



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO

ENAIRE DE MARIA SOUSA DA SILVA

EBSERH E TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: impactos da privatização da gestão do
HUUFMA sobre as condições e relações de trabalho

São Luís

2021

ENAIRE DE MARIA SOUSA DA SILVA

**EBSERH E TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: impactos da privatização da gestão do
HU-UFMA sobre as condições e relações de trabalho**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – graduação
em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade
Federal do Maranhão como requisito para obtenção do
título de Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico.

Orientadora: Prof. Dra. Valéria Ferreira Santos de
Almada Lima

São Luís

2021

ENAIRE DE MARIA SOUSA DA SILVA

EBSERH E TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: impactos da privatização da gestão do HUUFMA sobre as condições e relações de trabalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Valéria Ferreira Santos de Almada Lima (orientadora)
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Welbson do Vale Madeira
Doutor em Desenvolvimento Socioambiental
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Cristiana Costa Lima
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva, Enaire de Maria Sousa da.

EBSERH E TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA : impactos da
privatização da gestão do HUUFMA sobre as condições e
relações de trabalho / Enaire de Maria Sousa da Silva. -
2021.

124 f.

Orientador(a): Valéria Ferreira Santos de Almada Lima.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Desenvolvimento Socioeconomico/ccso, Universidade Federal
do Maranhão, São Luís, 2021.

1. EBSERH. 2. Privatização. 3. Saúde. 4. Trabalho.
I. Lima, Valéria Ferreira Santos de Almada. II. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, ao Universo, e todas as forças que me têm feito seguir os caminhos acadêmicos.

À Erenite e à Francisca que me permitiram ser filha e neta de professoras e sempre me incentivaram a buscar o conhecimento antes de qualquer outra coisa na vida.

À Valéria, professora e orientadora que sempre irei querer bem. Obrigada pela compreensão, atenção, e conhecimentos repassados. A escrita deste trabalho foi leve em virtude do teu modo de orientar. Conte comigo.

À Leona, que não é pessoa, é felina. Na rotina de quem mora sozinha e dedica seu dia aos estudos ela foi a melhor companheira que eu poderia ter tido. Obrigada por virar madrugadas comigo, me dando força em silêncio ao lado do computador.

Aos participantes desta pesquisa. Foram muitos desabafos e confissões. Obrigada por confiarem em mim a escuta de seus cotidianos.

*Com o poder da mente, a maldade paralisa
O mecanismo do sistema é sugar sua alma vivo
Seu sangue, seu suor, são só um detalhe nisso
Chuva ácida será bem pior que um lançamento de um míssil
(Criolo – “Ainda Há Tempo”)*

RESUMO

Esta dissertação tem como objeto o estudo dos reflexos ocasionados nas condições e relações de trabalho daqueles que atuam na prestação de serviços de saúde no HU-UFMA, tendo em vista a privatização da gestão do Hospital pela EBSEH. Para tanto, este trabalho está estruturado em três seções, de modo que as duas primeiras trazem discussões referentes ao atual modelo de acumulação capitalista e seus impactos sobre o cenário trabalhista, assim como o reordenamento do Estado brasileiro a partir da década de 1990, e seus reflexos sobre a Política Pública de Saúde do país, respectivamente. A terceira seção refere-se a uma coleta de dados realizada através de aplicação de roteiro de entrevista semiestruturada a profissionais de saúde que atuam no HU-UFMA. Os profissionais entrevistados correspondem às categorias de Odontologia, Fisioterapia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia, Enfermagem e Psicologia. Considerando os pré-requisitos éticos para a realização da pesquisa, o projeto foi previamente submetido à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMA, obedecendo ao disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, uma vez que foram utilizadas falas de profissionais de saúde para a composição do estudo.

Palavras-chave: EBSEH. Privatização. Saúde. Trabalho.

ABSTRACT

This dissertation has as its object the study of the reflexes caused in the working conditions and relationships of those who work in the provision of health services at HU-UFMA, by privatizing the management of the Hospital by EBSEH. To this end, this work is structured in three chapters, so that the first two bring discussions regarding the current model of capitalist accumulation and its impacts on the labor scenario, as well as the reorganization of the Brazilian State from the 1990s, and its reflections on the country's Public Health Policy, respectively. The third chapter refers to a data collection carried out by applying a semi-structured interview script to health professionals who work at HU-UFMA. The interviewed professionals correspond to the categories of Dentistry, Physiotherapy, Social Work, Occupational Therapy, Nutrition, Speech Therapy, Pharmacy, Nursing and Psychology. Considering the ethical prerequisites for conducting the research, the project was previously submitted to the UFMA Research Ethics Committee (CEP), in compliance with Resolution 466/12 of the National Health Council of the Ministry of Health, a since speeches from health professionals were used for the composition of the study.

Keywords: EBSEH. Privatization. Health. Work

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF/88	Constituição Federal de 1988
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DENERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EBC	Empresa Brasil de Comunicação
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
GDC	Gestão de Desempenho por Competência
HU	Hospital Universitário
HU-UFMA	Hospital da Universidade Federal do Maranhão
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPAS Social	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IFES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INPS	O Instituto Nacional de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IPEA	Instituto de Pesquisa Aplicada
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PEC	Proposta de Emenda Complementar
PGR	Procuradoria Geral da República
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e de Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAFE	Programa Nacional de Apoio à Administração Fiscal para os Estados Brasileiros
PNS	Plano Nacional de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PT	Partido dos Trabalhadores
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RFFSA	Rede Ferroviária Federal S.A.
RJU	Regime Jurídico Único
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SINTUFF	Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal Fluminense
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFCE	Universidade Federal de Campina Grande
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal do Pernambuco
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UMI	Unidade Materno Infantil
UNB	Universidade de Brasília

UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPD	Unidade Presidente Dutra

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Quadro de Intervenção para Reforma Gerencial	39
Figura 2 - Investimento público nas OS	66
Figura 3 - Investimentos municipais e estaduais em ações e serviços de saúde.....	68
Figura 4 - Financiamento público de saúde no Brasil (2003 - 2017)	69
Figura 5- Pontuação por titulação acadêmica.....	84
Figura 6- Pontuação por experiência profissional	84
Figura 7- Atendimentos no HU-UFMA em 2018	86
Figura 8- Quantitativo de vagas na seleção do HU-UFMA/EBSERH.....	87
Figura 9- Remuneração da categoria médica.....	95
Figura 10-Remuneração das categorias assistenciais	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo de carga-horária	81
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. TRANSFORMAÇÕES NO PADRÃO DE REGULAÇÃO DO CAPITALISMO NO CONTEXTO DO REGIME DE ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL SOB A ÉDIGE DO NEOLIBERALISMO	20
2.1. O regime de acumulação flexível sob a hegemonia neoliberal e suas manifestações na particularidade do Brasil.....	20
2.2. Principais rebatimentos do regime de acumulação flexível sobre o padrão de gestão estatal e a reforma gerencial do Estado brasileiro.....	35
2.3. Mudanças nas relações e condições de trabalho nos marcos do regime de acumulação flexível sob a égide do Neoliberalismo: as particularidades do Brasil	43
3. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL SOB A ÉGIDE NEOLIBERAL	52
3.1. A constituição da saúde pública no Brasil.....	52
3.2. O desmonte da saúde pública no Brasil a partir da década de 1990	61
3.3. A instituição da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Brasil	71
4. IMPACTOS DA EBSERH NAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO NO HU-UFMA.....	79
4.1. Impactos nas condições de trabalho.....	80
4.2. Impactos sobre as relações de trabalho.....	97
5. CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	111
ANEXO A.....	120
ANEXO B.....	121
ANEXO C.....	122

1 INTRODUÇÃO

A década de 1990 foi cenário de inúmeras mudanças no curso socioeconômico do Brasil. As necessidades de readequação do modelo de desenvolvimento do país aos moldes do capital internacional repercutiram em meio à composição social e têm acirrado as desigualdades sociais que, apesar de históricas, se reconfiguraram através das alterações na relação capital x trabalho. Decorrente desse contexto, as políticas sociais do Brasil têm sido alvo de desmontes, tendo em vista a estratégia de corte de custos públicos aderida pelo Estado. Tendências referentes à focalização, privatização e seletividade têm caracterizado as medidas de intervenção estatal sobre as expressões da “questão social”.

Especificar a análise para a Política Pública de Saúde exige o esforço teórico de considerar que o percurso histórico das ações e dos serviços de saúde no Brasil remete a uma disputa de concepções entre a prestação de saúde pública e a contributiva, alinhada às crescentes tendências de desresponsabilização estatal. A contrarreforma do Estado iniciada em 1990 trouxe novos aspectos de desmonte, com foco nas garantias recém estabelecidas na Constituição Federal 1988.

