



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GÉSSICA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

O MITO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES:

O olhar dos profissionais de saúde do HUB

BRASÍLIA/DF

2013

GÉSSICA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

O MITO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES:

O olhar dos profissionais de saúde do HUB

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Guedes

BRASÍLIA/DF

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

GÉSSICA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

O MITO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES:

O olhar dos profissionais de saúde do HUB

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ___/___/ 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cristiano Guedes (SER/UnB)

(Orientador)

Prof.^a Ma. Patrícia Cristina P. de Almeida

(Membro interno do SER/UnB)

Assistente Social Ana Carolina Oliveira

(Membro externo ao SER/ UnB)

Dedico esse trabalho à minha mãe que sempre se mostrou uma mulher incrível e que sem dúvida alguma tem grande responsabilidade por mais essa conquista. Ao meu pai que é e sempre será um exemplo de perseverança, honestidade e caráter. Meu amor por vocês é imensurável!

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Cristiano Guedes, pela atenção, dedicação, paciência e contribuições feitas durante esse processo de construção do Trabalho de Conclusão de Curso e também pelo apoio dado ao longo da graduação.

Aos membros da banca, Prof.^a Patrícia Pinheiro e Ana Carolina Oliveira, que se dispuseram a ler esse trabalho e a estarem presentes no momento da banca.

Aos profissionais de saúde do HUB que se dispuseram a dar as entrevistas para a realização dessa pesquisa.

À minha supervisora de campo de estágio, Quézia Cruz, que aceitou o desafio de supervisionar pela primeira vez uma aluna de graduação. Todas as contribuições por ela feitas são guardadas com muito carinho.

À minha mãe, Ana Lígia, que durante essa caminhada acadêmica sempre me apoiou, me deu força e coragem para encarar todos os desafios dessa etapa.

À minha grande amiga, Bárbara Amorim, por toda contribuição e apoio nessa etapa e pela grande amizade que construímos nesses quatro anos.

À minha amiga e colega de curso, Talita Fernandes, que dividiu comigo esse os momentos de orientação de TCC. Foi um prazer trabalhar com você.

Aos demais professores pelas contribuições na minha vida acadêmica.

Aos colegas de curso pelos momentos de alegria, descontração e comemorações compartilhadas. Sem dúvida alguma, o companheirismo de todos foi importantíssimo para a realização dessa grande conquista.

A todos vocês, que de alguma maneira contribuíram para a realização desse trabalho: os meus mais sinceros agradecimentos!

“Por saúde, quero dizer a possibilidade de levar uma vida completa, adulta, viva, em que eu esteja em estado de respirar em comunhão com aquilo de que gosto.”

Katherine Mansfield

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo entender como os profissionais de saúde do Hospital Universitário de Brasília compreendem o novo modelo de gestão adotado para hospital por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Esse objetivo evidenciou-se a partir da problemática das tentativas de privatização da saúde pública do Brasil por meio do repasse da gestão de instituições de saúde públicas para Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado, e mais recentemente, para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A metodologia que norteou esse estudo utilizou um instrumento formal da pesquisa qualitativa: a entrevista a partir de um roteiro semi-estruturado. Como técnica de amostragem foi utilizada a sondagem bola de neve. Foram realizadas cinco entrevistas com os profissionais de saúde do Hospital Universitário de Brasília. Além disso, foi analisada a ata do Conselho Superior Universitário que aprovou a adesão da Universidade de Brasília à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Dentre os resultados obtidos, verificou-se que a principal motivação para a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é a questão orçamentária, no que diz respeito à onerosidade para a manutenção do Hospital Universitário de Brasília. Preocupações em relação à questão dos servidores públicos e dos servidores terceirizados com a adesão à empresa também foram salientadas no estudo. Quanto ao que foi exposto nas entrevistas verificou-se que os profissionais de saúde desconhecem a natureza jurídica da empresa. Além disso, existe a preocupação por parte de alguns profissionais quanto à perda de autonomia profissional. Foi realizada uma problematização sobre os vínculos empregatícios presentes no Hospital Universitário de Brasília, sobre a questão do acesso dos usuários aos serviços de saúde oferecidos e sobre o caráter de hospital escola do Hospital Universitário de Brasília na fala dos entrevistados. Em suma, o propósito desse estudo foi o de contribuir para o debate sobre as tentativas de privatização da política pública de saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, novos modelos de gestão do SUS, profissionais de saúde, hospitais universitários.

ABSTRACT

This course conclusion work aims to understand how health professionals at the University Hospital of Brasília understand the new management model adopted to hospital by the Brazilian Company of Hospital Services. This goal was evident from the problem of attempts to privatize public health in Brazil through the transfer of the management of public health institutions for Social Organizations, Civil Society Organizations of Public Interest, State Foundations of Private Law, and more recently for the Brazilian Company of Hospital Services. The methodology that guided this study used a formal instrument of qualitative research: the interview from a semi-structured. As sampling technique was used to survey snowball. Five interviews were conducted with health professionals at the University Hospital of Brasília. Furthermore, it was examined the minutes of the Higher University Council which approved the accession of the University of Brasilia to the Brazilian Company of Hospital Services. Among the results, it was found that the main motivation for joining the Brazilian Company of Hospital Services is the budget issue, with regard to the maintenance burden to the University Hospital of Brasília. Concerns regarding the issue of public and third-party servers to joining the company were also highlighted in the study. As to what was stated in the interviews it was found that health professionals are unaware of the legal nature of the company. Furthermore, there is concern among some professionals about the loss of professional autonomy. It was performed a questioning about the employment bonds present in the University Hospital of Brasília, on the issue of users' access to health services offered and about the character of the teaching hospital at the University Hospital of Brasilia speaks of respondents. In short, the purpose of this study was to contribute to the debate on the attempts of privatization of public health policy.

Key-words: Health Policy, Brazilian Company of Hospital Services, new managements models of the Unified Health System, healthcare professionals, university hospitals.

Lista de Siglas

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEP-IH – Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CONSUNI – Conselho Superior Universitário

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HDA – Hospital Docente-Assistencial

HDFPM – Hospital do Distrito Federal Presidente Médici

HSU – Hospital dos Servidores da União

HUs – Hospitais Universitários Federais

HUB – Hospital Universitário de Brasília

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

IPASE – Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado

MEC – Ministério da Educação

OSs – Organizações Sociais

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PROUNI – Programa Universidade para Todos

REHUF – Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

Sumário

Introdução	11
Capítulo 1 - Metodologia	15
1.1. Apresentação	15
1.2. O campo da pesquisa	16
1.3. Instrumento de coleta de dados	17
1.4. Coleta de Dados e Amostra.....	18
1.5. Organização e Análise dos Dados	19
1.6. Procedimentos Éticos.....	20
Capítulo 2 - Ameaças do projeto neoliberal: os novos modelos de gestão do SUS .	22
2.1. Contextualização das implicações da política neoliberal para a criação dos novos modelos de gestão	22
2.2. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão.....	29
Capítulo 3 - A adesão à EBSEH: motivações, receios e expectativas.	35
3.1. As motivações para a adesão da UnB à EBSEH	35
3.2. As expectativas dos profissionais de saúde do HUB sobre a gestão da EBSEH	40
3.2.1. A compreensão dos profissionais de saúde sobre a EBSEH.....	40
3.2.2. Vínculos empregatícios: diferentes tipos de regime de previdência social	41
3.2.3. Autonomia profissional.....	43
3.2.4. O acesso dos usuários aos serviços de saúde oferecidos pelo HUB	45
3.2.5. O caráter de hospital escola do HUB	46
Considerações Finais.....	48
Referências Bibliográficas	52
Anexos	57
Anexo 1	58
Anexo 2	59

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) como o conhecemos hoje foi resultado de um processo de lutas intensas para que a saúde fosse garantida como um direito de todos e um dever do Estado. Antes da conquista do SUS, a saúde era somente destinada àqueles que contribuíaam aos modelos de previdência anteriores. Durante a história da política de saúde no Brasil¹ é perceptível a existência de parcerias público-privado que permanecem até hoje, mas com uma configuração diferente.

No entanto, na década de 1970, observa-se o florescimento do Movimento de Reforma Sanitária, contanto com a participação de vários segmentos sociais para pensar a saúde no Brasil e as mudanças que se faziam necessárias. O Movimento de Reforma Sanitária preconizava a criação de um sistema único de saúde e tinha como ambição a universalização do acesso aos serviços de saúde e um modelo de atenção com ênfase na integralidade (AGUIAR, 2011).

A consolidação das lutas preconizadas pela Reforma Sanitária, do ponto de vista legal, se dá com a Constituição Federal de 1988 e mais detalhadamente na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), de 19 de setembro de 1990, e na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que consolidam esse ideário do Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto direito. Os princípios e diretrizes do SUS são: universalidade, igualdade, integralidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa (NORONHA, LIMA, MACHADO, p. 439- 440, 2008). Esses vêm colocar que a saúde deve ser voltada a todos, a partir de uma perspectiva ampla de saúde, que considera as diferenças nas demandas a priori iguais, a importância das várias profissões da saúde, da participação da comunidade como sujeitos, e também a necessidade de descentralizar o atendimento no meio urbano, tendo uma aproximação com a realidade social e com os sujeitos e entre outras questões.

Todavia, mesmo com essas conquistas tem-se, posteriormente, o enfrentamento das crises do capital, sob a ideologia do neoliberalismo, a partir da década de 1990. Com isso busca-se a desresponsabilização do Estado no âmbito das políticas sociais.

¹ Ver AGUIAR, Zenaide Neto. Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari, 2011, pp. 15 -40.

Essa política de recorte neoliberal atinge a política de saúde. Dessa maneira, assistimos a tentativa de privatização serviços de saúde, colocando o direito apenas para aqueles que não têm condições mesmo de pagar pelo atendimento, desmobilizando os profissionais e entre outras tendências.

Nesse contexto de enfrentamento de crise do capital sob a ótica do neoliberalismo é apresentado o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. Esse plano propunha a adoção de um modelo gerencial de administração, que tinha como principais características a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução dos custos e a produtividade. O plano sugeria a transferência dos setores não exclusivos do Estado – saúde, educação, cultura, pesquisa científica – para organizações sociais.

Como consequências da apresentação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado são regulamentadas instituições para gerenciar os serviços não exclusivos do Estado. São estas: as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Fundações Estatais e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A EBSERH foi criada pela Lei nº 12.550/2011, que é uma empresa na estrutura do estado, de personalidade de direito privado. Tem como objetivo a prestação de serviços de educação e saúde, através do repasse da gestão dos Hospitais Universitários. No caso do UnB, foi deliberada a autorização favorável à adesão do Hospital Universitário de Brasília (HUB) à EBSERH no dia 18/05/2012 em reunião do Conselho Universitário Superior (CONSUNI). No dia 17 de janeiro de 2013 foi assinado o contrato da EBSERH com a UnB.

A crítica em torno desses novos modelos de gestão gira em torno da tentativa de privatização da saúde pública através do repassa da gestão de hospitais públicos para a esfera privada. Essa tentativa de privatização da saúde pública traz consigo uma série de implicações: a precarização do trabalho, retrocesso do controle social, a restrição da autonomia profissional e das atividades de pesquisa, a limitação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, entre outras questões.

Tendo em vista essas problematizações iniciais, este Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social tem como objetivo geral entender como os profissionais de

saúde do Hospital Universitário de Brasília compreendem o novo modelo de gestão adotado para hospital por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

A pesquisa justifica-se pela pouca produção sobre a temática e a necessidade de maiores discussões a cerca do tema. A pesquisa tem grande relevância para que a questão seja mais debatida tanto no meio acadêmico, quanto em outros meios. E também para ampliar a produção científica a cerca do tema.

A escolha pelo tema ocorreu pelo fato das parcerias público-privado tornarem-se mais visíveis no Distrito Federal. Foi no campo de estágio que a discussão sobre o tema veio à tona e ainda em matérias do Serviço Social essa questão é sempre debatida quando se menciona a política de saúde atual e seus desafios para consolidação. Dessa maneira, os debates acabaram instigando para a realização da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso em torno da temática.

