociais revelam a ausência de abertura para sugestões por parte da gestão administrativa, a extinção de reuniões de avaliação periódicas com o Serviço Social e o maior distanciamento entre a administração e o funcionalismo. Como exemplo importante temos a perda, citada pela maioria dos profissionais, da localização estratégica da sala do setor, que era situada no mesmo corredor da sala da direção e próxima das enfermarias. A nova sala designada situa-se em local geograficamente isolado tanto da sala da direção, quanto das enfermarias, resultando em maior grau de escanteamento do setor em sua atuação.

Em contrapartida, 02 (duas) das 07 (sete) Assistentes Sociais (28,6%) citaram algumas melhorias pontuais na infraestrutura, a exemplo da instalação de ar condicionado, pinturas das paredes e substituições das cadeiras utilizadas pelos acompanhantes nas enfermarias, bem como aquisição de impressoras. Isso reflete o cumprimento da cláusula quarta, parágrafo primeiro, do contrato de gestão: “Da Cessão do Patrimônio”, “[...] utilize os imóveis e os bens [...] zelando pela integridade do referido patrimônio” (EBSERH/ HUAC – UFCG, 2015, p. 3).

Gráfico 2 – Acesso aos serviços pelos usuários no HUAC a partir da implementação da EBSERH



Fonte: Entrevista Aplicada às Assistentes Sociais - PIBIC/2017

Constatamos que 04 (quatro) entrevistadas (57,1%) citaram a eliminação da possibilidade de atendimento sem marcação, agendamento e/ou encaminhamento no HUAC como um ponto prejudicial ao atendimento das necessidades dos usuários, pois muitas vezes

os mesmos passam meses sem conseguir realizar esse procedimento através da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Estratégia de Saúde da Família de referência, e procuram o setor em busca de ter a sua demanda atendida. Todavia, a EBSERH proíbe os profissionais de atender sem a marcação, regulação ou agendamento prévio, em função da implementação do “serviço interno de regulação e avaliação em saúde”, que é uma meta prevista no plano de reestruturação do hospital, que implica na “reorganização da regulação intra-hospitalar e mudança de cultura organizacional, de caráter qualitativo” (EBSERH/ HUAC – UFCG, 2015, p. 23). Implantado o sistema de regulação, a meta da EBSERH é submeter de forma gradual a regulação do acesso ao gestor do SUS.

Segundo os entrevistados, os profissionais de medicina não estão mais autorizados a atender usuários “extras”, isto é, sem a existência de contrapartida específica do município de origem do usuário, assegurada pela marcação prévia, tampouco a autorizar a realização de exames nessa situação. A restrição do acesso dos usuários aos serviços vinculados ao SUS no HUAC mediante sistema de regulação é agravado também, segundo Menezes (2017, p. 248), “[...] em decorrência da falta de articulação da rede de referência e dos problemas oriundos da estrutura da política de saúde, que investe em atendimentos emergenciais e não em atendimentos de prevenção e promoção a saúde”.

Gráfico 3 – Principais implicações da implementação da EBSERH para o Serviço Social



Fonte: Entrevista Aplicada às Assistentes Sociais - PIBIC/2017.