Tendo em vista os aspectos de precarização da saúde, esta pesquisa elencou por objeto a alteração nos moldes de gestão dos Hospitais Universitários (HU) através da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), mais especificamente os impactos da adesão à empresa nas condições e relações de trabalho dos profissionais de saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Nesse sentido, situou-se este fenômeno local dentro do contexto de reestruturação produtiva, assim como na consequente necessidade de reforma do aparelho do Estado brasileiro.

O processo de instauração da empresa nos HU foi imposto pelo Governo Federal. Nenhuma das instâncias representativas da saúde nacional teve seu posicionamento considerado. Em meio a uma saúde pública que nunca foi eficiente, atentou-se contra o preceito constitucional de primazia da responsabilização do Estado, afirmado na Constituição Federal de 1988 e delegou-se a diretores da EBSERH o comando dos investimentos públicos da alta complexidade do país.

A EBSERH é mais um dos novos formatos de gestão que predominam na saúde do país desde o início da Reforma Gerencial do Estado. Antes dela, as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil (OSCIP) já operavam no país e assumiam responsabilidades vinculadas à gestão dos serviços de saúde que, constitucionalmente, deveriam ser

responsabilidade do Estado. Apesar de ser uma instituição estatal, a EBSERH é configurada como detentora de direito privado e, nesse sentido, esta pesquisa trabalha com a noção de privatização.

Nesse contexto, buscou-se focar, em meio aos inúmeros impactos trazidos pela empresa no HU-UFMA, nos reflexos da privatização do hospital sobre a categoria trabalho. As mudanças no sistema capitalista apontam para a constante reconfiguração dos processos de trabalho com vistas a manter a dinâmica de acumulação apesar das crises. Em meio a este cenário, a privatização dos serviços públicos tem representado os impactos da reestruturação produtiva no cenário nacional e proporcionado, conseqüentemente, a desconfiguração do trabalho em espaços que, até então, não estavam inseridos na logística mercantil.

A expansão do regime de acumulação flexível permitiu a entrada dos novos padrões de produção nos Estados-nacionais que se realinharam e impulsionaram as alterações nos processos e relações de trabalho. Todas as tendências adotadas apontam para a necessidade de redução de custo na produção e a potencialização dos lucros. Nesse sentido, os principais mecanismos envolvem desmontes nas legislações de proteção trabalhistas – tidas como onerosas aos empresários, ao Estado e aos demais empregadores –, assim como terceirizações, contratos precários, redução de salários, perda de estabilidade e intensificação do trabalho.

Enquanto referência internacional para a adoção de tais aspectos, destacam-se as recomendações dos organismos internacionais, representados pelo Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Essas instituições foram responsáveis por, a partir do final da década de 1980, recomendarem através de documentos e relatórios oficiais a adoção de políticas neoliberais por parte dos países subdesenvolvidos e, de forma mais específica, dos latino-americanos.

Os princípios instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não concordavam com as medidas de retração estatal defendidas pelos preceitos neoliberais. De modo que, para que o sistema fosse eficaz, seria necessário o engajamento do Estado, tanto no que tange ao financiamento dos serviços, quanto na predisposição a tornar acessível a saúde pública do país a todos os brasileiros. Ao contrário disso, observou-se o aceite às recomendações internacionais que previram o corte de investimentos públicos, o reforço ao Estado mínimo e a primazia da iniciativa privada.

Considerando os impactos de um Estado neoliberal nas políticas públicas de modo geral, e os danos causados à sociedade oriundos da privatização dos hospitais universitários pela EBSERH, a hipótese aqui defendida refere-se ao fato de que a privatização da gestão do HU-UFMA ocasionou a precarização das relações e condições de trabalho dos funcionários que

atuam na instituição. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo central analisar os principais impactos nas relações e condições de trabalho dos profissionais de saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) ocasionados pela privatização da gestão pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Considerou-se a EBSERH componente de um contexto complexo e multifacetado. Marx (2017) já sinalizava para as tendências de mercantilização de todas as esferas da vida social diante da disseminação do sistema capitalista. Com base nisso, esta pesquisa situa a implementação da empresa no Brasil dentro de um contexto com determinantes internacionais e inserido em uma dinâmica maior, seja ela a de expansão capitalista.

Diante desse contexto, visando a adequada abordagem do objeto a pesquisa foi baseada no princípio básico de Marx, a totalidade, no intuito de imprimir à presente análise um caráter de abrangência, capaz de problematizar as temáticas envolvidas de forma conexa. Os caminhos teóricos foram traçados pelo materialismo histórico-dialético de Marx por considerar o objeto enquanto inserido na dinâmica da sociedade e por ainda sofrer reflexos diretos da mesma em sua formação.

A investigação do objeto se deu através de coleta de dados realizada através de entrevistas aos profissionais de saúde que atuam nas duas unidades que compõem o complexo HU-UFMA, Unidade Materno Infantil (UMI) e Unidade Presidente Dutra (UPD). Elencou-se os setores “Transplante Renal” e “Clínica Médica” enquanto representantes da UPD, e os setores “Follow Up” e “Pediatria” enquanto representantes da UMI. A justificativa para a escolha dos referidos setores deveu-se ao elevado quantitativo de profissionais que os mesmos compreendem, fator este que tendeu a facilitar a realização de entrevistas.

A amostra obedeceu aspectos de equidade, de modo que, para cada categoria profissional, foram entrevistados dois profissionais, um necessariamente vinculado à UFMA, e outro necessariamente vinculado à EBSERH. A única exceção diz respeito à categoria de Odontologia que não possui funcionários vinculados à Universidade, dessa forma, foi representada apenas por um funcionário vinculado à EBSERH.

A pesquisa de campo que compreende este trabalho de dissertação foi realizada em Janeiro de 2021, momento em que o Maranhão vivenciou um novo surto de casos de Covid – 19, ao tempo em que o HU-UFMA se dispôs a receber um elevado quantitativo de pacientes oriundos de Manaus – AM. Diante desse contexto, a categoria correspondente à área médica do Hospital não foi ouvida, seguindo, inclusive, recomendações de segurança dos próprios funcionários da instituição. Desse modo, os profissionais contemplados nesta pesquisa se

referem à área assistencial do HU-UFMA que compreende as seguintes categorias: Odontologia, Fisioterapia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia, Enfermagem e Psicologia. Foram ouvidos 17 profissionais de saúde.

As informações colhidas dizem respeito a: carga-horária de trabalho, afastamento para capacitação, férias, gratificações, feriados, salários, folgas, demandas de trabalho e condições de trabalho. Considerando os pré-requisitos éticos para a realização da pesquisa, o projeto foi previamente submetido à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) obedecendo ao disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, uma vez que foram utilizadas falas de profissionais de saúde para a composição do estudo. Nenhum dos (das) profissionais teve sua identidade divulgada neste trabalho.

Os resultados de todo esse percurso metodológico são expostos na presente dissertação apresentada ao Programa de Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade Federal do Maranhão que, além desta introdução, contém em sua estrutura três seções seguidas da conclusão. Na seção I, analisam-se as alterações no regime de acumulação e no padrão de regulação capitalista que deram configuração à atual fase do capital, sustentada na adoção da acumulação flexível sob a égide da ideologia neoliberal. Nesse momento, discute-se a crise do padrão fordista de acumulação e a posterior expansão da acumulação flexível. Enquanto decorrente deste processo, situa-se a Reforma Gerencial do Estado no Brasil, responsável por estabelecer um novo padrão de intervenção estatal a partir da década de 1990. Em meio aos impactos operacionalizados no país, dá-se ênfase aos processos de precarização do trabalho, assim como às principais tendências que se fazem presentes no mundo do trabalho na contemporaneidade.

Na seção II, traça-se um percurso histórico das políticas de saúde no Brasil, apontando os principais elementos que determinaram a dualidade de concepções “público x privado” presente desde a égide da saúde pública do país e reconfigurada a partir da contrarreforma do Estado. Ainda, realiza-se uma análise sobre as principais tendências de desmonte que recaem sobre o SUS e, mais especificamente, nos novos modelos de gestão, com ênfase na EBSEH.

Por fim, na seção III, é feita uma apresentação e contextualização de informações colhidas através de roteiro de entrevista semiestruturada aplicado a profissionais que atuam no HU-UFMA, com foco na questão central que norteou o presente trabalho, qual seja, possíveis impactos ocasionados pela transferência da gestão do HU-UFMA à EBSEH sobre as condições e relações de trabalho dos profissionais de saúde que trabalham neste Hospital.