Quanto à estrutura do trabalho, ele se divide em três capítulos:

1. O primeiro é o capítulo metodológico que explicita os métodos utilizados para a realização e análise de dados dessa pesquisa. Esse capítulo também faz um breve histórico sobre o campo de pesquisa e uma síntese sobre os cuidados éticos utilizados em todas as fases da pesquisa.
2. O segundo é o capítulo teórico. Nele é feita uma breve contextualização iniciada a partir da Constituição Cidadã, enfatizando as implicações da ideologia neoliberal no âmbito das políticas sociais, até a criação da EBSEH e a adesão da UnB a essa empresa.
3. Por fim, o terceiro capítulo que contem a análise de dados. Nesse capítulo são descritos e analisados os resultados obtidos a partir da análise da ata do CONSUNI que aprova a gestão da EBSEH e da análise das entrevistas dos profissionais de saúde do HUB.

O estudo buscou explorar elementos importantes para o debate a cerca dos novos modelos de gestão, mais especificamente sobre a EBSEH. No entanto, esta monografia não teve a pretensão de esgotar o debate sobre a EBSEH e seus desdobramentos. O presente trabalho deve ser visto como uma provocação para o

surgimento de mais estudos, pesquisas e reflexões a cerca das implicações da gestão da EBSEH para as políticas de educação e saúde, para os trabalhadores, usuários, dentre outros sujeitos importantes nesses processos característicos da tentativa de privatização da saúde pública.

Capítulo 1 – Metodologia

1.1. Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso é resultado de uma pesquisa realizada no Hospital Universitário de Brasília. O interesse pela temática abordada surgiu durante a trajetória acadêmica da aluna. O envolvimento com as temáticas no campo da saúde se iniciou através de disciplinas cursadas e projetos de extensão. No entanto, foi com a participação em um Projeto de Iniciação Científica² na Saúde Coletiva que se criou uma afinidade com as questões da saúde. O desejo pelo aprofundamento dos conhecimentos referentes ao tema surgiu no campo de estágio, a partir de discussões entre as assistentes sociais sobre os meios de privatização da saúde pública.

A pesquisa realizada é qualitativa, já que se trabalhou com o universo dos significados (MINAYO, 2010). Tem um cunho exploratório com a finalidade de familiarizar-se mais com o assunto, uma vez que existem poucas produções acerca do tema proposto (DESLAURIERS, KÉRISIT, 2008). O estudo teve como objetivo entender como os profissionais de saúde do Hospital Universitário de Brasília – HUB compreendem o novo modelo de gestão adotado para hospital por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

A pesquisa foi dividida em seis partes de ordem cronológica: 1) levantamento bibliográfico; 2) elaboração do projeto de pesquisa; 3) submissão do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP-IH; 4) inserção no campo e realização das entrevistas; 5) análise dos dados coletados; 6) análise da ata do CONSUNI.

O levantamento bibliográfico consistiu na procura de literatura relevante sobre a temática abordada neste trabalho. Levou-se em conta os diversos tipos de literatura em um estudo qualitativo, conforme a descrição de Flick (2009): 1. literatura teórica sobre o tema; 2. literatura empírica de pesquisas anteriores sobre a temática ou em áreas similares; 3. literatura metodológica para subsidiar a utilização dos métodos escolhidos;

² O Projeto de Iniciação Científica teve como resultado o artigo intitulado “Demandas e estratégias para a prática do assistente social na atenção básica”. A aluna participou da Iniciação Científica no período de agosto de 2010 a julho de 2011 e apresentou o resultado final no 8º Congresso de Iniciação Científica do DF em setembro de 2011.

4. literatura teórica e empírica para a contextualização dos resultados obtidos. Outros documentos significativos também foram levantados para a realização desse estudo, tais como legislações sobre o tema e o contrato assinado entre a EBSEH e a UnB³ Como instrumento de coleta de dados foi utilizado entrevistas semi-estruturadas, que consiste em montar um roteiro prévio de entrevista, sendo possível retomar a alguma fala do entrevistado e instigá-lo a desenvolver mais alguma ideia. Ainda foi realizada uma análise da ata do CONSUNI que aprova o novo modelo de gestão para o HUB, a fim de descobrir as motivações da aprovação.

1.2. O campo da pesquisa

De acordo com Flick (2009) o campo, de maneira genérica, pode ser entendido como uma determinada instituição, uma família, um grupo específico de pessoas. O HUB foi escolhido por estar adotando um novo modelo de gestão por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH).

O HUB foi inaugurado em 1972 e era mantido, inicialmente, pelo Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado (IPASE). Somente em agosto do mesmo ano é que o presidente da república, General Emilio Garrastazu Médici deu o nome do hospital de Hospital dos Servidores da União (HSU). Posteriormente o hospital recebeu o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM), e em 1980 tornou-se o Hospital de Ensino da Universidade de Brasília sendo nomeado Hospital Docente-Assistencial (HDA).

Finalmente, em 1990, após um ato assinado pelo então presidente Fernando Collor que cedia à UnB o hospital, surge o Hospital Universitário de Brasília. Sendo este referência nacional e cujos objetivos são desenvolver atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência. E, em 2008, o Conselho Superior Universitário (CONSUNI) aprova a inserção do hospital no SUS como uma das suas principais características. O HUB se caracteriza, então, como importante instrumento de auxílio na

³ O contrato celebrado entre a UnB e a EBSEH para que o HUB fosse gerido por esta está disponível online no endereço http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/contratos_adesao_huf/unb/contrato_dou.pdf. Acessado em 15/02/2013.

formação de profissionais de diversas áreas, entre elas, serviço social, psicologia, medicina, enfermagem, nutrição⁴.

Em reunião do CONSUNI do dia 18 de maio de 2012 foi aprovada a adesão do HUB à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A EBSEH é uma empresa pública de direito privado com a finalidade de gerir os Hospitais Universitários, desde que as Universidades aprovem a gestão pela empresa. No dia 17 de janeiro de 2013 foi assinado o contrato entre a UnB e a EBSEH, repassando a gestão do HUB para esta.

O interesse pelo campo de pesquisa ser o HUB foi pelo fato ter sido o primeiro hospital universitário a ser autorizado a aderir à gestão da EBSEH. Além disso, o HUB caracteriza-se como o hospital escola da UnB. Desse modo, os impactos de uma nova gestão no HUB recairiam na própria UnB. Isso levou a crer que o estudo deveria ser feito no HUB, a fim de proporcionar e instigar um debate maior sobre o modelo de gestão da EBSEH.

1.3. Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados escolhido foi a entrevista. A entrevista consiste numa modalidade de interação entre duas ou mais pessoas e se trata de uma conversação dirigida a um propósito definido. Uma das vantagens de usar a entrevista como técnica de pesquisa qualitativa é permitir uma melhor compreensão sobre os significados, opiniões dos entrevistados (FRASER; GONDIM, 2004). Dentre os tipos de entrevistas que podem ser realizadas, foi escolhida a entrevista semi-estruturada por possibilitar a retomada na fala dos entrevistados e instiga-los a desenvolverem algumas ideias (COMBESSIE, 2004).

O roteiro de entrevista foi estruturado em dois blocos: dados gerais do entrevistado e perguntas sobre os possíveis desdobramentos do modelo de gestão da EBSEH no HUB. Foram realizadas cinco perguntas aos profissionais de saúde do HUB abordando os seguintes aspectos: a) a compreensão dos profissionais de saúde sobre a EBSEH; b) questões relativas a autonomia profissional; c) as relações de

⁴ As conclusões sobre o histórico do HUB foram obtidas por meio das informações disponíveis no endereço eletrônico <http://www.hub.unb.br/institucional.html>. Acessado em 15/02/2013.

trabalho dentro do HUB, com ênfase nos vínculos empregatícios; d) os serviços de saúde oferecidos aos usuários; e e) o caráter de hospital escola do HUB.

1.4. Coleta de Dados e Amostra

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. A entrevista semiestruturada, que consiste em montar um roteiro prévio de entrevista, sendo possível retomar a alguma fala do entrevistado e instigá-lo a desenvolver mais alguma ideia (COMBESSIE, 2004). O roteiro de entrevista foi estruturado em duas partes: I- Dados gerais dos entrevistados e II- Questões relacionadas à EBSEERH e a compreensão dos profissionais de saúde sobre a empresa.

A amostra não foi restringida somente a uma categoria profissional para que haja diversidade de olhares sobre o sistema público de saúde e sobre o novo modelo de gestão apresentado pela EBSEERH. Para selecionar a amostra para fins de análise será utilizada a sondagem bola de neve. Esse tipo de sondagem consiste em pedir as pessoas entrevistadas que indiquem outras pessoas que se encaixem na pesquisa, e o mesmo pedido será feito as pessoas que foram indicadas até alcançar a amostra proposta (COMBESSIE, 2004).

A princípio foi procurado um perfil de profissionais de saúde para a realização das entrevistas. Os profissionais de saúde, além de trabalhar no HUB, deveriam ter tido alguma experiência – profissional ou acadêmica – em outros modelos de gestão do SUS, tais como Organizações Sociais, Fundações Estatais ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Esse perfil foi pensado para que, no decorrer da entrevista, os profissionais de saúde tivessem uma base de comparação para avaliar questões sobre a EBSEERH ou relacionadas com esta.

No entanto, Flick (2009) ressalta a possibilidade de que uma vez obtido acesso ao campo de pesquisa, o pesquisador pode enfrentar o problema de como chegar às pessoas que constituem o grupo mais interessante de participantes. No caso dessa pesquisa essa possibilidade se concretizou. O primeiro entrevistado não soube indicar outro profissional de saúde que se encaixasse no perfil proposto. O tipo de sondagem bola de neve para esse perfil de profissionais se mostrou falho.

Então, se fez necessário que se mudasse o perfil de profissionais de saúde mencionado para profissionais de saúde que trabalhassem no HUB somente. Como a entrada no campo de pesquisa se deu depois da assinatura do contrato entre a UnB e a EBSEH para a gestão do HUB, não houve prejuízo na coleta de dados, visto que todos já discutiam sobre a empresa. Foi necessário, no entanto, que se adaptasse o roteiro de entrevista para o novo perfil de profissionais.

Foram realizadas 5 entrevistas com profissionais de saúde do HUB, sendo eles: 2 assistentes sociais, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo, 1 médico. Dos entrevistados somente um tinha experiência com outro tipo de modelo de gestão do SUS. Este entrevistado foi o único que se encaixou no primeiro perfil de profissionais sugerido. Para o registro das entrevistas foi usado um gravador digital para maior fidedignidade das falas dos participantes e posteriormente foram transcritas.

1.5. Organização e Análise dos Dados

O processo de análise dos dados envolve extrair a essência de textos, que envolve em uma reflexão contínua sobre os dados. Essa reflexão pode ser feita concomitantemente com a coleta de dados, a realização de interpretações e a redação de relatórios (CRESWELL, 2010). O processo de análise dos dados coletados foi dividido em quatro etapas: I- organização e preparação dos dados para análise; II – leitura geral de todos os dados coletados; III – codificação dos dados; IV – descrição e interpretação dos dados coletados (CRESWELL, 2010).

Depois da entrada no campo e da coleta dos dados, o primeiro passo para a análise dos dados coletados foi a transcrição e organização de todas as entrevistas e anotações feitas durante o processo de coleta de dados. Em seguida, foi feita uma leitura de todos os dados coletados com a finalidade de obter uma perspectiva geral e refletir sobre o significado global dos dados (CRESWELL, 2010).

Após a realização dessas tarefas, iniciou-se uma análise detalhada por meio do processo de codificação. Esse processo consiste em organizar o “material em blocos ou segmentos de texto antes de atribuir significado às informações” (CRESWELL, 2010, p. 219). É necessário segmentar as sentenças, antes reunidas durante a coleta de dados, em categorias e em seguida rotular essas categorias em um termo/código (CRESWELL,

2010). Feita a codificação das informações, gerou-se a descrição detalhada de questões relevantes para o estudo (CRESWELL, 2010).

Por fim, foi realizada a análise dos dados. Esta consiste na interpretação e extração do significado dos dados. É nessa etapa que se capta a essência dos dados fornecidos pelos entrevistados (CRESWELL, 2010). Como aponta Flick (2009), no momento de interpretação dos dados é fundamental que se faça a contextualização dos dados obtidos através da comunicação entre estes e uma literatura teórica e empírica.