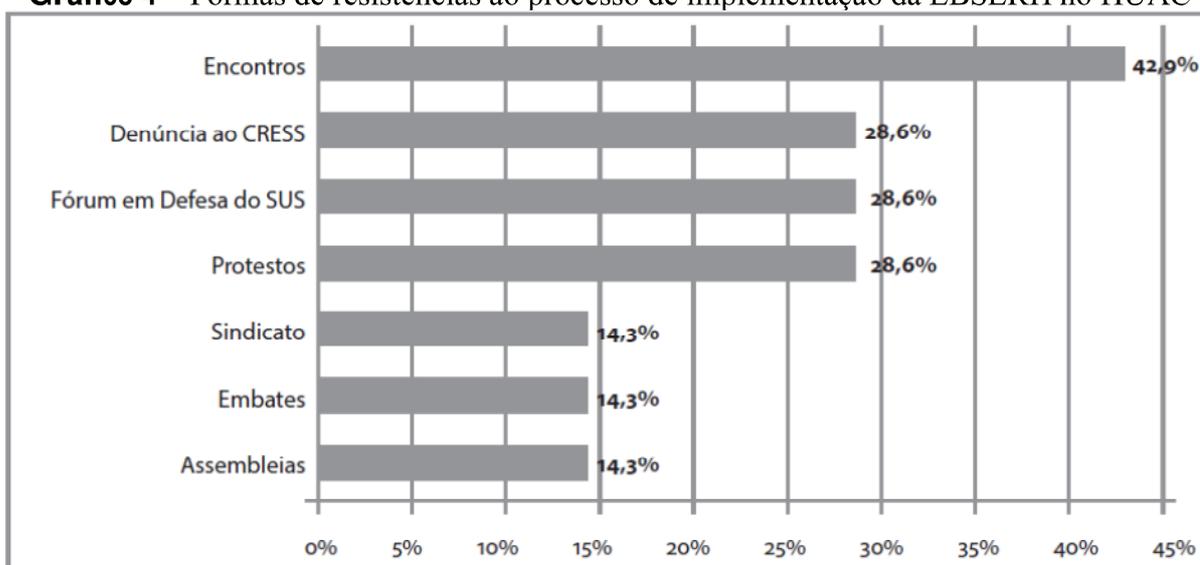
No que diz respeito à precarização da infraestrutura disponibilizada para o Serviço Social no HUAC, 05 (cinco) entrevistadas (71,4%) citaram esse item devido ao remanejamento estratégico do Serviço Social para uma sala geograficamente afastada, tanto

da Direção Administrativa, como das enfermarias, causando prejuízos aos usuários que necessitam do setor. A fragmentação da ação política da equipe inerente ao sistema de plantões proposto pela EBSEH ao Serviço Social foi mencionada nas entrevistas como algo negativo para atuação profissional por 04 (quatro) das Assistentes Sociais (57,1%), por prejudicar a interação diária entre os profissionais, bem como a continuidade do acompanhamento, do início ao fim, dos usuários com longa permanência.

Observamos ainda que 03 (três) das 09 (nove) entrevistadas (42,9%) mencionaram a maior cobrança de justificativas sobre as demandas encaminhadas, o engessamento da prática profissional e a insuficiência do quadro de profissionais diante das demandas como pontos negativos provenientes da gestão da EBSEH em relação ao Serviço Social.

Em relação ao aspecto revelado na fala das entrevistadas que concerne à suplementação do quadro de pessoal deficitário, foi realizado o concurso público nº 02/2016 – EBSEH/HUAC – UFCG, contemplando 05 (cinco) vagas para o cargo de Assistente Social. Já houve convocações de outras especialidades no Diário Oficial da União, a exemplo das edições de Nº 131 de 11 de julho de 2017, Nº 154 de 11 de agosto de 2017, e Nº 176 de 13 de setembro de 2017, que não contemplaram, até o momento dessa pesquisa, os Assistentes Sociais aprovados. As profissionais relataram “certo tolhimento” da prática do Assistente Social dentro da instituição no que concerne a ter “vez e voz”, por assim dizer, dentro do espaço de atuação, com a prática de gestão da EBSEH tornando-se mais “médico-centrada”.

Gráfico 4 – Formas de resistências ao processo de implementação da EBSEH no HUAC



Fonte: Entrevista Aplicada às Assistentes Sociais - PIBIC/2017.