2 TRANSFORMAÇÕES NO PADRÃO DE REGULAÇÃO DO CAPITALISMO NO CONTEXTO DO REGIME DE ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL SOB A ÉGIDE DO NEOLIBERALISMO

O fim da Segunda Guerra Mundial, com a vitória dos EUA, trouxe consigo o início de um novo estágio da expansão capitalista. Trata-se de um processo intensificado com o fim da Guerra Fria, e a consequente consagração da hegemonia norte-americana, passando-se a observar um movimento crescente de reprodução do capital em escala internacional, caracterizado, sobretudo, pelo aumento da acumulação capitalista e constante necessidade de integração econômica entre os países.

O fordismo – que já possuía estrutura e teoria concretizadas desde o início do século XX – passou a ser adotado enquanto regime de acumulação e se manteve operante até meados da década de 1970. Nesse sentido, implementaram-se ações voltadas à produção e ao consumo de massa e os processos de trabalho passaram a requisitar trabalhadores mais especializados que se responsabilizassem por etapas específicas da produção, o que exigia determinados níveis de investimento tecnológico.

As mudanças no padrão de regulação econômica exigiram do Estado a adoção de posturas compatíveis às recentes alterações. As ideias de Keynes, que vinham sendo reconhecidas desde o *New Deal*, passaram a sustentar as ações estatais, que agora iriam intervir na regulação socioeconômica através de políticas de promoção do pleno emprego, facilitando o alcance do consumo em massa proposto por Ford. A essa combinação, denominou-se keynesianismo-fordismo.

O aparato interventivo do Estado, em conjunto com a execução das políticas de pleno emprego, garantiu às sociedades do centro capitalista, em especial Inglaterra e Alemanha, garantias e direitos sociais em caráter universal. O chamado “Estado de Bem-estar Social” – *Welfare State* –, apesar de também representar a união entre Estado e atividades de mercado, demarca um padrão de regulação social que serviu de parâmetro às legislações de proteção social ao redor do mundo (FIORI, 1997).

A adoção das políticas keynesianas-fordistas refere-se a um ponto específico de um movimento de reorganização do capital iniciado pós II Guerra Mundial. Desde 1945, o poder norte-americano seguia um ritmo expansionista de maneira que criou-se um padrão de desenvolvimento capitalista, comandado pelos Estados Unidos. Esse processo envolveu a participação de pactos e instituições favoráveis à nova ordem e, nesse sentido, o acordo de

Bretton Woods, o Banco Mundial, a ONU, o FMI, acabaram por facilitar a consolidação do novo formato de dominação mundial (HARVEY, 2008).

A crise do padrão de acumulação fordista teve seu início entre os anos de 1960 e 1970. Apesar de algumas argumentações mais específicas, a crise fordista representou uma das manifestações de mais uma crise estrutural do capital, ocasionada pela queda da taxa de lucro, e exigiu do sistema um conjunto de medidas e adequações que proporcionassem a continuidade da reprodução capitalista (ANTUNES, 2002). Considerando que uma das características centrais do mencionado regime era a forte presença do Estado, passou-se a disseminar a ideia de que seria a intensa intervenção estatal que teria ocasionado a crise no sistema.

Nesse sentido, o processo de internacionalização do capital, que se encontrava em vigor desde 1945, passou a contar com novos elementos que provocaram o reordenamento produtivo e da dinâmica capitalista no mundo. A partir da década de 1970, passou-se a aderir a um padrão de acumulação flexível que demandou mudanças no padrão de regulação econômica e social do capitalismo. Estas, contudo só começaram a se concretizar a partir dos governos de Thatcher, na Inglaterra, e Reagan, nos Estados Unidos, demarcando o início da hegemonia do pensamento neoliberal no centro do sistema capitalista mundial.

Esta seção objetiva analisar as alterações no regime de acumulação e no padrão de regulação capitalista que deram configuração à atual fase do capital, sustentada na adoção da acumulação flexível sob a égide da ideologia neoliberal. Para tanto, aborda, em primeiro lugar, a crise do padrão de acumulação fordista a partir da década de 1970 e a posterior disseminação do regime de acumulação flexível no mundo. Em seguida, discute a Reforma do Estado operada no Brasil na década de 1990 enquanto expressão da adesão do país à nova fase do capital. Finalmente, analisa as mudanças nas relações e condições de trabalho nos marcos do regime de acumulação flexível sob a égide do neoliberalismo, com destaque às particularidades do Brasil.

2.1 O regime de acumulação flexível sob a hegemonia neoliberal e suas manifestações na particularidade do Brasil

A década de 1970 marcou o início de um novo regime de acumulação, baseado na adoção de processos flexíveis, com impactos sociais e econômicos que refletiram em todos os países em alguma medida. Esse processo de reestruturação promoveu a adoção de novas formas de organização do trabalho inspiradas no modelo de produção japonês, “em que formas sutis de envolvimento e controle dos trabalhadores são combinadas a elementos de alta intensificação das funções e tarefas que desempenham” (PINTO, 2012, p.535).

Em meio às alterações produtivas implementadas pelo capital industrial, esse estágio do capitalismo envolve a supremacia do capital financeiro. A integração mundial atingida através da adoção do regime de acumulação flexível permitiu a realização de transações que envolvem boa parte dos países do mundo. No capitalismo contemporâneo, tem sido as instituições detentoras deste tipo de capital que, por meio das transações com o mercado financeiro, têm comandado o processo de acumulação capitalista de forma mais acelerada e rentável:

As instituições em questão compreendem os bancos, mas sobretudo as organizações designadas com o nome de investidores institucionais: as companhias de seguro, os fundos de aposentadoria por capitalização (os Fundos de Pensão) e as sociedades financeiras de investimento financeiro coletivo, administradoras altamente concentradas de ativos para a conta de cliente dispersos (os Mutual Funds), que são quase sempre as filiais fiduciárias dos grandes bancos internacionais ou das companhias de seguro. Os investidores institucionais tornaram-se, por intermédio dos mercados financeiros, os proprietários dos grupos: proprietários-acionários de um modo particular que têm estratégias desconhecidas de exigências da produção industrial e muito agressivas no plano do emprego e dos salários. São eles os principais beneficiários da nova configuração do capitalismo (CHESNAIS, 2001, p.8).

Diante da necessidade de ampliação de lucros, parte do capital em circulação é direcionado para os bancos – instituições centrais na era da economia financeirizada – e a partir de empréstimos do capital portador de juros, potencializa a acumulação. Sendo assim, o crédito passa a desempenhar papel fundamental dentro dessa dinâmica, justamente por potencializar a acumulação em ritmo mais acelerado e em escala ainda mais ampliada (MOLLO, 2011).

O regime de acumulação flexível, que carrega consigo a necessidade de liberalização dos fluxos de capital entre os países, permite que, no capitalismo contemporâneo, os mercados financeiros e seus vantajosos retornos sejam priorizados em detrimento da afirmação de políticas de emprego, ou qualquer outra relacionada às necessidades sociais.

A importância da discussão do processo de financeirização da economia pós 1970 deve-se ao fato de que é a partir do sistema financeiro que se torna possível a adoção do caráter flexível do atual modelo de acumulação (HARVEY, 2008). É a partir do capital financeiro e de suas possibilidades de flutuação que os processos produtivos são realinhados e, conseqüentemente, reverberam nos mais variados âmbitos socioeconômicos da vida dos indivíduos.

No que tange aos processos de produção, passou-se a aderir a novos aparatos tecnológicos, no intuito de diminuir o tempo de produção e poupar investimentos em mão-de-obra. Conseqüentemente, observa-se o crescimento do desemprego de caráter estrutural e, daqueles que mantém vínculos empregatícios, são exigidas habilidades multifacetadas, a fim

de que um único trabalhador possa desenvolver atividades relacionadas a vários fins (VAKALOULIS, 2000).

Nesse sentido, passou-se a observar a redução dos tempos de rotação do capital; países centrais e periféricos do capitalismo adotaram reformas estruturais nos processos de trabalho; a abertura comercial passou a ser premissa de funcionamento do mercado internacional onde, conseqüentemente, o mercado atingiu elevados índices de expansão. Todas essas alterações promoveram não só a manutenção da logística capitalista, como intensificaram a obtenção dos lucros (ANTUNES, 2002).