Também foi analisada a ata do CONSUNI que decidiu pela aprovação da gestão do HUB pela EBSEH. A análise desse documento foi realizada nos mesmos moldes da análise das entrevistas. Documentos podem ser entendidos como artefatos padronizados, uma vez que apresentam determinados formatos, como: notas, atas, certidões, cartas (FLICK, 2009). Flick (2009) menciona análise de documentos como contribuição metodológica já que, muitas vezes, esse tipo de análise permite que se vá além das perspectivas dos membros no campo.

1.6. Procedimentos Éticos

Este projeto foi submetido ao CEP-IH. Foram observadas durante as fases das pesquisas as orientações contidas na Resolução CNS 196/1996. Essa resolução foi criada com a finalidade de apontar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e pode ser considerada “um marco simbólico no contexto científico brasileiro, no que se refere às pesquisas no campo da saúde e, mais recentemente, no campo das humanidades” (GUILHEM; GRECO, 2008, p. 96).

A realização das entrevistas só começou depois da aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP-IH. O sistema de revisão ética das pesquisas no Brasil foi instituído pela Resolução CNS 196/1996 (GUILHEM; GRECO, 2008). Cabe aos Comitês de Ética em Pesquisa revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com a finalidade de resguardar a integridade e os direitos dos participantes nas referidas pesquisas (GUILHEM; GRECO, 2008).

Com a necessidade cada vez maior de revisar os procedimentos da pesquisa com seres humanos para a garantia da integridade dos participantes, foi criado um sistema de submissão de projetos de pesquisa para que o processo de submissão fosse realizado

com mais rapidez. A Plataforma Brasil é o sistema de submissão dos projetos de pesquisa. No entanto, algumas dificuldades na submissão foram experimentadas. Devido a Plataforma Brasil ser um sistema relativamente novo para a submissão dos protocolos de pesquisa, se mostra necessária revisão na estrutura apresentada pela plataforma para a submissão. A Plataforma Brasil é um instrumento lento e que apresenta obstáculos para submissão de pesquisas.

O CEP-IH mostrou morosidade na liberação do parecer para a realização da pesquisa. O primeiro parecer saiu como pendente e logo em seguida buscou-se tomar as medidas necessárias para a regularização do parecer. No entanto, a liberação do parecer sem pendências demorou quase dois meses para ser liberado. Para uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) essa morosidade é prejudicial, já que o tempo para a submissão, realização e produção do objeto final – TCC – de uma pesquisa é apertado. Por esses motivos, houveram atrasos no cronograma na pesquisa.

Durante a realização das entrevistas foi aplicado aos participantes da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, com o propósito de explicar o objetivo de pesquisa e informando que o participante terá sua identidade em sigilo, assim como as informações fornecidas pelo mesmo, que o participante pode se retirar da pesquisa a qualquer momento sem sofrer nenhum constrangimento. Foram impressas duas cópias do TCLE, uma para o participante e uma para o pesquisador.

Capítulo 2 - Ameaças do projeto neoliberal: os novos modelos de gestão do SUS

2.1. Contextualização das implicações da política neoliberal para a criação dos novos modelos de gestão

A compreensão de saúde ao longo dos anos assumiu diferentes significados. O conceito de saúde é reflexo da conjuntura social, histórica, econômica, política e cultural. A saúde não foi sempre tratada da mesma maneira (SCLIAR, 2007). Desse modo, a saúde nem sempre foi considerada como um direito universal no Brasil.

Somente a partir da Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser compreendida como direito de todos e dever do estado. A concepção de saúde é alterada em consonância com a proposta regulamentada pela Constituição Federal de 1988 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). A saúde é o somatório de diversos determinantes e condicionantes: a moradia, alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o transporte, o lazer (BRASIL, 1990).

Até então, a saúde não fazia parte da seguridade social, e apresentava problemas para a população, visto que o acesso era somente para aqueles que contribuíam com a previdência social e grande parte da população era excluída. Esse modelo de contribuição por parte dos trabalhadores para obter acesso aos serviços de saúde tem o seu início com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs⁵ – em 1923 (BRAVO, 2006). Os benefícios oferecidos pelas CAPs compreendiam: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2006).

É possível afirmar, então, que ao longo dos anos, uma política de saúde que priorizava os interesses do setor privado em detrimento da saúde pública. Aguiar (2011) aponta a existência de um intenso investimento do Estado no sistema de saúde privado. Tinha-se uma perspectiva biológica e hospitalocêntrica, enxergando a saúde como mercadoria, como possibilidade de obtenção de lucro.

⁵ Ao longo da história da política de saúde do Brasil, as CAPs assumiram outros nomes. No entanto, o formato da seguridade social manteve o seu caráter contributivo. O acesso à saúde passa a ser universal e independente de contribuição somente com a Constituição Federal de 1988.

É na conjuntura de democratização do acesso à saúde, vivenciada a partir dos anos 80, que o Sistema Único de Saúde – SUS – é criado. Este é fruto de lutas sociais e de mobilizações anteriores no campo da saúde – sendo a principal delas o Movimento de Reforma Sanitária, que se iniciou na década de 1980. O SUS tem como princípios e diretrizes: a universalidade, a integralidade, a equidade, a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a participação popular (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

O movimento de Reforma Sanitária refere-se ao processo de articulação realizado ao longo dos anos 70 e 80 para a implementação do projeto de Reforma Sanitária. O projeto propunha a reformulação do sistema de saúde que tinha como principal característica a assistência médica curativa fortemente vinculada ao setor privado e lucrativo. Preconizava a criação de um sistema único de saúde, com clara defesa da participação social de maneira institucionalizada nos rumos da política de saúde. Tinha como ambição a universalização do acesso aos serviços de saúde e um modelo de atenção com ênfase na integralidade (AGUIAR, 2011).

O texto constitucional inspira-se nas propostas apresentadas pelo Projeto de Reforma Sanitária. Embora não tenha sido possível atender todas as demandas do movimento sanitário – pois algumas delas confrontavam os setores empresariais – muitos aspectos importantes entraram no texto da Constituição Federal de 1988. São eles: o direito universal à Saúde e o dever do Estado, cabendo a este a regulamentação, a fiscalização e o controle dos serviços de saúde; a constituição do Sistema Único de Saúde – SUS; a participação do sistema privado de saúde de maneira complementar, sendo vedado o repasse de recursos públicos às entidades privadas com fins lucrativos; a proibição da comercialização do sangue e seus derivados (BRAVO, 2006).

O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080/90. Esta lei regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Com a criação do SUS se tem uma concepção ampliada da saúde, já que esta passa a ser inscrita no campo dos direitos. Os serviços de saúde devem ser garantidos mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Outro aspecto importante é que as ações e serviços do SUS são oferecidos de maneira gratuita, sem que os usuários tenham que comprovar qualquer tipo de contribuição prévia.

No entanto, na década de 1990 vive-se um paradoxo entre os direitos alcançados com a Constituição Federal de 1988 – no âmbito das políticas sociais – e a política econômica de recorte neoliberal. As políticas sociais devem ser entendidas como uma espécie particular de políticas públicas⁶. São políticas públicas focadas no social, dedicadas a garantir, ampliar e melhorar as condições de vida e de trabalho (NOGUEIRA, 2009). As políticas sociais são recursos fundamentais que as sociedades podem utilizar para garantirem condições de “equilíbrio” e reprodução. Não são, portanto, fixas ou imutáveis. A configuração das políticas sociais oscilam de acordo com as necessidades sociais, estruturas econômicas e cenário político (NOGUEIRA, 2009).

Dessa maneira, a política de saúde configura-se como uma política social, visto que é uma política que se volta para questões sociais com a propósito de melhorar as condições de vida da população. A política de saúde nem sempre teve a mesma configuração, mas as alterações no formato da política de saúde brasileira foram acarretadas pelas necessidades sociais e, principalmente, pelo cenário político – que era desenhado por uma grande articulação entre os membros da sociedade civil para que a saúde fosse garantida como um direito universal.

A política econômica de recorte neoliberal representaria uma forte ameaça às políticas sociais, visto que defende o “Estado Mínimo⁷”, o que acabou acarretando a transferência de responsabilidades alocadas à ação estatal para a sociedade civil (NETTO, 1996). Assim, as funções não prioritárias do Estado, como as políticas sociais de saúde, tem sido continuamente transferidas para responsabilidade de entidades da sociedade civil. Nesse contexto prevalece o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais: a privatização, a focalização e a descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

⁶ As políticas públicas tem caráter coletivo, atende as necessidades e demandas sociais, mas também a rentabilidade econômica. Essas políticas devem ter amparo legal através da regulação dessas a partir da legislação, sendo o estado o responsável - através dos poderes legislativo, executivo e judiciário (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

⁷ A proposta de um Estado Mínimo consiste no afastamento do Estado das funções não prioritárias para a alavancagem de um desenvolvimento auto-sustentado. A partir desse pensamento, desenvolve-se a ideia de que com a privatização e a diminuição do tamanho do Estado, se reduziria o gasto público (SOARES, 2009). Desse modo, estratégias como o repasse de serviços que devem ser oferecidos pelo Estado para a esfera privada, por meio de contratos e convênios, começam a serem colocadas em prática.

Nesse contexto de tencionamento entre os padrões universalistas e redistributivos de proteção social e a política neoliberal que é apresentado a estratégia de Reforma do Estado com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. O Plano Diretor considera a necessidade de superação de um modelo burocrático de administração pública, sendo a favor de um modelo gerencial que tem a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução dos custos e a produtividade como principais características (BRAVO, 2001). A adoção desse modelo gerencial de administração pública seria supostamente o caminho para a superação da crise fiscal, que segundo Bresser Pereira (1995) era o elemento central para o enfrentamento⁸ da crise do Estado.

A Reforma do Aparelho do Estado distingue quatro setores no Estado: o Núcleo Estratégico, o Setor de Atividades Exclusivas, o Setor de Serviços Não-Exclusivos e o Setor de Bens e Serviços para o Mercado (BRASIL, 1995). O Plano Diretor considera como serviços não exclusivos do Estado a educação, a saúde, a cultura, a pesquisa científica e propõem a criação de organizações públicas não estatais para o gerenciamento desses serviços (BEHRING, 2000). Um dos objetivos expressos no Plano Diretor para os serviços não exclusivos é o de

Transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de “publicização”, *transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais*⁹, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária (BRASIL, 1995, 46-47, grifo nosso).

Como consequência das propostas do Plano Diretor, foi aprovada a Lei 9.637/98 que regulamenta as OSs como entidades de interesse social e utilidade pública, sem fins lucrativos e de personalidade jurídica de direito privado com a finalidade de prestar serviços nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (IBAÑEZ et al, 2001). As OSs tem o

⁸ Pereira (1995), principal pensador do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, defende que o enfrentamento da crise do Estado se dará por meio desse plano. No entanto, não há consenso em relação a isso. Autores como Behring (2000) e Boschetti e Behring (2008) tem um posicionamento contrário em relação a esse plano.

⁹ A primeira vez que se vê a terminologia “Organizações Sociais” é no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995).

objetivo de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com eficiência e qualidade (IBAÑEZ; NETO, 2007). As OSs podem também contratar sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos e controles internos ou externos. Além disso, as Organizações Sociais trabalham com metas e se houver demanda maior do que as metas já estabelecidas no Contrato de Gestão, as necessidades da população podem ser negadas (CORREIA, 2011).

As OSCIPs, criadas pela Lei 9.790/99, instituem uma nova forma de repasse das funções do Estado para o setor privado através dos “Termos de Parceria”. Nesse tipo de organização, a transferência da prestação dos serviços públicos de saúde é feita para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas e associações da Sociedade Civil de modo geral (CORREIA, 2011). Diferentemente das OSs – que podem ser criadas a partir da substituição de um órgão público ou extinção da instituição ou dos cargos públicos vagos –, no caso das OSCIPs a transferência dos serviços públicos se dá por meio de parcerias com associações da sociedade civil já existentes (REZENDE, 2007).

No caso das Fundações Estatais de Direito Privado – Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 – a transferência de recursos públicos se dá através de um contrato de gestão para um setor dito “público não-estatal” (CORREIA, 2001). A Fundação Estatal poderá ser instituída somente para o desempenho de atividades não exclusivas do estado, mas que necessitam de maior autonomia e flexibilidade de gestão para maior eficácia e eficiência da ação governamental (GRANEMANN, 2011).