As formas de resistências ocorridas no processo de implementação da EBSEH no HUAC foram as mais diversas, dentre as quais, 03 (três) das 09 (nove) entrevistadas (42,9%) citaram os encontros e as reuniões, contando com a presença de poucos profissionais do hospital, além de pessoas da comunidade, com o intuito de resistir ao processo de adesão. Como também 02 (duas) das 09 (nove) Assistentes Sociais (28,6%) mencionaram como forma de resistência os protestos, a atuação do Fórum em Defesa do SUS em Campina Grande – PB⁴, e a denúncia ao Conselho Regional de Serviço Social – CRESS (Seccional Campina Grande – PB) da deterioração das condições de trabalho causadas pela realocação do setor para uma sala mais isolada, após a chegada da EBSEH.

Destaca-se nesse processo de resistência à implementação da EBSEH no HUAC a participação dos sujeitos coletivos e dos intelectuais que integram o Fórum em Defesa do SUS em Campina Grande – PB, envolvidos na luta contra a privatização e mercantilização da saúde.

Identificamos ainda nas respostas das entrevistadas que houve uma desarticulação política dos profissionais do HUAC, gerada pela precariedade dos vínculos dos funcionários contratados em caráter temporário e que, mesmo sendo a grande maioria dos trabalhadores estatutários, também estes não compreendiam ou atribuíam a importância para as implicações coletivas da gestão do hospital por uma empresa de caráter privado, condicionando a participação na resistência àquilo que poderia afetar o servidor apenas em termos pessoais, como a nova exigência de marcação de ponto eletrônico.

Tivemos também a oportunidade de entrevistar a ex-diretora administrativa do HUAC no período de 2012 a 2015. Tal entrevista se fez necessária devido à relevância de sua atuação durante o período anterior à implementação da EBSEH no HUAC. A entrevistada é professora (Graduada em Medicina) da UFCG há 09 (nove) anos, sendo diretora do Hospital Alcides Carneiro no período acima citado, pelo Regime Jurídico Único de contratação.

Do relatado pela ex-diretora do HUAC, destacamos inicialmente a mudança de cultura da gestão em relação ao caráter democrático. Antes da EBSEH as diretorias eram eleitas através de convocação de eleições diretas e com a participação dos servidores. Isso, por sua vez, reflete numa gestão compartilhada, onde a contribuição dos servidores era assimilada pela gestão, contrastando com a cultura atual, onde a comunicação acontece, na maioria das vezes, em uma única direção: de cima para baixo. Um ponto notório do incremento de despesas após a implantação da EBSEH foi o aumento salarial das diretorias. Em

⁴ Em 2016, o Fórum passou a ser denominado Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização – Seccional Campina Grande – PB.

compensação, a ex-diretora constata que, no cenário atual, parece ser mais fácil encontrar profissionais dispostos a preencher os cargos das várias diretorias, ao contrário da falta de vontade que se identificava no quadro anteriormente. Além das carências materiais da instituição, uma dificuldade alegada então pelos profissionais convidados a coordenar os setores era o “coleguismo”, visto como barreira para se conseguir obter retorno das cobranças sobre os pares.

Como membro do Conselho Municipal de Campina Grande – PB, a ex-diretora do HUAC teve acesso a um relatório técnico apresentado ao conselho pelo atual representante do hospital, o qual traz indicativos de aumento dos números de consultas e internações após a implantação da EBSEH como uma resposta mensurável da nova gestão aos desafios da reestruturação. Como possível justificativa para tal aumento de eficiência, ela citou a instalação do ponto eletrônico, que requer o cumprimento integral pelo servidor de seu horário contratado, combatendo a cultura do mesmo ausentar-se do ambiente de trabalho em pleno expediente remunerado pelo erário público, para laborar no setor privado.

Referindo-se ao último aspecto pesquisado, a resistência à implantação da EBSEH no HUAC, a ex-diretora da época afirma que houve grande mobilização de coletivos, como professores da área da saúde, Assistentes Sociais, Técnicos em Enfermagem, Enfermeiros, Estudantes e do Fórum em Defesa do SUS em Campina Grande – PB, durante a iminência da adesão do HUAC à EBSEH. Contudo, após a assinatura do contrato, os servidores se conformaram e os coletivos passaram a continuar a luta contra a EBSEH apenas em nível nacional, sem o enfoque local.