A apropriação privada, a partir de então, atingiu proporções macroeconômicas, em que os países do centro capitalista concentram a maior parte dos lucros obtidos através do trabalho realizado nos países da periferia. A produção flexibilizada em proporções mundiais permitiu que as etapas do processo produtivo fossem descentralizadas conforme os custos de produção, de modo que matérias-primas e mão-de-obra fossem adquiridas no menor valor possível, evitando excessos de investimentos por parte dos capitalistas, e potencializando os lucros (CARCANHOLO, 2011).

Alguns autores analisam esse contexto sob um viés mais amplo. François Chesnais, ao analisar o que denomina de “mundialização do capital”, admite que se trata de um processo político e institucional de dominação, liderado pelos EUA e Grã Bretanha, em que, apesar da necessidade de integração interpaíses, predomina a acumulação por parte de um pequeno número de nações e que a participação dos demais países nesse sistema obedece à lógica de redução de custos na produção e a conseqüente potencialização dos lucros (CHESNAIS, 1998).

A abordagem de Chesnais considera ainda que o movimento de mundialização do capital provoca o acirramento das desigualdades sociais, considerando o aumento do desemprego e a precarização das condições de trabalho. Destaca ainda que a importância da participação dos países periféricos se encontra unicamente no fato de que eles englobam uma mão-de-obra barata à produção das grandes potências econômicas, não chegando a ter participação na divisão dos lucros.

Em meio a essa discussão, costuma-se inserir o termo “globalização”. Corriqueiramente, o termo tem sido utilizado de modo a definir uma era global, em que o consumo e os costumes passam a ser definidos de modo padrão e o mundo todo passa a desfrutar das vantagens proporcionadas pela produção capitalista. No entanto, o fim do século passado, marcado pelo início de utilização do termo e, sobretudo, pelas mudanças macroeconômicas sustentadas na acumulação flexível, demonstra que as desigualdades estruturais foram agravadas e que a maior parte da população mundial não dispunha de condições mínimas à reprodução social.

Ianni (1994), explica:

Primeiro, a sociedade global se constitui desde o início como uma totalidade problemática, complexa e contraditória, aberta em movimento. Está impregnada e atravessada por totalidades também notáveis, às vezes também decisivas, ainda que subsumidas formal ou realmente pela totalidade mais ampla, abrangente, global: estado-nação, bloco geopolítico, sistema econômico regional, grande potência, empresa transnacional, ONU, FMI, Banco Mundial, indústria cultural e outras; também tribo, nação, nacionalidade, etnia, religião, língua, cultura e outras realidades também fundamentais (...). Segundo, a sociedade global é o cenário mais amplo do desenvolvimento desigual, combinado e contraditório. A dinâmica do todo não se distribui similarmente pelas partes. As partes, enquanto distintas totalidades também notáveis, consistentes, tanto produzem e reproduzem seus próprios dinamismos como assimilam diferencialmente os dinamismos provenientes da sociedade global, enquanto totalidade mais abrangente. É no nível do desenvolvimento desigual, combinado e contraditório, que se expressam diversidades, localismos, singularidades, particularismos ou identidades (IANNI, 1994, pp. 158-159).

É importante sinalizar que o regime de acumulação flexível adotado como alternativa ao regime fordista, visando ao reestabelecimento do capital, não foi suficiente para impedir que novas crises acontecessem, fato que reforça o caráter cíclico do capital e sua tendência a ser acometido por crises¹.

Em 2008 ocorreu a crise do capitalismo contemporâneo, denominada de “crise dos *subprime*”, decorrente da desregulamentação financeira e bancária e do subsequente crescimento do mercado imobiliário sustentado no financiamento via empréstimos bancários com base em crédito hipotecário (CARCANHOLO, 2011). As operações de crédito do mundo estancaram e, considerando a dimensão da integração econômica internacional, fizeram com que todos os países sentissem os impactos da crise em alguma medida.

Considerando as alterações promovidas a partir da adoção do regime de acumulação flexível, seria necessário um arcabouço ideológico capaz de penetrar nas instituições governamentais dos países, a fim de que legislações e medidas institucionais permitissem o modelo de acumulação proposto.

¹ A história do capitalismo remete a uma sucessão de crises e consequentes adaptações voltadas à manutenção da dinâmica econômica. Marx (2017, p. 300), já discorria sobre a existência de ciclos dentro do sistema ao apontar fases, onde cada crise acaba por representar a passagem de um estágio para outro: “O resultado é que esse ciclo de rotações encadeadas, que se estende por uma série de anos e que o capital percorre por meio de seus componentes fixos, fornece uma base material das crises periódicas nas quais a atividade econômica percorre as fases sucessivas de depressão, animação moderada, hiperatividade e crise. Os períodos em que se investe o capital são, na realidade, muito distintos e discrepantes. Porém, a crise constitui sempre o ponto de partida de um novo grande investimento. E, portanto, do ponto de vista da sociedade em seu conjunto, também fornece, em maior ou menor grau, uma nova base material para o próximo ciclo de rotação” (MARX, 2017, p. 30). Apesar das modificações, a dinâmica central do capitalismo não é alterada. Em todos os ciclos, o sistema visa a acumulação capitalista através do lucro advindo da extração de mais-valia, potencializada, ainda, através da relação capital x trabalho, em que o primeiro elemento determina o nível de exploração do segundo (FILGUEIRAS, 2010).

Nesse sentido, os EUA, enquanto potência econômica reguladora do capitalismo mundial, no sentido de se manterem hegemônicos, desde a década de 1970 têm agido de modo a inserir dentro dos países subdesenvolvidos a sua dinâmica de produção. Para tanto, se utilizam dos órgãos de abrangência internacional para aplicar medidas e sanções que facilitem tal integração, ao tempo em que, através das relações comerciais internacionais, firmam o poder de sua moeda perante o cenário mundial.

A exemplo, em 1989, foi realizado nos EUA o Consenso de Washington. Correspondeu a um encontro das lideranças financeiras mundiais, situadas nos Estados Unidos, para avaliar positivamente a adoção do ideário neoliberal pelos países da América Latina.

O Neoliberalismo já vinha sendo indicado pelos norte-americanos como meio necessário para superar as condições de subdesenvolvimento de tais países, e mais, a adoção das práticas neoliberais por vezes já tinha sido colocada como requisito para se conceder vantagens econômicas por parte dos EUA. No entanto, esse evento demarcou de forma oficial o interesse dos EUA em tirar vantagens das relações estabelecidas com os países subdesenvolvidos através da recomendação neoliberal (BATISTA, 1994).

Segundo Harvey (2008):

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. De também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados. Além disso, se não existirem mercados (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a segurança social ou a poluição ambiental), estes devem ser criados, se necessário pela ação do Estado. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício (HARVEY, 2008, p. 12).

Nesse sentido, o neoliberalismo se configura como um processo de repercussão global, onde foi adotado, pelo menos em algum aspecto ou em algum momento histórico, pela maioria dos países no mundo. No entanto, a América Latina acabou por se tornar o principal alvo dos EUA, considerando seus interesses econômicos com os países do continente. Portanto, utilizou-se o neoliberalismo enquanto ferramenta útil à operacionalização do regime de acumulação flexível, e desde a década de 1980 vem sendo inserido nos Estados Nacionais.

Para além dos fatores econômicos que facilitaram a disseminação do Neoliberalismo pelo mundo, esta corrente se concretizou enquanto ideologia social, com validação dos indivíduos, e defesa de seus valores vinculados ao individualismo em meio aos países. Diante desse contexto, compreende-se que, considerando as necessidades de readequação dos modos de produção, as políticas neoliberais corresponderam aos interesses das burguesias nacionais e do capital internacional mas, ao mesmo tempo, promoveram suas próprias defesas em meio aos setores populares.

O projeto declarado de restauração do poder econômico a uma pequena elite provavelmente não teria muito apoio popular. Mas um esforço programático de defesa da causa das liberdades individuais poderia constituir um apelo a uma base popular, disfarçando assim o trabalho de restauração do poder de classe. Além disso, uma vez que fez a virada neoliberal, o aparato do Estado pode usar seus poderes de persuasão, cooptação, chantagem e ameaça para manter o clima de consentimento necessário à perpetuação de seu poder (HARVEY, 2008, p. 50).

A força do caráter ideológico do Neoliberalismo vai impactar, inclusive, as capacidades de mobilização dos movimentos e lutas sociais. No Brasil, o contexto de redemocratização do país, ainda na década de 1980, fez eclodir no cenário nacional a atuação de inúmeros movimentos sociais vinculados às causas específicas da classe trabalhadora. Pautas correspondentes aos trabalhadores do campo, trabalhadores das fábricas, estudantes, mulheres, segmentos da saúde, dentro outros, predominaram nas lutas a favor da derrubada do Regime Militar.