Esses novos modelos de gestão criados afetam diretamente todas as políticas sociais e também as ações de cultura e de conhecimento. A saúde é uma das políticas afetadas por esses novos meios de gerenciamento. As principais problemáticas levantadas sobre as novas formas de gerenciamento da saúde são: 1) contrariedade à legislação do SUS, 2) o prejuízo dos trabalhadores, 3) limitação do controle social.

As transferências de gestão do Estado para as OSs, as OSCIPs ou para as Fundações Estatais contrariam a legislação do SUS. A Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90 admitem a prestação de serviços privados de saúde de maneira complementar e não substitutiva como acontece nos casos dos novos modelos de gestão. A participação do setor privado só é admitida ainda quando as disponibilidades do SUS

forem insuficientes para garantir a cobertura à população de uma determinada área (CORREIA, 2011). Algumas outras irregularidades são encontradas somente na lei que regulamenta as OSs quando dispensa licitação para adquirir bens e serviços e ainda quando prevê o controle social por conselhos administrativos internos da entidade, colidindo frontalmente com as disposições da lei 8.142/90 (REZENDE, 2007).

As OSs e as OSCIPs não precisam de concurso público para a contratação, abrindo precedentes para o clientelismo¹⁰ e para precarização do trabalho¹¹, já que existe a possibilidade de flexibilização dos vínculos e pode não assegurar os direitos trabalhistas e previdenciários. Além disso, no caso das OSs, o Estado pode ceder servidores públicos para entidades privadas, acarretando um ônus para o órgão de que foi cedido e sendo obrigado a prestar serviços a instituições privadas quando foram concursados para trabalhar em órgãos públicos (REZENDE, 2007).

No caso das Fundações Estatais, há uma diferença na forma de contratação. A seleção deve ser feita por concurso público precedido de edital publicado no Diário Oficial, mas o regime jurídico será da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a qual aponta para a quebra da estabilidade do servidor público (GRANEMANN, 2011). A forma de contratação do SUS se dá pelo regime estatutário¹². Apesar da CLT ser uma conquista dos trabalhadores – no sentido de ter garantias trabalhistas e uma legislação a

¹⁰ Neves (2008) faz uma discussão sobre o clientelismo e aponta que o conceito de clientelismo não é fixo e nem imutável, mas é compreendido como uma relação sujeita a constantes mudanças. Existe o conceito de dois tipos de clientelismo: a) clientelismo tradicional: possui caráter personalista e privado e b) clientelismo de massa, corporativo e partidário: possui caráter coletivo, presente em grandes partidos e nas mobilizações políticas de suas lideranças. Mas, em ambos os casos o clientelismo aparece associado à prática do favor e a arte da sedução política, com a finalidade de conquista e preservação do poder. Neves (2008) ainda aponta que o clientelismo ganha força em sociedades onde há uma exclusão social e desigualdades sociais exarcebadas. A justificativa apontada para tal dinâmica é de que “na ausência de um modelo redistributivo, universalista, e com ênfase na minimização do Estado na implementação de políticas públicas, o clientelismo se reforça como moeda de troca entre as populações mais empobrecidas” (NEVES, 2008: 63).

¹¹ A precarização do trabalho pode ser caracterizada como “processo social constituído pela ampliação e institucionalização da instabilidade e insegurança, expressa nas novas formas de organização do trabalho – onde a terceirização/subcontratação ocupa um lugar central – e no recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social através das inovações da legislação do trabalho e previdenciária” (THÉBAUD-MONY; DRUCK, 2007: 31).

¹² Ver BRASIL. Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos. Brasília, 1990.

que possa recorrer – o regime estatutário dos servidores públicos traz mais benefícios que a CLT, além da garantia de estabilidade no serviço público depois de cumprido o tempo de estágio probatório. Dessa maneira, o SUS apresenta mais vantagens que os novos modelos de gestão, pois assegura a Estabilidade de Servidor Público através do Regime Estatutário, o recrutamento de pessoal se dá através de concurso público com direitos trabalhistas garantidos, além de Plano de Cargos, Carreira e Salários (CORREIA, 2001).

Outra questão deve ser pensada – além da questão de precarização do trabalho – é em relação à autonomia profissional. No regime estatutário, os trabalhadores de saúde apresentam maior autonomia para propor novas estratégias, ações, projetos. Isso permite ao profissional de saúde que seu trabalho seja desempenhado com qualidade, já que a prioridade será a de no momento do atendimento estar atento a todas as demandas do usuário, contemplando o princípio da integralidade.

O trabalho com metas, pelas instituições que aderiram aos novos modelos de gestão, pode ser um limitador da autonomia profissional. Pode-se entender por metas o que se deseja atingir. No caso dos serviços de saúde, o número de atendimentos médio por dia por cada profissional, o número de leitos disponíveis, entre outros. Assim, pode ser definida uma determinada quantidade de atendimentos por dia por profissional de saúde. Essa obrigação quantitativa de atendimentos pode fazer com que o profissional se foque no cumprimento das metas e não tenha tempo e/ou disponibilidade de pensar em novos projetos e ações. Além disso, o desenvolvimento dessas novas ações pode acarretar um ônus que a gestão – que se dá por meio de entidades privadas – não está disposta a arcar. A atuação dos profissionais de saúde pode ficar prejudicada pela falta de autonomia.

A lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Para isso, a lei regulamenta os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas fundamentais para o Controle Social. Entretanto, as OSs e as OSCIPs não estão sujeitas ao Controle Social tal como previsto na lei 8.142/90. E as OSs podem, ainda, contratar sem concurso público, adquirir bens e serviços sem licitação e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos (CORREIA,

2011). A transparência sobre os recursos repassados para essas instituições fica comprometida com um modelo de gestão tão autônomo.

O que se percebe com a criação desses novos modelos de gestão do SUS é uma tentativa de privatização¹³ do sistema de saúde público. Privatização é uma expressão utilizada para apontar o processo de “transferência da gestão das atividades das políticas públicas para o setor privado, mediante repasses de recursos, de instalações públicas e de pessoal” (CORREIA, 2011: 45). Dão-se as entidades privadas a oportunidade de se apropriar dos recursos disponibilizados à política pública de saúde e ainda criam-se mecanismos que dificultam a transparência dos gastos e das atividades por elas realizadas.

Apesar de existirem diferenças internas entre os modelos de gestão, todos eles são estratégias articuladas na estrutura do Estado orientadas pela ótica neoliberal, que tem por objetivo a natureza de repasse do fundo público para o setor privado. É possível afirmar que está em curso um processo de privatização do setor público de saúde¹⁴. Esse processo se constitui numa grande ameaça a garantia dos direitos sociais, já que as áreas que estão sendo repassadas são decisivas no processo das lutas sociais cotidianas da efetivação de direitos duramente conquistados na forma da lei.

2.2. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão

Os Hospitais Universitários Federais, espalhados pelo território brasileiro, totalizando 46, apresentam problemas comuns, como: o quadro de servidores deficitários, fechamento de leitos e serviços, sucateamento de aparelhagem e espaço físico, flexibilização e precarização dos recursos humanos (DRAGO, 2012). O problema dos hospitais universitários (HUs) assume múltiplas dimensões. Os hospitais

¹³ Para lutar contra esse processo de privatização da saúde pública, foi criado um movimento composto por diversas entidades chamado “Frente nacional contra a privatização da saúde”. Para mais informações sobre esse movimento ver: BRAVO, Maria Inês Souza. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 105, mar. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n105/12.pdf> >. Acessos em 19 fev. 2013.

¹⁴ Um exemplo sobre a privatização do setor público de saúde é o Estado de São Paulo que adota a figura da organização social dentro das medidas de gestão dos serviços públicos de saúde (IBAÑEZ, 2001). Foi aprovada a Lei Complementar n° 45/2010, em dezembro do ano de 2010, pela Assembléia Legislativa de São Paulo. Essa lei permite que 25% dos leitos dos hospitais públicos do estado geridos por organizações sociais sejam “vendidos” a pacientes particulares e de convênios médicos privados (CORREIA, 2011).

universitários – que funcionam como hospitais escolas, já que integram a política de saúde a política de educação – tem como funções: atuar como centros de apoio ao ensino das unidades acadêmicas na área da saúde; formentar ações científicas com relevância acadêmica e impacto social; prestar assistência a saúde integradas as necessidades do SUS e da sociedade (DRAGO, 2012).

As ações desenvolvidas – no que tange à formação de recursos humanos para a saúde e a prestação de serviços de assistência especializada – em prol dos HUs também não estão deslocadas do projeto neoliberal vigente. Quando se analisa a dimensão organizacional dos HUs percebe-se que os espaços ocupados pelos HUs não se encontram entre as prioridades da política de saúde. Na política de educação não é diferente, já que o Ministério da Educação (MEC) repassa gradativamente a educação superior à iniciativa privada (DRAGO, 2012).

Somente no ano de 2004, com o governo Lula, que se iniciam as discussões sobre a Reforma Universitária. Essa discussão culminou para a aprovação da Lei Orgânica da Educação Superior, aprovação do projeto de cotas e do Programa Universidade para Todos (PROUNI), entre outras medidas. Ainda nesse período, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e os HUs foram incluídos nesse programa. (DRAGO, 2012).

Em 2010 foi elaborado o Decreto nº 7.082/2010 que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários – REHUF. O REHUF tem como objetivo “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão de assistência à saúde” (BRASIL, 2010).

O REHUF tem como objetivos específicos: atender as necessidades do ensino de graduação na área da saúde; desenvolver programas de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais; estimular o desenvolvimento de pesquisas de interesse do SUS; garantir oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS; avaliar novas tecnologias em saúde; desenvolver atividades de educação permanente para a rede de serviços do SUS (BRASIL, 2010).

Duas questões chamam atenção no decreto que institui o REHUF. A primeira delas diz respeito ao financiamento dos hospitais universitários, este deve ser partilhado, paritariamente, entre as áreas de saúde e educação. Sobre o financiamento, Drago (2012) considera que existe uma intencionalidade do MEC em reduzir sua participação no orçamento dos HUs, ao mesmo passo que há um aumento da participação no orçamento por parte do Ministério da Saúde, reforçando a lógica de que educação e saúde são por demais dispendiosas ao governo.

A segunda questão é sobre os processos de gerenciamento. É colocado que para a realização dos objetivos acima citados, uma das medidas a serem tomadas é a de modernização – compreendendo questões como a eficiência e a eficácia gerencial – da gestão nos hospitais universitários federais (DRAGO, 2012), com a finalidade de qualificar a assistência prestada e otimizar do custo-benefício dos procedimentos. É perceptível a intenção de repasse da gestão dos HUs para um novo modelo.

A intenção de repasse da gestão dos HUs toma materialidade quando é elaborada a medida provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010, que autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A urgência da medida foi justificada pela necessidade de resolver o impasse dos 26 mil contratados terceirizados dos HUs que o Tribunal de Contas da União (TCU) declarou ilegal (CISLACHI, 2011). A medida provisória, mais tarde, é transformada na Lei nº 12.550 de 2011.

A EBSERH é uma empresa pública com personalidade de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao MEC e com prazo de duração indeterminado. Tem por finalidade a

Prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

Assim como os outros modelos de gestão já explicados, a EBSERH trabalha com metas, o que pode prejudicar a autonomia dos profissionais de saúde e também o acesso por parte dos usuários aos serviços de saúde (CISLACHI, 2011). É padrão que as instituições aderiram a um modelo de gestão que tivesse como base a parceria público-

privado trabalham com metas. A priori, trabalhar com metas não é um problema. Torna-se um problema quando as metas, ao invés de impulsionarem o crescimento e o melhoramento dos serviços de saúde prestados, convertem-se em limitadores para o acesso aos serviços de saúde.

A autonomia dos profissionais de saúde pode ser reduzida devida a possível obrigação quantitativa de atendimentos por dia. Com uma agenda mais corrida e fechada, o profissional de saúde não encontra tempo para poder implementar novos projetos dentro do hospital.