A ex-diretora aponta ainda que houve, durante sua gestão, falta de ajuda da reitoria, da própria secretaria municipal de saúde, carência de pessoal e de recursos financeiros, constituindo-se o conjunto desses fatores, na prática, um boicote ao HUAC, que visava demonstrar a inviabilidade do seu modelo anterior de gestão, a fim de justificar a adesão à EBSEH (Entrevista PIBIC / 2017).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises realizadas neste artigo revelam que os novos modelos de gestão de saúde, as Parcerias Público-Privadas (PPP), e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), fazem parte do processo de contrarreforma do Estado. Os contratos firmados pelas Parcerias Público-Privadas para a prestação de infraestruturas ou serviços básicos consolidam, segundo Almeida (2017), uma “nova ordem econômica neoliberal”. Constituem

novas formas de privatização, com consequências na provisão de serviços como bens públicos, e precisam ser mais bem estudadas e monitoradas, dada sua proliferação mundial (ALMEIDA, 2017, p. 5).

A EBSEH não difere da política que vem sendo priorizada pelo Estado, de organizar os serviços públicos sobre a lógica privada, e constitui-se numa forma de privatização da maior rede hospitalar no Brasil – os hospitais universitários, estando em completo desacordo com os dispositivos legais que preveem a saúde como dever do Estado e direito de todos, permitindo a participação do setor privado apenas de modo complementar.

As entrevistas com os sujeitos evidenciados nessa pesquisa nos levaram a apreender o processo de adesão e as implicações da implementação da EBSEH no HUAC, no município de Campina Grande / PB. Elas também evidenciaram que, mesmo com pouca participação da população, as resistências são importantes e nos conduzem à permanência e insistência na defesa do SUS universal, estatal e gratuito conforme preconiza a CF/88.

Os dados coletados a partir da análise das implicações da implementação da EBSEH no HUAC pelos Assistentes Sociais entrevistados, em conjunto com a análise do Plano de Reestruturação e demais referências bibliográficas utilizadas na pesquisa, geraram resultados que nos permitem concluir que os modelos privatizantes de gestão impactam negativamente na prestação de serviços aos usuários do SUS, tornando importante a continuação da realização de estudos envolvendo outros setores/categorias profissionais de acompanhamento das implicações desses modelos sobre as garantias constitucionais do SUS.

THE PROCESS OF COUNTERREFORMATION IN HEALTH POLICY: PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS AND THE BRAZILIAN COMPANY OF HOSPITAL SERVICES.

ABSTRACT

The article herein presented intends to analyze the process of counterreform of the Brazilian State in health policy, through the creation of privatization models of management, with emphasis on Public-Private Partnerships. This process has been experienced in Brazil in contemporary times as a result of neoliberal ideology and its aspects. One of the trends is privatization, whose purpose is to meet the interests of capital accumulation, with the potential to deteriorate the public in favor of the private. The series of counter-reforms of the Brazilian State undertaken by successive governments from the 1990s onwards led to the adoption of privatizing models as a consequence to the public health policy, risking the constitutional prerogatives of the Unified Health System. This paper presents an analysis of the reality of the adoption of a privatizing management model in the health area represented by the adherence of the Alcides Carneiro University Hospital in Campina Grande - Paraíba, to the Brazilian Company of Hospital Services, and what were the main implications of its

implementation from the point of view of the Social Service Sector. From the critical social theory, the methodology used in this research was qualitative, based on the bibliographical review about the subject of study, in the documentary analysis and on semi-structured interviews with the social workers of the University Hospital Alcides Carneiro. The research was carried out from August 2016 to August 2017. The analysis of the data enabled us to identify restrictions imposed on the ways of access of the users of the Unified Health System to the services provided by the hospital unit under analysis, the loss of the democratic character of the management and damages to several aspects of quality for the users. The study is part of a subset of the Program of Scientific Initiation, linked to Research "Counter-Reformation, Intellectuals and Social Service: inflections in health policy in the city of Campina Grande / PB" developed by the Research Center on Health Policy and Social Service of the State University of Paraíba.