Diferentemente disso, a entrada do Neoliberalismo no Brasil, em meio aos outros impactos, irá demarcar não só novas modalidades de lutas sociais mas, mais que isso, a disposição dos segmentos sociais para dar continuidade ou fazer surgir organizações em prol da defesa de direitos sociais e/ou políticos. Segundo Gomes e Coutinho (2008, p. 1), “a era neoliberal retirou de cena os movimentos sociais e assumiu a centralidade da cena política as ONGs. Estas foram alçadas à condição de agentes privilegiados de mediação entre o Estado e a população, principalmente a mais empobrecida”.

Na América Latina, não houve uma uniformidade temporal no que tange à adesão às políticas neoliberais. Os países latino-americanos que até a década de 1980 mantinham políticas de substituição de importações, ações protecionistas, e fomento à industrialização local, se voltaram para as tendências comerciais mundiais e se colocaram à disposição da nova dinâmica econômica. Esse cenário se reflete de forma significativa dentro dos países, sobretudo nos aspectos relacionados aos processos e condições de trabalho.

Como argumento para sua consolidação interna, essas políticas são justificadas dentro dos países através da promessa do desenvolvimento econômico, isto é, os Estados Nacionais

passam a atuar através de alterações nas legislações trabalhistas, desestatizações e estímulos aos grandes empresários sob a alegação de prosperidade para o país. Nesse contexto, a aplicação de medidas neoliberais se tornou uma importante ferramenta de operacionalização da nova logística mundial dentro dos países subdesenvolvidos.

Em meio à defesa da não-intervenção estatal, passaram a predominar nesse cenário a abertura comercial e financeira, a desregulamentação, a privatização de infraestrutura, o domínio dos interesses dos grupos financeiros, além da privatização de serviços básicos. Desse modo, passaram a ser alvo do corte de gastos do governo os programas sociais, Bancos de Desenvolvimento, Segurança, Educação, Saúde, medidas de distribuição de renda, infraestrutura, recursos naturais. Tais medidas visam à geração de superávit primário por parte do governo.

A América Latina experimentou o neoliberalismo em 1973, quando o Chile, após intensa crise econômica e social, adotou um programa de reformas voltado ao livre comércio. A partir da década de 1980 Bolívia, México, Venezuela, Peru e Argentina passaram a adotar medidas que também apregoavam a não intervenção estatal (BRANDÃO, 2017).

A adoção das políticas neoliberais foi decorrência da crise econômica que atingiu a América Latina. Algumas decisões tomadas pelos países latino-americanos, visando ao desenvolvimento econômico em décadas anteriores, acabaram por se configurar em problemas fiscais e, posteriormente, na necessidade de adotar medidas compatíveis ao processo de internacionalização do capital.

Até então, desde a década de 1950, passaram a predominar no continente ações ligadas ao chamado “estruturalismo latino-americano” ou “estruturalismo cepalino”, em referência à atuação da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Com base nisso, implantou-se uma política de substituição de importações, sistemas econômicos protecionistas, investimentos na industrialização interna, e intensa participação estatal no fomento e regulação da economia e dos processos produtivos como um todo (GALA, 2017).

Essa estratégia começou a apresentar aspectos de saturação a partir da década de 1960. No entanto, da mesma forma que o Brasil, a maioria dos países latino-americanos seguiu acreditando nas medidas nacional-desenvolvimentistas e, através de financiamento externo, conseguiram sustentar esse modelo de desenvolvimento até a década de 1970. Até então, os Estados possuíam uma boa poupança pública que passou a desaparecer com a chegada da década de 1980, devido a uma dívida pública externa crescente, decorrente do financiamento de déficits públicos, que originou a crise fiscal dos Estados.

Devido à década de 1980 ter sido de extrema relevância para a expansão dos movimentos sociais no Brasil, este foi o último país da América Latina a aderir às políticas neoliberais. Apesar das mobilizações em torno de um novo projeto nacional comandado pelos trabalhadores, a partir do governo de Fernando Collor de Melo, em 1990, percebe-se a execução de ações voltadas à efetivação de um projeto neoliberal (FILGUEIRAS, 2006).

Até então, desde a década de 1930, o Brasil experimentava o fomento à industrialização local que mais tarde subsidiou o que seria reconhecido como o fordismo à brasileira. O contexto abrange a configuração de um sistema fordista limitado, em meio a outros aspectos, pela ausência de um padrão de relação salarial tal qual se deu nos países do capitalismo central. Nesse sentido, apesar do incentivo estatal ao aparato industrial do país, este processo não foi acompanhado da forte representatividade sindical, tampouco da contrapartida de consumo da sociedade (DUARTE, 2000).

A década de 1950 trouxe algumas alterações no modelo de industrialização nacional, de modo que se passou a aderir à segunda política de substituição de importações que incorporou o investimento estrangeiro. Além disso, setores adjacentes à produção industrial, tais como os relacionados ao transporte e à infraestrutura, puderam ser desenvolvidos em virtude da operacionalização do Plano de Metas do governo de Juscelino Kubistcheck (CORRIAT; SABOIA, 1988).

O Regime Militar sustentou o “milagre econômico” em políticas de arrocho salarial e na repressão dos movimentos operários, impedindo qualquer possibilidade de negociação salarial compatível com o ritmo econômico que vinha sendo operado no país. Os elevados índices de concentração de renda apresentados no período permitem inferir a impossibilidade de elevação do consumo para a maior parte da população brasileira.

A evolução das medidas de proteção social do país aponta que, desde a década de 1930, elas estavam condicionadas aos modelos de desenvolvimento do Brasil, e vinculadas às lógicas contributiva e seletiva. As condições necessárias ao surgimento de um modelo de Estado de Bem-estar no Brasil surgem decorrentes do cenário de redemocratização e a consequente expansão dos movimentos populares. Com base nisso, foi somente em 1988, através da promulgação da Constituição Federal, que o conjunto de direitos políticos e sociais dos brasileiros puderam ser reconhecidos e ampliados (LOBATO, 2016).

Nesse sentido, entende-se que o fomento à industrialização local não envolveu aspectos típicos do Fordismo dos países do centro capitalista mundial, tais como promoção do consumo, pioneirismo do Estado no suprimento das necessidades sociais, e promoção do pleno emprego. Da mesma forma, o momento em que a expansão dos direitos sociais foi viabilizada, o Brasil,

assim como os demais países da América Latina, já começava a iniciar sua política de desindustrialização e retração estatal típicas da doutrina Neoliberal.

Apesar de ter sido o governo precursor na execução das ações neoliberais no país, o mandato de Collor (1990-1992) não obteve êxito no cumprimento de um Neoliberalismo fiel às doutrinas, prometido, inclusive, no período eleitoral. Um dos motivos deve-se ao fato de que o bloco de apoio do presidente divergia em alguns pontos referentes à abertura comercial e bancária, além das privatizações de estatais (MACIEL, 2011).

No entanto, houve algumas medidas de destaque no período. O Plano Collor I envolveu a execução de medidas voltadas à reforma monetária, com a instituição do Cruzeiro, além do confisco dos ativos de contas correntes e aplicações financeiras, medida esta que não chegou a atingir os grandes empresários. Destaca-se ainda o Programa Nacional de Desestatização, no intuito de privatizar algumas instituições públicas. Maciel (2011, p.102) afirma que

Na verdade, o Plano Collor I anunciou a aurora da era neoliberal, que tinha o combate à inflação apenas como aspecto inicial de um ambicioso processo de redefinição do padrão de acumulação capitalista e de ofensiva contra os direitos sociais e trabalhistas. Esta ofensiva tornava-se crucial para os interesses do grande capital monopolista, seja em função da perspectiva de aumento da taxa de mais-valia como forma de reversão da tendência de queda na taxa de lucro motivada pela recessão econômica, seja pela imperiosa necessidade de desencadear o processo de reestruturação produtiva, com a incorporação de novas tecnologias e novas formas de gerenciamento do processo produtivo, baseadas na desregulamentação do mercado de trabalho.

Ainda em 1990, lançou-se o Plano Collor II que, tal qual o primeiro plano, não obteve êxito na contenção da inflação. Além disso, reorientou-se o Ministério da Economia, que devido às posições econômicas e políticas do ministro em exercício, passou a ser direcionado para o viés da financeirização. Destaca-se ainda a restrição de direitos sociais e trabalhistas, gerando a insatisfação da população frente aos impactos sociais expressos através das altas taxas de desemprego e baixo poder de consumo.