O acesso aos serviços de saúde também pode ser restringido pelas metas. Uma vez que o hospital tem metas estabelecidas, quando estas são cumpridas pode haver uma recusa por parte da gestão do hospital a continuar com a oferta de serviços de saúde com o pretexto de que as metas já foram alcançadas (CISLACHI, 2011).

Outra novidade que surge com esse modelo é o “ressarcimento de despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde” à EBSEH (BRASIL, 2011). Ressarcimento é um meio de reembolsar, de compensar as despesas por meio de atendimento de planos privados. Existe o risco desse ressarcimento ser feito via reserva de leitos para planos de saúde, regulamentando uma dupla porta de entrada (CISLACHI, 2011).

O ingresso na EBSEH será feito mediante concurso público com edital previamente publicado no Diário Oficial e o regime de pessoal será o da CLT (BRASIL, 2011). Percebe-se a tentativa de precarização do trabalho e existe uma quebra do regime estatutário, não garantindo estabilidade. Poderá, também, ser cedida a empresa servidores públicos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas. Os direitos e as vantagens dos servidores ficam assegurados, mas ocorrerá um ônus na para Estado em relação aos profissionais cedidos (CISLACHI, 2011).

O controle social retrocede na legislação que cria a empresa, somente permitindo a atuação de membros da sociedade civil no Conselho Consultivo e não fazendo referência alguma à lei 8.142/90. A ideia de controle social inspira a participação de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, para que estes possam assegurar políticas de saúde pautadas nas necessidades do conjunto social (CORREIA, 2006). O papel do

controle social será reduzido porque este não será mais realizado na estrutura do Estado, não sendo possível assegurar políticas de saúde ordenadas em necessidades do conjunto social. A participação da sociedade é possível, mas será dentro de um conselho na estrutura de uma empresa pública de direito privado. Sendo assim, as prioridades da empresa serão pautadas no lucro e não em necessidades sociais.

É necessário salientar que a centralização de toda uma gestão de saúde em uma empresa afronta a descentralização preconizada pela Constituição Federal de 1988. O princípio da descentralização político-administrativa consiste em um comando único que implica que os governos municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para implementar ações e serviços de saúde. A proposta da descentralização tem o propósito de democratizar o processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação a uma dada comunidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). A EBSEH poderá gerir os hospitais universitários de todo o país, concentrando uma gestão nacional em um órgão somente, contrariando a legislação do SUS.

No caso específico da EBSEH, além das implicações já apontadas, existe mais uma limitação que merece atenção. A problemática apontada quanto à adesão dos hospitais universitários à EBSEH diz respeito às pesquisas realizadas para fins acadêmicos. As atividades da empresa serão exclusivamente para atendimento do SUS, mas nada se diz sobre as atividades de pesquisa e extensão, sendo estas podendo ser vendidas a entidades privadas por meio de contratos e convênios (CISLACHI, 2011).

A EBSEH começou a ser adotada em algumas universidades brasileiras no ano de 2012. Em Brasília, na Universidade de Brasília – UnB foi deliberada a autorização favorável à adesão do HUB à EBSEH no dia 18/05/2012 em reunião do Conselho Superior Universitário – CONSUNI. A adesão foi aprovada com quarenta votos favoráveis, seis contrários e duas abstenções. A UnB foi a primeira das universidades federais a autorizar o novo modelo de gestão da EBSEH para os hospitais universitários e o HUB deve ser um dos primeiro dos 46 hospitais universitários a ser administrado pela EBSEH (CRONEMBERGER, 2012).

No dia 17 de janeiro de 2013 foi assinado o contrato da EBSEH com a UnB. A empresa passa, agora, a administrar o HUB, sendo responsável pelo pagamento de funcionários e compra de insumos, entre outras atividades. Além disso, a empresa tem o

objetivo de resolver o impasse na regularização de 634 profissionais do hospital e as limitações de financiamento (COSTA, 2013).

Pela legislação a contratação dos profissionais de saúde do HUB deveria ser feita mediante o regime dos servidores públicos, regulamentado pela Lei 8.112/90. No entanto, existe a contratação de profissionais de saúde por meio de terceirização. Para esses profissionais não é garantido nem os benefícios da CLT. A adesão à EBSEH acontece num contexto de sucateamento do hospital, de diversos tipos de vínculos empregatícios, de problemas com questões de financiamento, entre outras. A EBSEH traz uma proposta de um modelo de gestão diferente das gestões anteriores. A gestão do HUB pela EBSEH trará mudanças, mesmo que pequenas, em todas as dimensões de um hospital de ensino: a organizacional, a do ensino, a assistencial, a política, a financeira e a social. Entender como essas mudanças estão sendo percebidas pelos profissionais de saúde e entender o processo de transição de um tipo de gestão para outra, foi o que motivou a pesquisa empírica realizada no HUB.

Capítulo 3 - A adesão à EBSEERH: motivações, receios e expectativas.

Como resultados dessa pesquisa serão discutidas e analisadas as motivações para a adesão da UnB à EBSEERH – tendo como documento para análise a ata do CONSUNI da reunião do dia 18 de maio de 2012 – e, também, as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde do HUB sobre a EBSEERH, que permitiram entender como as mudanças já no processo de transição entre a gestão pela UnB e a gestão pela EBSEERH estão sendo percebidas. Desse modo, os resultados serão discutidos em dois blocos: o primeiro referente a análise da ata do CONSUNI e o segundo referente a análise das entrevistas.

3.1. As motivações para a adesão da UnB à EBSEERH

Uma das grandes motivações para adesão a EBSEERH identificadas foi obtida a partir da análise da ata do CONSUNI. As questões relativas ao financiamento e ao alto custo para a manutenção do HUB foram apontadas como as razões para que a UnB adotasse esse novo modelo. No entanto, outras questões levantaram preocupação por parte dos conselheiros caso houvesse adesão da UnB à EBSEERH. Questões essas que são de grande relevância, como: preocupação com questões trabalhistas, autonomia universitária. Os seguintes trechos ilustram as preocupações dos membros do CONSUNI sobre a adesão a EBSEERH:

“[...] destacou que está preocupado com a situação dos trabalhadores terceirizados do hospital” (Ata da 391ª reunião do CONSUNI).

“[...] salientou que a autonomia universitária é questionável na adesão a contratualização da EBSEERH e defende a preservação dos servidores lotados no HUB” (Ata da 391ª reunião do CONSUNI).

No que diz respeito às questões financeiras e orçamentárias, foi colocado na reunião do CONSUNI que discutiu a adesão à EBSEERH que o HUB apresenta um alto custo para a UnB. Dessa maneira, a adesão à EBSEERH permitiria equacionar a questão financeira e orçamentária do HUB, garantindo maior eficiência na alocação de recursos públicos. Do ponto de vista financeiro, com a contratação da EBSEERH, os repasses de verba da UnB ao HUB seriam interrompidos, e investimentos como de material e obras deixariam de ser de responsabilidade da Universidade.

De fato os HUs são instituições onerosas. Médici (2001) aponta que o custo dos HUs é 12% mais elevado que o dos hospitais não-universitários de alta tecnologia. No entanto, Médici (2001) não justifica a onerosidade dos HUs somente pelo mau gerenciamento ou pela inexistência de financiamento e incentivos adequados. Ele aponta que questões como a falta de integração aos demais níveis de atenção à saúde e a formação de profissionais de saúde se dar somente em hospitais de alta complexidade como justificativas para o alto custo dos HUs.

Como possíveis soluções para os altos custos dos HUs é apontada que a maior integração as redes locais de saúde com a finalidade de atender as reais necessidades de saúde de cada região, a subordinação aos sistemas de referência e contra-referência existentes e a formação de profissionais de saúde não somente em hospitais de alta complexidade, reformulando o conceito de ensino em saúde sem necessariamente vinculá-lo a existência dos HUs são alternativas para o enfrentamento dos problemas de financiamento (MÉDICI, 2001). Essas alternativas estão em consonância com a proposta do SUS, no que diz respeito à integralidade na assistência que permite o acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações, serviços e níveis de atenção.

Apesar desses problemas apontados por Médici (2001) que incidem diretamente no problema orçamentário dos HUs, outros aspectos também recaem sobre os problemas financeiros dos HUs. Cislighi (2011) aponta que apenas os HUs federais acumulam um total de déficit de 30 milhões por ano entre o que é produzido e o que é pago. E esse problema tem sua origem nos valores defasados da tabela do SUS. Além disso, existe a falta de reposição de pessoal através de concurso público que faz com que os hospitais utilizem grande parte de sua verba para a contratação de pessoal terceirizado. Essa contratação pode se dá por meio de cooperativas, sem garantia alguma de direitos trabalhistas e com baixíssimas remunerações.

Levando em consideração as ponderações feitas é possível concluir que a adesão à EBSERH não garante que os problemas de ordem orçamentária serão resolvidos. A UnB deixará de arcar com despesas que antes eram de sua responsabilidade e a EBSERH irá assumir essas despesas. No entanto, o problema de financiamento pode persistir na gestão da empresa. O problema de financiamento se mostra anterior ao do

modelo de gestão. Este não pode resolver automaticamente os problemas colocados para os HUs.

Outras questões relacionadas à EBSEH também foram discutidas na reunião do CONSUNI que aprovou esse modelo de gestão. Não foram questões motivadoras para a adesão à empresa, mas são questões relevantes e que levantaram a preocupação dos conselheiros que participaram dessa reunião, merecendo que se faça uma discussão sobre elas também. Os temas relativos às questões trabalhistas – envolvendo o regime dos trabalhadores do HUB e a terceirização dos trabalhadores¹⁵ – foram alvo de discussão dos conselheiros, como mostram os relatos a seguir:

“[...] demonstrou preocupação com a privatização do HUB e com a situação trabalhista dos servidores do hospital quando este firmar contrato com a EBSEH” (Ata da 391ª reunião do CONSUNI).

“[...] registrou que a situação dos servidores do SICAP é calamitosa e fez um relato dos problemas trabalhistas que atingem esta Universidade e o Hospital Universitário” (Ata da 391ª reunião do CONSUNI).

A preocupação vem da falta de clareza se os profissionais estatutários que desejarem permanecer no HUB permanecerão no mesmo regime ou terão que optar pelo regime celetista. A situação dos trabalhadores terceirizados é ainda mais delicada. De acordo com o que foi registrado na ata, a situação dos trabalhadores terceirizados é calamitosa. Grande parte destes não possui nem os benefícios garantidos pela CLT, sendo a parte mais frágil na discussão sobre a adesão ou não à EBSEH.

Com relação aos servidores de regime estatutário, foi registrado que estes permaneceram no regime estatutário podendo ser cedidos da UnB e permanecendo no HUB. Fica facultado a eles optar ou não pelas vantagens oferecidas pela empresa. O receio demonstrado a cerca dessa discussão é sobre uma possível tentativa de extinção do serviço público de regime estatutário no HUB.

¹⁵ Entende-se aqui como categoria de trabalhadores terceirizados: os trabalhadores terceirizados via subcontratação por outra empresa e os trabalhadores prestadores de serviços via contrato assinado pelos mesmos.

A discussão em torno desses novos modelos de gestão do SUS toca em questões trabalhistas, particularmente na tentativa de extinção dos servidores públicos. Isso reduziria os direitos trabalhistas, no sentido de limitar os benefícios dos trabalhadores ao regime celetista. Essa colocação não tem o objetivo de desmerecer a CLT que foi uma das grandes conquistas para os trabalhadores, mas sim de destacar que os servidores de regime estatutário gozam de benefícios melhores que os trabalhadores de regime celetista. Prova disso é que os servidores públicos, depois do período de estágio probatório, tem estabilidade. A estabilidade permite ao servidor não ser demitido do cargo a não ser que cometa uma falta realmente grave no trabalho. Este é o mais notável dos benefícios do regime estatutário¹⁶.

Essa tentativa de extinção dos servidores públicos, além de limitar os benefícios trabalhistas, pode acarretar precarização do trabalho. A precarização do trabalho vem acompanhada da instabilidade e insegurança quanto à garantia do vínculo empregatício e do recuo do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social (THÉBAUD-MONY; DRUCK, 2007). Dessa maneira, pode haver uma cobrança maior de resultados dos trabalhadores e uma diminuição dos salários oferecidos. Além disso, a rotatividade de trabalhadores pode se tornar maior.