Keywords: Counter-Reformation, Public-Private Partnerships, Brazilian Company of Hospital Services.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Caderno Saúde Pública** (on line), n.33, p. 1-16, 2017, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010211X2017001403002&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 27 maio 2018.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. As parcerias público-privadas - PPP'S no Direito positivo brasileiro. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 240, p. 105-146, abr. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43621>>. Acesso em: 05 Ago. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.12660/rda.v240.2005.43621>. Acesso em: 27 maio 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

_____. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: Fundamentos e história. 9ª ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. SALVADOR, Evilásio. O financiamento da seguridade social no Brasil no período de 1999 a 2004. In: _____; MOTA, Ana Elizabete...[et al.], (orgs). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4ª ed. – São Paulo: Cortez; Brasília< DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei Nº 11.079**, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm. Acesso em: 27 maio 2018.

_____. Projeto de Lei **Projeto de Lei PL 1749/2011** (da Câmara dos Deputados) Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. 2011. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029>. Acesso em: 27 maio 2018

BRITO, Barbara Moreira Barbosa de. SILVEIRA, Antonio Henrique Pinheiro. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**, Brasília v.56, v. 1, p. 7-21, Jan./Mar. 2005.

CISLAGHI, Juliana Fiúza. SOUZA, Tainá. TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Financiamento do SUS: principais dilemas. **Circuitos de Debates Acadêmicos** – IPEA. Brasília, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: _____; SANTOS, Viviane. M. dos. (Orgs.). **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015, p. 67-89.

_____; SANTOS, Viviane. M. dos. (Orgs.) **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

_____. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. I ed. Rio Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

CRUZ, Carlos Oliveira; MARQUES, Rui Cunha. **O Estado e as Parcerias Público-Privadas**. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2012.

EBSERH/ HUAC – UFCG. **Plano de Reestruturação do HUAC - UFCG**. Campina Grande, 2015. Disponível em:

<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/855496/Plano+de+Reestrutura%C3%A7%C3%A3o+HUAC-UFCG.PDF/d9d68252-bab3-4faa-abaa-364055e65540>. Acesso em: 06 fev. 2017.

EBSERH/ HUAC – UFCG. **Contrato de Gestão Especial Gratuita HUAC - UFCG**. Campina Grande, 2015. Disponível em:

<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/855496/contrato+HUAC-UFCG.pdf/3ca03a17-7a79-40eb-b489-279c4f7fb238>. Acesso em: 06 fev. 2017.

FEITOSA, Eveline Ferreira. **As parcerias público-privadas no Programa de Educação para Todos: uma análise marxista**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação Brasileira) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Fortaleza, 2012.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza et, al. (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

HEISLER P.A. **Aplicação da metodologia KAN BAN como ferramenta adaptada para gestão de “leitos” na emergência**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Porto Alegre, RS: 2012.

MENEZES, Débora Holanda Leite. **A prática profissional do serviço social nos hospitais universitários**. 1ª Ed. Curitiba: Editora Prismas, 2017.

NETO, Carlos Álvares da Silva Campos; SOARES, Ricardo Pereira. **Considerações sobre o Projeto de Lei de Parceria Público-Privada (PPP) em face da experiência recente do Brasil**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.

SANTOS, Wilquer Coelho dos. **Parceria Público-Privada no Sistema Penitenciário Brasileiro**. 2017. 69 f. Monografia (Curso de Direito) Centro universitário de Brasília – UniCEUB Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS, Brasília, 2017.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da reforma sanitária brasileira**. 2013. 252 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2013.

_____. RELATÓRIO FINAL DO PIBIC 2015/2016. **Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB**. Campina Grande, 2016.