Em meio à tentativa de inserção neoliberal, o contexto nacional abrigava uma burguesia aliada ao capital externo e necessitada de seguir as recomendações do mercado internacional, que não conseguia obter êxito em suas determinações devido às resistências da burguesia interna, que não se sentia beneficiada pela abertura comercial e, sobretudo, com o processo de desindustrialização que estava em curso.

O sucessor de Fernando Collor, Itamar Franco (1992-1994), executou uma política econômica baseada no Plano Real que obteve sucesso na contenção da inflação ao curto prazo. De maneira geral, seguindo a linha política em voga, sustentou-se na ortodoxia neoliberal, sobretudo com a presença de Fernando Henrique Cardoso no Ministério da Fazenda, mas não se sustentou em uma política rígida de privatizações tal qual seu antecessor (PORTO, 2012).

Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) foi responsável por consolidar o projeto de instituição do neoliberalismo no país, quando deu-se início à contrarreforma do Estado brasileiro, permeada de privatizações - justificadas pela redução das dívidas interna e externa, melhoria na prestação de serviços e atração de investimento estrangeiro - demissões, e cortes de verbas no que tange às políticas sociais.

Tratou-se, como se pode observar, de “reformas” orientadas para o mercado, no contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980. Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada -, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 148).

As consequências do mencionado contexto recaíram sobre as classes subalternizadas, que se tornaram relegadas à insuficiência da filantropia no suprimento de suas necessidades sociais, à ausência de verbas para aderir aos planos de saúde conforme preconizava o “novo” modelo de Estado, e aos contratos trabalhistas que não protegiam, mas sim, precarizavam.

O foco do governo passou a ser a privatização de serviços públicos. As instituições iniciais foram algumas companhias de energia e petroquímica, além disso, cinco malhas da Rede Ferroviária Federal S.A. (RFFSA) e a Telebrás foram destinadas à iniciativa privada. O destaque do período foi a privatização da Companhia Vale do Rio Doce (ALMEIDA, 2010). FHC propôs ainda reformas da previdência e administrativa que davam mais liberdades ao mercado e deixavam a atuação do Estado mais restrita (NEGRÃO, 1996).

A partir de FHC, passou-se a presenciar a consolidação do capital financeiro no país e da abertura comercial iniciada por Collor. As burguesias voltadas aos capitais externos e internos chegaram a vivenciar anos de conciliação de interesses, o que facilitou a reeleição do presidente em 1998, mas ao fim do mandato, as contradições das políticas neoliberais e as constantes crises cambiais, em conjunto com uma sequência de vitórias de lideranças anti-imperialistas nos demais países da América Latina, fizeram com que a burguesia nacional se unisse em um plano governamental com o Partido dos Trabalhadores (PT).

Em linhas gerais, apesar do reordenamento de ações no que tange às medidas voltadas à proteção social, os governos do PT prosseguiram à inserção neoliberal no país, deram prosseguimento à financeirização, e concederam benefícios aos grandes empresários. No entanto, através de um conjunto de ações que favorecia as condições de vida da população subalternizada, ao tempo em que privilegiava a burguesia nacional, o neoliberalismo passou a apresentar uma nova faceta.

O governo Lula provocou uma redefinição na composição do bloco no poder, dando maior alento ao neoliberalismo, salvando-o da crise em que se encontrava no final do último mandato do governo Cardoso. Além de trazer para a sua base de apoio as frações da burguesia interna e do agronegócio, “alijadas” na gestão de seu antecessor, atraiu os setores mais pobres da população – os “descamisados” – que outrora (nas eleições de 1989) votaram em Collor. E em relação aos trabalhadores organizados, tem tratado “a pão e água”, mantendo o histórico arrocho salarial, mas não só: É omissos diante do drama do desemprego, retirou direitos previdenciários do setor público e, também, do setor privado, enfim, não trouxe nada de novo (MACHADO, 2009, p.29).

Nesse sentido, apesar da inserção neoliberal, o período envolveu a melhoria dos indicadores sociais, com expressiva diminuição dos índices de pobreza, aumento do poder de consumo da população e expansão do acesso ao ensino no país. Além disso, houve aumento do emprego e da formalização do mercado de trabalho que, conforme sinaliza Silva (2019) seria intensificada em 2013 no mandato da sucessora co-partidária Dilma Rousseff.

Trovão e Araújo (2019) apontam que entre 2000 e 2010 a desigualdade social no Brasil reduziu drasticamente, com destaque para o período entre 2005-2008 que envolveu o fortalecimento da economia interna, sinalizando a possibilidade do desenvolvimento nacional minimamente sustentável, conciliando as necessidades dos setores de elite do país, e das classes subalternizadas que, até a década de 1990, ainda não haviam sido alvo de políticas estatais ampliadas.

A taxa de desemprego saltou de 5,0% em 1989 para aproximadamente 10,0% ao final da década de 1990. Ademais, neste período, de cada dez postos de trabalho criados, somente dois eram assalariados, porém sem registro formal. Por outro lado, sobretudo a partir de 2004, o Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro passou a experimentar um crescimento mais vigoroso, tendo atingido a taxa de 5,4% no ano de 2007, propiciando a geração de 11,010 milhões de postos de trabalho formais no período de janeiro de 2003 a setembro de 2008. Consequentemente, o nível de ocupação total cresceu 16,8% entre 2001 e 2007, observando-se que o crescimento dos postos de trabalho protegidos foi maior que a variação do total de ocupados, provocando uma queda no grau de informalidade que, em 2007, atingiu o menor nível da década, correspondente a 50,9% (LIMA, 2013, p. 285-286).

A importância de situar os impactos no âmbito do trabalho deve-se ao fato de que, dentro do sistema capitalista, a relação capital x trabalho irá determinar a configuração das desigualdades sociais, de modo que, o aumento do desemprego, consequentemente acarreta no acirramento das expressões da questão social (NETTO; BRAZ, 2012). Nesse sentido, os impactos provocados nos âmbitos do trabalho e renda foram significativos para a redução da pobreza no país, fazendo com que, mesmo que em linhas gerais os primeiros governos do PT tenham correspondido às doutrinas neoliberais, as intervenções que colaboraram com erradicação da pobreza facilitaram para que, na análise do percurso brasileiro, este momento em específico seja colocado em posição peculiar.

O fortalecimento da economia interna contribuiu para que o país, durante o segundo mandato do presidente, não sentisse grandes impactos referentes à eclosão da crise mundial em 2007-2008. No período destacam-se como principais medidas o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), expansão de crédito para as classes mais rebaixadas, e expansão do acesso ao ensino superior.

A mediação de interesses entre classes foi essencial para que Lula não só se reelegesse, como garantisse a eleição de sua sucessora Dilma Rousseff (2011-2016) que, seguiu a linha de atuação do partido, no entanto, com algumas particularidades:

(...) redução de taxas de juros e tarifas de energia elétrica; desonerações tributárias e crédito subsidiado; desvalorização cambial e protecionismo industrial seletivo; concessões de serviços públicos para a iniciativa privada. Algumas dessas iniciativas foram, inclusive, solicitadas em documento entregue ao governo e assinado em conjunto com outras organizações empresariais e centrais sindicais em 2011. (BASTOS, 2017, p.3).

A classe empresarial, até então inserida nas medidas governamentais de Dilma, foi também a responsável por se voltar contra o Governo quando das medidas de ajuste fiscal e descontinuidade nas relações internacionais do país (PAULA; PIRES, 2017). Junto com os grupos de oposição, a elite empresarial do país articulou o golpe político contra a presidente eleita que sofreu um processo de impeachment, fazendo com que Michel Temer, seu então vice presidente, assumisse o comando do país em 2016.

A partir de 2016, houve a ruptura na linha de intervenção política do Estado devido ao golpe político-institucional que colocou Michel Temer (2016-2018) na presidência do país. A partir de então, deu-se início a uma série de intervenções conservadoras que impactaram, sobretudo, as populações subalternizadas do Brasil, considerando os desmontes operados sobre as legislações de proteção social e a redução do financiamento das políticas públicas. Ficou acentuado o vínculo ao viés da financeirização e a submissão das decisões nacionais aos interesses do capital estrangeiro.

Houve no período a tentativa de se aprovar uma nova reforma na Previdência Social, sob a alegação de possível quebra no sistema e de combate a privilégios, no entanto, o governo federal não dispôs de apoio político suficiente para prosseguir às mudanças. Apesar disso, obteve êxito em uma Reforma Trabalhista que, com base nas alterações legislativas, permitiu o aumento do lucro dos grandes empresários com base no corte de gastos com empregados, visto que esses passaram a ter seus direitos ainda mais flexibilizados.