A terceirização de trabalhadores para o HUB foi um dos pontos muito discutidos na reunião do CONSUNI. É possível observar nos registros da ata que há a preocupação com esses trabalhadores pela falta de clareza sobre o que aconteceria com esses trabalhadores com a entrada da gestão pela EBSEH. Como resposta a esses questionamentos foi dito que após a assinatura do contrato, os trabalhadores terceirizados poderão ser absorvidos por meio de contratação temporária, precedida de processo seletivo simplificado o qual não poderá exceder cinco anos. Desse modo, os problemas com pessoal recairão sobre as camadas mais desprivilegiadas. Uma vez que a absorção desses profissionais será temporária, não garantindo aos mesmos estabilidade no cargo em que ocupam independente do modelo de gestão vigente.

¹⁶ O regime celetista também prevê o gozo da estabilidade no artigo 492. No entanto, a estabilidade só poderá ser gozada quando o empregado contar mais de dez anos de serviço na mesma empresa. No caso do regime estatutário a estabilidade é concedida ao empregado depois de passar pelo estágio probatório.

Não existe uma definição comum para a terceirização, no entanto, há elementos centrais em todas as formulações, como a ideia de repasse a outro, a um terceiro e a referencia a flexibilidade (da produção e do trabalho) como uma alternativa a redução dos custos (THÉBAUD-MONY; DRUCK, 2007). Esse processo de flexibilização nos processos de trabalho tem acarretado a desregulamentação dos direitos conquistados pelos trabalhadores. Não é diferente nos HUs – que também sofre as consequências do modelo político-econômico de cunho neoliberal – que acaba intensificando o processo de terceirização da força de trabalho.

Bezerra (2012) aponta que na pesquisa realizada por ela no Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL, em 2011/2012, 250 dos 1.255 trabalhadores eram funcionários de empresas terceirizadas. No decorrer do ano dessa pesquisa 11% dos trabalhadores do HUOL se aposentaram e houve um aumento nas contratações por empresas terceirizadas em 64%. Verifica-se, então, que não existe uma reposição de profissionais nos HUs via concurso público. O déficit de pessoal é resolvido via contratação de trabalhadores terceirizados.

O aumento da terceirização nos HUs traz rebatimentos significativos nos processos de trabalho da instituição. O primeiro aspecto que se deve considerar é a diferença salarial, muitas vezes para o desempenho de funções que necessitam de formação semelhante. Outro aspecto que merece ser destacado diz respeito à instabilidade na prestação dos serviços, visto que, periodicamente, os contratos com as empresas terceirizadas são extintos. Por fim, existe a questão da fragmentação do movimento desses trabalhadores, já que num mesmo espaço podem existir diferentes vínculos empregatícios. Isso dificulta a articulação entre as categorias e fragiliza o movimento reivindicatório para a melhoria de condições salariais e de trabalho (BEZERRA, 2012).

Preocupações como a autonomia universitária e o caráter de hospital escola do HUB também foram salientadas na ata do CONSUNI. Foi colocado que a autonomia universitária é questionável na adesão à EBSEH. A autonomia universitária está prevista no artigo 207 da Constituição Federal de 1988 e engloba três dimensões: a didático-científica, administrativa e gestão financeira e patrimonial. Mas deve-se obedecer ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

A dimensão da gestão financeira e patrimonial poderá ficar comprometida ao se passar o HUB para ser gerido por uma empresa pública de direito privado. Além disso, há um comprometimento das dimensões didático-científica e administrativa também. Ao aderir à gestão da EBSEH, esta fica responsável por administrar os recursos destinados ao HUB, podendo alocar os recursos da maneira que melhor convir. As dimensões didático-científica e administrativa ficam comprometidas em “segundo plano”, já que a administração do HUB não mais será de responsabilidade da UnB e a produção científica conectada ao ensino, pesquisa e extensão e os recursos destinados aos mesmos ficam a cargo e decisão da gestão da empresa.

Fica claro que o principal motivo para a adesão da UnB à EBSEH foram os problemas relativos ao financiamento do HUB. Mas foram levantadas questões de grande relevância que deveriam ser discutidas com mais entusiasmo antes de se tomar a decisão sobre a adesão ou não da EBSEH. As questões trabalhistas, terceirização, autonomia universitária mereciam uma discussão mais aprofundada antes de aprovar a adesão ou não a empresa. Alguns poucos conselheiros sugeriram que se fosse feita outras reuniões antes de votar pela aprovação da adesão à EBSEH. A sugestão não foi acatada pelos demais conselheiros. Ao que parece a decisão pela adesão a empresa se mostrou um tanto precipitada.

3.2. As expectativas dos profissionais de saúde do HUB sobre a gestão da EBSEH

Foram realizadas cinco entrevistas sobre aspectos relacionados à gestão da EBSEH com profissionais de saúde do HUB, sendo: 2 assistentes sociais, 1 médico, 1 psicólogo e 1 fonoaudiólogo. Nas entrevistas foram abordadas questões que sofrem impacto direto com o novo modelo de gestão adotado por meio da adesão a EBSEH. São elas: 1) compreensão sobre a EBSEH; 2) vínculo empregatício, no que tange ao regime de previdência social adotado; 3) autonomia profissional; 4) acesso dos usuários aos serviços de saúde prestados no HUB e 5) caráter de hospital escola do HUB. Os resultados obtidos fazem referência em menor ou maior grau em todos os aspectos que compreendem os resultados das entrevistas.

3.2.1. A compreensão dos profissionais de saúde sobre a EBSEH

Todos os profissionais de saúde do HUB sabem que a EBSEH é uma empresa que foi criada com a finalidade de gerenciar os HUs do Brasil que resolverem aderir a

ela. No entanto, nas falas não existe clareza sobre a natureza jurídica da mesma. Não ter a noção de que a EBSEH é uma empresa pública de direito privado limita o debate as implicações da adesão à empresa. Uma empresa pública de direito privado tem como finalidade participar do mercado econômico. As empresas públicas se nivelam as demais empresas na exploração da atividade econômica e por esse motivo possuem personalidade de direito privado.

A participação, a competição no mercado econômico tem o objetivo de obtenção de lucro. Apesar de oferecer serviços de interesse público e social, o lucro é a principal finalidade de uma empresa com a personalidade jurídica privada. A consequência dessa mudança de objetivos com a adesão a uma empresa como essa é a inversão da lógica do direito. Na esfera pública a perspectiva é a do direito, já na esfera privada a lógica é ou da mercadoria ou do favor. Com o repasse da gestão da esfera pública para a esfera privada – no caso a EBSEH – a perspectiva passada aos usuários passa a ser a do favor.

A transferência da gestão de HUs para a EBSEH além de envolver a política de saúde, também envolve a política de educação. Tanto os serviços de saúde quanto os serviços de educação são serviços não-exclusivos do Estado, ou seja, são serviços que também podem ser oferecidos pela iniciativa privada. Mecanismos de repasse desses serviços a entidades privadas foram criados como estratégias que tinham como orientação a lógica neoliberal. Um dos principais documentos que propôs estratégias como essa foi o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. É perceptível uma clara tentativa de privatização dos serviços de saúde públicos (com consequências diretas na política de educação) e de erosão dos direitos sociais.

3.2.2. Vínculos empregatícios: diferentes tipos de regime de previdência social

A maioria dos entrevistados – 3 dos 5 entrevistados – possuíam vínculo empregatício pelo regime estatutário. Outro entrevistado era contratado terceirizado do HUB e o último não mencionou qual o tipo de vínculo que tinha com o HUB. O grande problema mencionado por aqueles que trabalhavam no regime estatutário era a decisão da empresa, juntamente com o decanato de gestão de pessoas da UnB, de realocar a grande maioria desses profissionais na UnB.

A intenção de realocação dos servidores do HUB fica clara na fala de um dos entrevistados: “O que a gente ficou sabendo na reunião é que todos ou pelo menos muitos dos funcionários do HUB vão ser alocados na UnB, entendeu? Então no caso da psicologia, eu, particularmente dei uma ‘brochada’” (Entrevistado 5). O que era esperado dos profissionais de saúde do HUB era que com a gestão da EBSEH, o gerenciamento dos horários dos funcionários, dos serviços e dos recursos fosse melhor. O atendimento, então, seria prestado com melhor qualidade aos usuários. Ao ficarem sabendo que seriam alocados na UnB, os profissionais de saúde ficaram pessimistas em relação ao trabalho que desenvolvem dentro do hospital, começando a pensar em serviços a serem prestados a curto prazo e não mais a médio e longo prazo.

Os profissionais de regime estatutário gozam de uma autonomia profissional maior que os profissionais de outro regime. O fato do HUB ser caracterizado como um hospital escola também contribui para uma grande autonomia profissional. Isso faz com que os profissionais possam desenvolver as ações que acharem necessárias para os usuários, passando pela perspectiva dos direitos sociais. Como a principal finalidade de uma empresa de direito privado é competir no mercado econômico, visando o lucro, não é interessante para a gestão do hospital que os profissionais de saúde gozem de tanta autonomia profissional.

O que se consegue notar com a proposta de realocação dos profissionais de saúde do HUB é que existe a intenção de extinguir do HUB servidores sob o regime estatutário. Pretende-se realizar a contratação de profissionais via regime celetista, a fim de tornar as relações de trabalho mais fragilizadas, no sentido de diminuir os benefícios acessados pelos trabalhadores, de fazer com que haja maior rotatividade de profissionais. Esses fatos não garantem maior qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelos HUs. Esses aspectos só permitem que a lógica do direito seja substituída pela lógica do favor. E também permitem a extração de lucro.

Os estados da Federação e o Governo Federal vêm praticando uma política de desresponsabilização com a contratação e valorização dos trabalhadores para a rede do SUS. Essa política estimula a precarização das relações de trabalho por meio de baixos salários, da multiplicação de gratificações e do culto à mercantilização (BATISTA JÚNIOR, 2007). Essa política vem recaindo sobre os HUs e outras instituições que

aderiram a um dos novos modelos de gestão do SUS, que acabam abrindo espaço para a contratação de profissionais por meio do regime celetista. No entanto, defende-se que seja garantida a estabilidade dos trabalhadores para a garantia plena do exercício profissional (BATISTA JÚNIOR, 2007).

Outra questão que se mostra preocupante é a situação dos trabalhadores terceirizados no HUB. Um dos entrevistados trabalha no HUB por meio de contrato de terceirização. A situação desse vínculo empregatício aparece de maneira calamitosa, como relata uma pessoa entrevistada:

No HUB, ele...agente não tem um contrato de trabalho previsto pela CLT...não tem, agente não recebe nenhum tipo de benefício, ou seja, agente não tem fundo de garantia, agente não tem férias...é, ou seja, agente só recebe aquele salário mensal, é, então agente só tem aquele salário mensal ali, é, é... um vínculo totalmente assim, sem nenhuma segurança (Entrevistado 1).

Outra pessoa entrevistada abordou minimamente a questão da terceirização no HUB e justificou a criação da EBSEH para resolver os problemas de terceirização dos hospitais. De acordo com a fala de um dos entrevistados existe um número maior de profissionais terceirizados que profissionais sob o regime estatutário. Nesse sentido, a contratação desses profissionais sem segurança e estabilidade nenhuma no trabalho se justificaria porque “só vai saindo [funcionários], não vai entrando ninguém aí no lugar desse que sai, como não tem concurso eu coloco um contratado com um contrato precário de trabalho, ele não tem direito a férias ele não tem direito a décimo terceiro” (Entrevistado 2).

Para o entrevistado terceirizado a adesão à EBSEH não parece uma ideia ruim. Na verdade, a possibilidade da empresa absorver os profissionais que se encontram em contratos extremamente precários de trabalho é benéfico para os que se encontram nessa situação. Depreende-se que antes mesmo da tentativa de privatização dos HUs federais, já se promovia uma efetiva mercantilização das relações de trabalho, com nítida política de desvalorização e desestímulo salarial dos profissionais (BATISTA JÚNIOR, 2007), por meio do processo de terceirização dos trabalhadores do HUB.