Em 2019 Jair Messias Bolsonaro chegou ao governo sob forte discurso liberal, com pautas ultraconservadoras, e inúmeras promessas voltadas às privatizações, forte abertura comercial (baseada em relações submissas ao capital americano), e indiferença aos problemas

sociais do país. Prosseguiu a Reforma da Previdência de seu antecessor Michel Temer, e despendeu esforços políticos para que a mesma fosse aprovada.

De modo geral, é importante sinalizar para o fato de que o Brasil não vivenciou um modelo único de neoliberalismo. Apesar de haver um padrão produtivo mundial, sustentado na acumulação flexível, a doutrina neoliberal, que facilitou a entrada de tais arranjos nos países periféricos, foi adotada em diferentes moldes conforme o bloco político que estivesse no poder.

As alterações no padrão neoliberal inserido no Brasil podem ser relacionadas, inclusive, à reconfiguração dos movimentos sociais e reivindicações da população. Esse contexto tem feito com que a classe trabalhadora se utilize de novas estratégias desde o fim do século passado, buscando uma reorganização das lutas sociais a fim de evitar os impactos promovidos pelo o novo cenário socioeconômico. Nesse sentido

Os movimentos sociais latino-americanos vêm ocupando o cenário político e social. Na última década, a partir de suas ativas resistências às privatizações, aos programas de ajuste estrutural e de desmonte dos Estados nacionais. O êxito destas resistências, canalizadas através de amplas mobilizações, originou, em certos países, manifestações populares ou processos eleitorais que desbancaram do poder as tradicionais elites, modificando o cenário político recente. A ascensão de governos de cunho progressista e de esquerda foi a forma mais visível que assumiram as mudanças causadas por estes movimentos, que vinham se formando na base das sociedades desde o começo dos anos 1990 (POLETTI, 2013, p.1).

De todo modo, a discussão proposta neste estudo considera que, tendo em vista o contexto econômico internacional, e as posições ocupadas pelo Estado brasileiro desde, principalmente, a década de 1990, o Brasil tem vivenciado a inserção de políticas neoliberais que, apesar de não estarem limitadas a um padrão único de execução, obedecem aos ditames do Consenso de Washington, e o colocam em posição de dependência ao capital norte-americano.

Com exceção dos governos do PT, que promoveram, nos anos 2000, tendências de redução da pobreza e da desigualdade, os impactos da adoção de políticas neoliberais pelos países periféricos têm envolvido o acirramento das desigualdades sociais, uma vez que tais práticas aumentam a acumulação de capital pelas burguesias nacionais e contribuem para que o Estado deixe de atuar sobre os aspectos de pobreza. As políticas públicas, apesar do marco constitucional de 1988, acabam se deparando com o cenário de retração estatal que inviabiliza sua efetividade frente a tantas expressões de desigualdade, levando a maior parte da população a situações de desproteção social.

Além disso, nota-se o crescimento do desemprego estrutural e a consequente formação de um exército de reserva que faz com que os poucos que ainda possuem emprego se submetam

a condições de trabalho precarizadas, como consequência dos processos de flexibilização, situados em um contexto de privatizações e terceirizações em massa.

Com base nesse contexto, observa-se uma realidade pautada nas seguintes prerrogativas:

1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (BEHRING, 2000, p. 13).

Considerando a primazia da não-intervenção estatal, espera-se que o Estado atue, unicamente, no sentido de manter um aparato institucional que colabore com a livre concorrência do mercado, beneficiando, dessa forma, o grande capital e os empresários que estão a seu serviço. Nesse contexto, os investimentos sociais são considerados desnecessários, em favor de um discurso que fomenta as ações de filantropia e voluntariado, além da responsabilização do terceiro setor pela redução das desigualdades sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Sendo assim, ao tempo em que se defronta com um regime que promove o acirramento das desigualdades sociais, as ferramentas que historicamente são utilizadas para amenizá-las sofrem ofensivas de desmonte – sobretudo relacionadas às investidas de privatizações das políticas públicas e corte de investimentos sociais - frente à retração estatal no que tange às políticas sociais, dificultando a melhoria das condições de vida da maior parte da sociedade.

Os vínculos empregatícios se tornam cada vez mais frágeis e impossibilitam que segmentos importantes da sociedade possam reivindicar melhorias através de greves e manifestações, tal qual ocorria no século anterior. O numeroso exército industrial de reserva promove aos capitalistas trabalhadores disponíveis que temem o desemprego e se dispõem às inúmeras situações de subordinação visando a garantir sua reprodução social.

Em meio ao cenário de reestruturação, a postura adotada pelos Estados-nacionais foi fundamental para que as reformas internacionais atingissem as dinâmicas internas. Marx (2017) já sinalizava para o fato de que em uma sociedade capitalista, o Estado atuará conforme os ditames da acumulação. Seguindo essa análise, desde a década de 1990 no Brasil, passou-se a observar um movimento de reforma no modelo de gestão estatal, que colaboraram para a consolidação no neoliberalismo país.

2.2 Principais rebatimentos do regime de acumulação flexível sobre o padrão de gestão estatal e a reforma gerencial do Estado brasileiro

A adoção do regime de acumulação flexível sob a hegemonia neoliberal no Brasil correspondeu à adesão aos ditames internacionais de mercado, recomendados pelas instituições mundiais, sob comando americano, desde o final da década de 1980. A postura de Estado, enquanto entidade responsável por proporcionar mudanças estruturais dentro dos países, acaba sendo um dos principais alvos diante da necessidade de abertura dos mercados, e adesão ao capital internacional.

Mandel (1923) analisa o Estado ao considerar que esta instituição surge na sociedade antes mesmo que o próprio capital, e que, dessa forma, não seria viável que suas ações ou necessidades fossem conciliadas às necessidades da produção. No entanto, desde o surgimento da acumulação primitiva, o Estado tem assumido o papel de aliado ao capital, favorecendo privilégios para que as classes dominantes continuem a acumular. Marx (2017) trouxe a mesma análise ao apontar que o Estado burguês atuará em nome da classe dominante, mantendo privilégios e favorecendo os processos de acumulação capitalista.

No capitalismo contemporâneo, a lógica se mantém, devido aos movimentos da reestruturação capitalista observados nos últimos anos. Ao longo da década de 1990, após a recomendação formal das políticas neoliberais pelo Consenso de Washington, o Banco Mundial lançou inúmeros documentos e publicações voltados à necessidade de adoção de reformas por parte dos países em estágio de desenvolvimento enquanto meio necessário ao crescimento econômico e à redução das desigualdades.

Segundo a instituição, um dos principais fatores que impediam o desenvolvimento dos países estava relacionado à má gestão do setor público, por considerar que a governança, assim como o desenvolvimento institucional, ocupa lugar central na sociedade. No geral, as críticas ao modelo de gestão do setor público dos países em desenvolvimento, encontram-se no excesso de atividades assumidas pelo Estado e na reduzida participação do setor privado na execução das atividades. Nesse sentido:

Em termos de redução do setor público, o documento aborda os esforços auxiliados pelo Banco para reduzir os setores públicos sobrecarregados: acabar com projetos ruins em programas de investimento público, reduzir o número e o custo de serviços públicos com excesso de pessoal e vender ou liquidar empresas públicas ineficientes. O conceito subjacente é que o país em desenvolvimento típico tentou fazer muito por meio do setor público, ou atribuiu a órgãos públicos tarefas para as quais eles não eram adequados, ou manteve atividades em mãos públicas quando as condições que justificaram a gestão pública mudaram. O que está em causa nada mais é do que

redefinir as dimensões do Estado, pois se tenta gerir menos, mas gerir melhor (Word Bank, 1991, p. 9).

Vários outros documentos oriundos das instituições internacionais sinalizavam a necessidade de reestruturação estatal. Ao longo da década de 1990, o Banco Mundial apresentou inúmeros relatórios e publicações que recomendavam a redução da participação do Estado nos processos de desenvolvimentos dos países. Muitos deles traziam como exemplo outros países que, apesar de não terem iniciado uma reforma institucional, já estariam dando prosseguimento à retração estatal e, segundo a instituição, apresentavam resultados positivos, tais como Argentina e México².