3.2.3. Autonomia profissional

A autonomia profissional foi um dos pontos muito abordados no decorrer das entrevistas. O HUB tem uma característica diferenciada em relação aos outros hospitais,

ele se configura como um hospital escola. Portanto, abrange nos serviços oferecidos a política de educação e a política de saúde. Foi questionado aos profissionais de saúde se a autonomia profissional permaneceria a mesma com a entrada da EBSERH para o gerenciamento do HUB. Dois dos entrevistados acreditam que com a gestão da empresa a autonomia profissional pode ser prejudicada. Um dos entrevistados acredita que o maior ou menor grau de autonomia profissional vai depender do setor que o profissional estiver trabalhando. Um acredita que na questão da autonomia profissional não vai existir mudanças. E um dos profissionais não conseguiu distinguir muito bem o programa que está inserido da autonomia profissional.

Os participantes que acreditam que a autonomia profissional pode de alguma maneira ser prejudicada, creem que com a entrada de uma gestão realizada por uma empresa pública de direito privado a autonomia profissional será preservada enquanto os profissionais se mantiverem realizando atividades na linha que a gestão da empresa propõe. Assim, as propostas a serem desenvolvidas dentro do HUB serão orientadas pelo desejo da gestão. Significa que o que fugir da vontade da gestão pode ser dificultado de ser realizado. Além disso, as propostas não poderão ser desenvolvidas sem a aprovação de um coletivo. Essas questões ficam claras na fala de um entrevistado:

Ele chegou [gerente da EBSERH] e falou: - Eu quero propostas agora para serem desenvolvidas, a partir de agora, pensando na linha de cuidados. [...] Tudo que você for fazer, propor, eu quero que seja na linha de cuidados. Você não tem autonomia pra propor. Pelo que eu entendi, a fala é bem assim: você propõe, coloca pro coletivo. Só vai ser realmente posto em pratica, se o coletivo acorda e concordar que aquilo é viável [...] Eu não tenho 100% de autonomia pra sair fazendo as coisas. Eu tenho que levar pro um colegiado. Vai existir um colegiado (Entrevistado 2).

O entrevistado que acredita que irá depender do setor o maior ou menor grau de autonomia, relata que em áreas mais específicas – de trabalho de ponta – a autonomia profissional se mantenha como está. No entanto, em setores de atividades não tão específicas, o entrevistado acredita que vai haver uma manipulação grande em cima do funcionário. Dessa maneira, somente serão desenvolvidos os programas e projetos que forem de interesse da gestão da EBSERH.

Um dos entrevistados fez certa confusão entre autonomia profissional e o programa em que está inserido. Mas revelou ter certo receio em relação a não manutenção da autonomia profissional, já que o programa em que está inserido dentro

do HUB é resultado de um processo de luta junto ao Ministério da Saúde para a obtenção do credenciamento. Mostra indignação ao revelar que a EBSEERH e tão pouco a UnB se mostram preocupadas com o futuro desses programas.

O que se percebe claramente na fala dos entrevistados é a incerteza da manutenção de projetos e programas dentro do HUB. E essa incerteza aumenta se pensarmos que a gestão pela EBSEERH pode não achar interessante alguns projetos e programas dentro do HUB. Caso suposições como essa se concretizem fica bem lúcida a tentativa de diminuir a autonomia profissional dentro do HUB. Mas, por ser um hospital escola, a propostas feitas para atendimentos no HUB ainda podem ter uma abertura maior do que em outros espaços com configurações semelhantes.

3.2.4. O acesso dos usuários aos serviços de saúde oferecidos pelo HUB

A maioria dos profissionais de saúde acredita que os serviços de saúde oferecidos no HUB com a gestão da EBSEERH ficarão melhores para os usuários. Com a melhor administração dos recursos financeiros, o hospital poderá melhorar a estrutura e os equipamentos. Os recursos físicos e materiais ajudaram a melhorar o atendimento aos usuários. A expectativa em relação ao atendimento aos usuários é a melhor.

No entanto, algumas ressalvas foram feitas por alguns profissionais de saúde. A incerteza dos profissionais de saúde quanto à continuação de alguns programas no HUB faz alguns profissionais de saúde acreditarem que caso haja a extinção desses programas será ruim para alguns usuários. A realocação de profissionais de saúde do HUB para a UnB também pode ser ruim para os usuários no sentido de que em alguns programas os profissionais já acompanham os usuários há anos. A realocação desses profissionais pode trazer uma quebra no atendimento oferecido para os usuários. Além disso, outra ressalva feita por um dos profissionais diz respeito ao acesso desses usuários aos serviços de saúde oferecidos. O profissional de saúde colocou que espera que o serviço oferecido melhore, mas o que teme é que haja dificuldade de acesso ao atendimento:

A única coisa que eu temo não é nem pela qualidade do atendimento, mas a dificuldade do acesso ao atendimento. Eu não sei o que a empresa pensa sobre isso, como é que ela pensa esse fluxo como ela vai receber. Mas eu acho que uma coisa que tem que ser pensada é: o acesso vai melhorar? Porque eu acho que ele piorou muito. E aí com a empresa vai facilitar ou vai piorar? (Entrevistado 2).

De fato, as considerações feitas sobre o acesso dos usuários ao atendimento são coerentes e devem ser discutidas. A Lei 12.550/11 (artigo 3º, § 3º) prevê o “ressarcimento das despesas com atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde”. Há o risco desse ressarcimento ser feito por reserva de leitos para os planos de assistência à saúde (CISLAGHI, 2011). Essa realidade não está tão distante e nem é tão impossível. Fato é que foi aprovada uma lei complementar no Estado de São Paulo que permite que os hospitais públicos gerenciados por organizações sociais vendam até 25% dos leitos.

3.2.5. O caráter de hospital escola do HUB

Os HUs tem o caráter de hospitais escola, ou seja, não são destinados a oferecer somente serviços de saúde, devem também promover a integração entre os serviços de saúde oferecidos com as necessidades de ensino de graduação na área de saúde. Envolvem, portanto, a política de educação. Os HUs se caracterizam como campo importante para a realização de ensino, pesquisa e extensão. Desse modo, os HUs são espaços onde há constante proposição de novas ideias, projetos, programas e ações que visem à prática do ensino, pesquisa e extensão, e, além disso, a melhoria dos atendimentos as demandas dos usuários.

Como já dito, alguns profissionais de saúde acreditam que com a entrada da EBSERH para gerir o HUB a autonomia profissional pode ser prejudicada. Esse fato influencia diretamente no caráter de hospital escola do HUB. Os HUs recebem muitos estagiários e residentes para a formação acadêmica dos mesmos. Durante o tempo de estágio e das residências, os alunos devem propor inovações no setor em que estão inseridos e cabe aos supervisores e preceptores (profissionais de saúde) dar o apoio necessário, orientar e supervisionar as atividades propostas pelos alunos. No entanto, os supervisores e preceptores só podem realizar as atividades que lhes cabem e dar apoio aos alunos nas suas proposições se eles mesmos tiverem autonomia suficiente para isso.

Por esses e outros motivos – como o trabalho com metas¹⁷ e o fundo destinado a atividades de pesquisa e extensão¹⁸ – que se acredita que o HUB pode perder o caráter

¹⁷ Como já dito no capítulo 2 o trabalho com metas não é um problema. O problema é quando as metas se tornam limitadoras da prática profissional. Elas podem tornar-se limitadoras da prática profissional quando numa gestão como essa proposta pela EBSERH se deixe de atender os usuários por já ter atingido as metas.

de hospital escola. Caso o HUB deixe de ser um hospital escola, estará se perdendo uma das principais funções de um hospital universitário. As falas dos entrevistados revelam essa preocupação com a preservação da identidade de hospital escola do HUB.

O futuro dos estágios estão, assim, em jogo. Nesse sentido de que os estagiários vinham e propunham, traziam coisas novas, né? Aqui agente acabava acatando porque havia espaço pra gente fazer esse tipo de coisa. Agora não vejo assim não, eu acho que vai é... diminuir um pouquinho esse poder de propor alguma coisa e ela ser realmente aplicada. O estagio, a intervenção você tem que montar um projeto de intervenção, né? Na realidade, mas aqui vai ter que ser um pouquinho mais redondinho esse projeto, não vai ser uma coisa. Não vai poder fugir da linha de cuidados que eles proporam, então assim fica muito ruim (Entrevistado 2).

E a autonomia universitário eu acho que se perde, totalmente, porque , não vai se ter mais a liberdade ou talvez o interesse da empresa de determinadas pesquisas e... Até porque tem pesquisa que vai contar, né? O sistema digamos, assim, então eu acho que isso vai se perder não vai querer mostrar alguns dados, ne? Que vão desfavorecê-la, isso se perde, que é o principal, que é a assistência não é o principal, que o principal é pesquisa (Entrevistado 5).

A preocupação quanto à incerteza da preservação da identidade de hospital escola do HUB aparece como uma questão de grande relevância. As causas para a perda desse caráter de hospital escola estão intimamente ligadas a outros aspectos apreciados no decorrer desse estudo. Desse modo, a adesão à EBSEH pode implicar na perda dessa identidade de hospital escola e acarretar em obstáculos que já aparecem cotidianamente em todos os espaços, e agora podem eclodir no espaço dos HUs.

¹⁸ No contrato firmado entre a UnB e a EBSEH existe uma cláusula que diz que será criado um fundo destinado a financiar as pesquisas e projetos de extensão no HUB. Será destinado a esse fundo uma porcentagem a ser designada dos recursos que serão repassados a EBSEH para gerir o HUB. O problema desse fundo é que a EBSEH pode barrar pesquisas que não sejam interessantes a ela argumentando a falta de recursos financeiros.

Considerações Finais

O presente trabalho buscou contribuir para o debate sobre o que podem ser consideradas tentativas de privatização da política pública de saúde. Os ataques ao SUS são constantes desde a sua criação. A partir dos anos 90, com a predominância da ideologia neoliberal no Brasil, inicia-se um processo de desresponsabilização do Estado em relação às políticas sociais, os chamados setores não exclusivos do Estado. O resultado desse processo é a criação de estratégias que tem a finalidade de repasse desses setores não exclusivos do Estado para a iniciativa privada, seja ela sem fins lucrativos ou não.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995) vem com o objetivo de propor que serviços de saúde, educação, cultura e tecnologia fossem repassados para Organizações Sociais, por meio do programa de *publicização*. Depois da publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado foram criadas a Lei 9.637/98 – que regulamenta as Organizações Sociais –, a Lei 9.790/99 – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público –, Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 – Fundações Estatais de Direito Privado.

A regulamentação de todas essas instituições está em consonância com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e com o projeto neoliberal. Para essas instituições – OSs, OSCIPs, Fundações Estatais – foram repassados a gerência e a gestão de hospitais públicos. Esses repasses de gestão podem ser considerados uma ameaça à política de saúde como um direito no Brasil. Nessa direção é que em 2010 foi elaborada a medida provisória nº 520, que autorizou o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Em 2011 a medida provisória foi transformada na Lei 12.550. A EBSEH é criada com a finalidade de gerir os HUs federais que aderirem a ela. A criação da EBSEH se mostra um das estratégias de desresponsabilização do Estado frente às políticas sociais. Dessa vez atingindo de uma vez só duas políticas de suma importância, a política de saúde e a política de educação.

Em 2012, a UnB aderiu à EBSEH e em janeiro de 2013 a UnB assinou o contrato com a EBSEH para gestão do HUB. Levando em consideração esses fatos e a vontade de estudar as relações público-privado na área da saúde o presente estudo levantou questões importantes sobre essa adesão. Os resultados obtidos a partir da

análise da ata do CONSUNI e da análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde do HUB traz aspectos importantes de serem discutidos antes de se pensar na adesão de uma empresa como essa. Esses aspectos são: problemas com o financiamento do HUB, que foi a principal motivação para a aprovação da adesão à EBSEERH; preocupação com os profissionais terceirizados do HUB; preocupação com questões relacionadas à autonomia universitária; conhecimento da finalidade da EBSEERH, mas o não conhecimento da sua personalidade jurídica; receio sobre a limitação da autonomia profissional com a gestão da EBSEERH; problematização dos diversos vínculos empregatícios no HUB; receio com a possível limitação do acesso dos usuários aos serviços de saúde e; apreensão sobre a manutenção do caráter de hospital escola do HUB. Os resultados apresentados nesse trabalho representam um convite a discussão sobre a EBSEERH. Mas algumas questões não discutidas nesse trabalho devem ser levadas em consideração em futuros trabalhos sobre a EBSEERH.

Acredita-se também que a aprovação à adesão da UnB à EBSEERH foi feita de maneira precipitada. Como resultado disso foi perceptível nas entrevistas com os profissionais de saúde do HUB não tinham muitas informações sobre a empresa e se preocupavam com questões, que no processo de transição, ganharam visibilidade e insegurança. Uma das principais reclamações sobre a empresa foi sobre a falta de informação dada a eles pela EBSEERH e pela UnB. Além disso, existe a queixa sobre a maneira autoritária como a EBSEERH tem sido instalada, principalmente em relação à realocação de pessoal para a UnB. Não existe uma consulta prévia ou uma comunicação com os profissionais de saúde do HUB. Isso leva a crer que outras questões, além dos problemas com financiamento, deveriam ter sido melhores discutidas antes da aprovação do CONSUNI.

Os impactos da gestão à EBSEERH na prática profissional dos profissionais de saúde devem ser pensados, uma vez que a gestão realizada por essa empresa tem desdobramentos na intervenção dos profissionais de saúde. A problematização e discussão sobre a EBSEERH devem ser realizadas a fim da prática profissional dos profissionais de saúde realmente ser orientada por princípios fundamentais como a equidade e a justiça social. Essa articulação¹⁹ é importantíssima para que haja realmente

¹⁹ Essa articulação está sendo feita, não somente por assistentes sociais, mas também por outros profissionais de saúde. A frente nacional contra a privatização da saúde conta com o apoio de diversas

a garantia dos direitos sociais e da universalidade de acesso aos bens e serviços relativos às políticas sociais.

Os resultados apresentados sobre a autonomia profissional e o caráter de hospital escola do HUB são preocupantes para a prática profissional do assistente social, já que é garantido como direito e responsabilidade do assistente social ampla autonomia no exercício da profissão e liberdade na realização dos seus estudos e pesquisas (CFESS, 1993). Nos resultados apresentados é mostrada a preocupação de alguns profissionais sobre o prejuízo na autonomia profissional e na realização de pesquisa dentro do HUB com a entrada da gestão da EBSEH. Com base nesses pontos sugere-se pensar ou realizar um estudo com assistentes sociais sobre os impactos na atuação profissional dos mesmos como consequência da gestão da EBSEH.

Recomenda-se que se faça um estudo mais aprofundado das possíveis consequências da adesão dessa empresa no tripé da universidade – ensino, pesquisa e extensão –, já que existe a possibilidade e o receio da gestão pela EBSEH limitar as pesquisas realizadas dentro do HUB. O planejamento pedagógico e curricular dos cursos universitários da área da saúde pode ser ameaçado com o desprendimento dos HUs das suas respectivas universidades. Compreende-se a necessidade de uma análise sobre as implicações da gestão da EBSEH na dimensão didático-científica da autonomia universitária.

Por fim, verifica-se a indispensabilidade de se pensar o controle social em saúde dentro de uma gestão realizada por uma empresa de direito privado – ou seja, que tem por finalidade a competição no mercado econômico. Esse é um aspecto que não foi investigado na realização da pesquisa, mas é uma questão de grande relevância. O controle social implica no acesso as decisões da sociedade política, mas devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação dessas decisões (CORREIA, 2006). O controle social na saúde é regulamentado pela Lei 8.142/90 e deve ser feito por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. O

entidades nacionais e estaduais. A frente apresentou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra a lei que autorizou a criação da EBSEH. Para ver a notícia completa: http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=910, acessado em 22/02/2013. Para ver a ADI contra a lei 12.550/ 2011: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Frenteda-saude-EBSEH-STF-2013>, acessado em 22/02/2013.

controle social é realizado por meio de instituições na estrutura do Estado e viabilizam a concretização do interesse público. Uma vez que controle social seja feito na estrutura de uma empresa de direito privado, a finalidade será a obtenção do lucro e não mais a concretização dos interesses da população. Por esse motivo, recomenda-se uma investigação sobre como será realizado o controle social na estrutura da empresa e as implicações, dificuldades e obstáculos para a concretização das propostas e necessidades da população.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, Zenaide Neto. *Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011, pp. 15 -40.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. *Gestão do SUS: o que fazer?* In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

BEHRING, E. R. *A reforma do Estado e a Seguridade Social no Brasil*. SER Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, no 7. Brasília, 2000.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2008, p. 147- 191.

BEZERRA, Nelma Gomes. *Terceirização nos HUs: a experiência do HUOL*. In: XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Juiz de Fora/MG, 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal. Brasília, 1988.

_____. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos. Brasília, 1990.

_____. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Brasília, novembro de 1995.

_____. *Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010*. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos. Brasília, 2010.

_____. *Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011*. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos. Brasília, 2011.

BRAVO, Maria I. S. *Política de Saúde no Brasil*. In. MOTA, Ana Elisabete et al. Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

CFESS. Código de Ética do Assistente Social. 9ª Edição. Brasília, 1993.

CISLACHI, Juliana Fiuza. *Hospitais Universitários Federais e os novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil*. In BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana S. B. Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Pag. 56-63. (disponível *Online*)

COMBESSIE, Jean-Claude. *O método em sociologia: o que é, como faz*. Edições LOYOLA, São Paulo, Brasil, 2004.

CORREIA, Maria Valeria Costa. *Controle Social na Saúde*. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

_____. *Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?* In: BRAVO. Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana S. B. Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, Pp 43 – 49.

COSTA, Mariana. *HUB assina contrato de gestão com empresa pública de hospitais*. UnB Agência, Brasília, 17 jan. 2013. Disponível em: <http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=7519>. Acesso em 19 de janeiro de 2013.

CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRONEMBERGER, Débora. *Contrato do HUB com a empresa de hospitais deve sair em outubro*. UnB Agência, Brasília, 19 set. 2012. Disponível em: <http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=7067>. Acesso em 20 de setembro de 2012.

DESLAURIERS, Jean-Pierre, KÉRISIT, Michèle. *O delineamento da pesquisa qualitativa*. In: DESLAURIERS, Jean-Pierre et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DRAGO, Leandra Maria Borlini. *Hospitais Universitários – redesenhando os caminhos em direção da privatização do espaço público*. In: XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Juiz de Fora/MG, 2012.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. *Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa*. Paidéia: Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, ago. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>>

GRANEMANN, Sara. *Fundações Estatais: Projeto de estado do capital*. In: BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana S. B. *Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Pp. 50-55. (disponível Online)

GUILHEM, D.; GRECO, D. *A Resolução CNS 196/1996 e o Sistema CEP/CONEP*. In: Diniz, D.; Sugai, A.; Guilhem, D.; Squinca, F. (Orgs.). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: UnB, 2008.

IBAÑEZ, Nelson et al. *Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. Rio de Janeiro, 2001. Vol.6, n.2, pp. 391-404. <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n2/7010.pdf>>

IBAÑEZ, Nelson; NETO, Gonzalo V. *Modelos de Gestão e o SUS*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. Rio de Janeiro, 2007. Vol. 12, pp. 1831-1840. <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/06.pdf>>

MEDICI, A.C.. *Hospitais universitários: passado, presente e futuro*. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 47, n. 2, jun. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acessos em 26 fev. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 2010.

NETTO, J. P.. *Transformações societárias e Serviço Social*. Serviço Social e Sociedade, n. 50, 1996, Pp. 117-9.

NEVES, Ângela Vieira. *Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo*. Rio de Janeiro: Gramma, 2008, Pp.37- 63.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *A política social e a radicalização do moderno*. In: PEREIRA, Potyara A. P. et al. *Política Social, Trabalho e Democracia em questão*. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2009.

NORONHA, José Carvalho, LIMA, Luciana Dias, MACHADO, Cristini Vieira. *O Sistema Único de Saúde – SUS*. In GIOVANELLA, Lígia (org.) et al. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, L. C. B. *A reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira*. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

REZENDE, C. A. P. *Modelos de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal*. In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

SCLIAR, Moacyr. *História do Conceito de Saúde*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Vol. 17, 2007, Pp. 29-41.

SOARES, Laura Tavares. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2009.

THÉBAUD-MONY, Annie; DRUCK, Graça. *Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil*. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Orgs.). *A*

perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007, Pp. 23-58.

Anexos

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo sobre *O olhar dos profissionais de saúde do HUB sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares*, e que fui informado (a) sobre os objetivos da pesquisa. Sendo essa pesquisa realizada por estudante de *Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social*, para fins acadêmicos, sob a orientação do Professor Cristiano Guedes.

Afirmo que aceitei participar vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui também esclarecido (a) de que as informações por mim oferecidas não serão de maneira alguma reveladas a qualquer outra pessoa que não esteja vinculada a pesquisa por motivos puramente éticos.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevistas semiestruturadas. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelos pesquisadores e/ou seu orientador. Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Sendo informado também que posso ter acesso aos resultados obtidos através do meu endereço de e-mail, colocando-o caso seja do meu interesse.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do (a) participante: _____

E-mail do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Brasília, ____ de _____ de 2013.

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A visão dos profissionais de saúde do HUB sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Pesquisador: Cristiano Guedes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11996712.6.0000.5540

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 200.704

Data da Relatoria: 01/02/2013

Apresentação do Projeto:

O sistema de saúde público como conhecemos hoje foi resultado de lutas intensas para que a saúde fosse garantida com um caráter universal. Ao longo da história da política de saúde no Brasil pode-se perceber que a existência de parcerias público-privado perpassam toda a história da política de saúde. A configuração dessas parcerias público-privado se dá de maneira diferenciada, através de Organizações Sociais, Organizações da

Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais e através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Esse projeto de pesquisa terá como objetivo entender como os profissionais de saúde enxergam o novo modelo de gestão que será implantado no Hospital Universitário de Brasília. A pesquisa será qualitativa, de cunho exploratório, e será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde do

HUB e também da análise das atas do Conselho Universitário que aprovaram a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares para gerenciamento do Hospital Universitário de Brasília. Espera-se que com essa pesquisa, o debate acerca do tema seja mais enriquecido.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse estudo é entender como os profissionais de saúde do Hospital Universitário de Brasília - HUB compreendem o novo modelo de gestão do SUS que será adotado pelo HUB.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ¸ ALA NORTE ¸ MEZANINO ¸ SALA B1 ¸ 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existem riscos diretos a integridade física e mental dos sujeitos que participarão da pesquisa. Os riscos da pesquisa dizem respeito a questões metodológicas. Como a sondagem da amostra será pelo método "bola de neve", que consiste em um entrevistado indicar o próximo até que a amostra seja alcançada, existe o risco de saturação da amostra. Pode acontecer de não haver indicações suficientes para que a amostra seja considerável.

Benefícios:

Não existem benefícios diretos aos sujeitos que participarão da pesquisa. Somente será perceptível qual a visão dos profissionais de saúde sobre esse processo de privatização do público através desses novos modelos de gestão. Como o debate é novo, o estudo também terá grande relevância no sentido de aumentar o número de produções para que o debate se torne mais enriquecido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante pois aborda um assunto atual: trata da adoção de um novo modelo de gestão, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pela Universidade de Brasília. A UnB foi a primeira das universidades federais a aderir ao novo modelo de gestão da EBSERH, tornando relevante explorar como os profissionais de saúde visualizam esse modelo. O estudo prevê entrevistar 15 profissionais de diversas áreas, além da análise das atas do Conselho Universitário que aprovaram a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares para gerenciamento do Hospital Universitário de Brasília.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No TCLE faltam dados para contato com o pesquisador e da sua orientanda (telefone e email dos mesmos), poderia mencionar a duração prevista das entrevistas, além do fato de que não apresentará riscos aos sujeitos a serem entrevistados.

No projeto cronograma prevê a realização das entrevistas a partir de 14 de dezembro de 2012, antes, portanto, da apreciação do CEP.

Apresenta-se o termo de aceite institucional assinado pelo diretor do HUB.

Recomendações:

Ajustes no cronograma e no TCLE, conforme mencionado anteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi considerado aprovado. Recomenda-se o ajuste no TCLE e no cronograma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC à ALA NORTE à MEZANINO à SALA B1 à 606 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 E-mail: ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 20 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Debora Diniz Rodrigues
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC à ALA NORTE à MEZANINO à SALA B1 à 606 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br