Da mesma forma, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) lançou documentos e recomendações e, em muitas ocasiões, condicionou apoio ao desenvolvimento de projetos na América Latina à adesão às suas propostas de reestruturação estatal. Em 1997, o BID em seu documento intitulado *Economic and social progress in Latin America — Latin America after a decade of reforms*, sugeriu que na América Latina havia a predominância de entidades estatais que assumiam funções de responsabilidade da iniciativa privada e que, nesse sentido, seriam necessárias reformas orientadas para o mercado. Este seria o fator responsável por proporcionar o crescimento econômico e a redução das desigualdades sociais no continente.

É importante situar que, assim como os aspectos elencados na primeira parte deste trabalho, a recomendação de reordenamento estatal também é resultado da crise da década de 1970. A adoção de um novo regime de acumulação provocou a reestruturação produtiva, mas também estatal. Desse contexto e das recomendações oriundas das instituições internacionais, decorre a defesa das reformas gerenciais do Estado, adotadas por inúmeros países, sendo os pioneiros EUA e Reino Unido (BRULON; OHAYON; ROSENBERG, 2012).

Luís Carlos Bresser Pereira é reconhecido como o principal representante da defesa da reforma estatal a partir da década de 1990 no Brasil. Segundo o autor, a crise iniciada na década de 1980 que marcou a América Latina, foi resultado da intensa intervenção estatal, necessária à industrialização dos países, e diante da fase globalizada do capital, as instituições governamentais deveriam se adequar aos novos processos (PEREIRA, 1998).

No Brasil – primeiro país em desenvolvimento a aplicar a reforma estatal (PEREIRA, 2009) - Fernando Henrique Cardoso, responsável por consolidar as premissas neoliberais no

² Destaca-se: “Argentina’s privatization program: experience, issues, and lessons (1993)”, “Mexico: memorandum economic - fostering private sector development in the 1990s (1994)”, “Argentina: provincial finances study — selected issues in fiscal federalismo (1996)”, “The state in a changing world (1997)”, “Mexico: mobilizing savings for growth (1997)”.

país, se utilizou de mecanismos e reformas que facilitaram a retração estatal ao tempo em que obedeceram às recomendações internacionais.

Em 1995, com Luís Carlos Bresser-Pereira a frente do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado do governo FHC, deu-se início à Reforma Gerencial do Estado com vistas a melhorar a eficiência na gestão do setor público do país, sustentada na ideia de que, no Brasil, predominou um modelo de administração pública denominado Administração Burocrática Clássica caracterizada, sobretudo, pela má qualidade, alto custo, lentidão, e pouco orientada para a eficiência no atendimento às demandas dos cidadãos. Esse modelo estaria por perdurar no Brasil desde 1963, quando deixamos de ter uma administração patrimonialista.

No entanto, com o decorrer dos anos e as consequentes garantias de direitos sociais, a máquina estatal não teria se adequado às novas funções que lhe foram conferidas e, considerando ainda os diversos atores econômicos que exigiam a atuação e/ou mediação do Estado, algumas inconsistências e deficiências no desenvolvimento das ações passaram a ser observadas se fazendo necessário um padrão de governança compatível com o momento em que o Brasil se encontrava (PEREIRA, 1996).

Com base nisso, lançou-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995) com vistas à reestruturação do modelo de administração pública, sustentada em reajustes fiscais, nas linhas de intervenção do Estado e adesão de critérios empresariais no processo de gestão. O intuito é o de que a governança estatal se inspire nos modelos de gestão de empresas privadas visando à maior qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, defende-se a ênfase em resultados através de contratos de gestão e a transferência de maior autonomia para administradores públicos.

Dentre os pontos centrais, considera-se

(...) da existência de quatro setores dentro do Estado: (1) o núcleo estratégico do Estado, (2) as atividades exclusivas de Estado, (3) os serviços não-exclusivos ou competitivos, e (4) a produção de bens e serviços para o mercado. No núcleo estratégico são definidas as leis e políticas públicas. É um setor relativamente pequeno, formado no Brasil, a nível federal, pelo Presidente da República, pelos ministros de Estado e a cúpula dos ministérios, responsáveis pela definição das políticas públicas, pelos tribunais federais encabeçados pelo Supremo Tribunal Federal e pelo Ministério Público. A nível estadual e municipal existem correspondentes núcleos estratégicos. As atividades exclusivas de Estado são aquelas em que o “poder de Estado”, ou seja, o poder de legislar e tributar é exercido. Inclui a polícia, as forças armadas, os órgãos de fiscalização e de regulamentação, e os órgãos responsáveis pelas transferências de recursos, como o Sistema Unificado de Saúde, o sistema de auxílio-desemprego, etc. Os serviços não-exclusivos ou competitivos do Estado são aqueles que, embora não envolvendo poder de Estado, o Estado realiza e/ou subsidia porque os considera de alta relevância para os direitos humanos, ou porque envolvem economias externas, não podendo ser adequadamente recompensados no mercado através da cobrança dos serviços. Finalmente, a produção de bens e serviços para o mercado é realizada pelo Estado através das empresas de

economia mista, que operam em setores de serviços públicos e/ou em setores considerados estratégicos (PEREIRA, 1996, p.18).

O plano envolveu a necessidade de racionalização do serviço público e a inserção do Estado como principal indutor na busca pelo desenvolvimento econômico. Dentro desses parâmetros, buscou implementar aspectos administrativos das instituições privadas através da flexibilização da gestão, deslocando do comando do Estado a execução dos serviços públicos, conferindo autonomia aos gerentes. O intuito era de que as alterações proporcionassem a melhoria na prestação de serviços públicos à sociedade (BRULON; OHAYON; ROSENBERG, 2012).

No ano seguinte, em 1996, o governo federal lançou o Programa Nacional de Apoio à Administração Fiscal para os Estados Brasileiros – PNAFE, sob responsabilidade do Ministério da Fazenda, com vistas a convidar os estados do país a contribuírem com a realização da reforma estatal, através da adequação de suas instituições públicas aos moldes gerenciais informados pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

Atualmente, os sites institucionais da União não dispõem mais de documentos referentes ao PNAFE, mas os estudos acadêmicos (FERNANDES; MORAES; NASCIMENTO, 2015; SILVA; FADUL, 2007) apontam que os projetos ligados ao programa se alinharam às recomendações das instituições internacionais, sobretudo o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), principal agente de financiamento do PNAFE. A adoção das medidas pelos estados facilitaria os pedidos de empréstimos voltados à modernização do aparelho administrativo do país, inclusive dos próprios estados.

A execução das medidas de reforma seguiu o seguinte modelo:

Figura 1: Quadro de Intervenção para Reforma Gerencial

	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público					
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica					
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus		 Publicização			
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais			 Privatização		

Fonte: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995)

O quadro delimita quais são os setores de atuação do Estado. Dentre as áreas de intervenção, as atividades que não deveria se encaixar, em sua totalidade, aos moldes gerenciais seriam as relacionadas aos três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), que são encaixadas no Núcleo Estratégico de intervenção. No que se refere às atividades consideradas exclusivas do Estado (regulamentação, fiscalização, fomento, segurança pública, seguridade social básica), apesar da gestão dos serviços ser de responsabilidade direta do Estado, a administração dos mesmos deveria ser direcionada ao viés gerencial (instituição de metas visando a racionalização de recursos, no intuito de melhorar a prestação de serviços à sociedade).

Os serviços considerados não-exclusivos (universidades, hospitais, centros de pesquisa, museus) deveriam ter gestão pública (o que garantia a prestação de ações e serviços gratuitos à comunidade), porém as execuções das atividades não seriam de responsabilidade direta do Estado. Nesse sentido, defendeu-se a necessidade da criação de instituições que gozassem de autonomia para gerir tais serviços e que, apesar de públicas e de serem financiadas pela União, decidiriam as ações dos setores de forma independente.

É dentro desse contexto que se desenvolvem no país as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), regulamentadas pelas Leis nº 9.637/98 e 9.790/99. As OS, apesar de se configurarem enquanto instituições dotadas de publicização, são entidades de direito privado que, através de contratos de gestão, acabam se tornando responsáveis pela execução de serviços que, até então, seriam de responsabilidade direta do Estado, tais como atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

No caso das OSCIP, são entidades sem fins lucrativos, geralmente viabilizadas através da iniciativa privada, não sendo legisladas por normas vindas do poder público. As relações das OSCIP com o Estado surgem através de parcerias, em ações que envolvem, principalmente, as ações de assistência social e de combate à pobreza.

A criação dessas novas figuras está em conformidade com a ideia de que arranjos organizacionais dotados de mais flexibilidade são capazes de alcançar mais eficiência na alocação de recursos que uma administração pública burocrática presa ao processo e às normas. Redesenha-se a relação público-privada via arranjos organizacionais mais flexíveis ao tempo em que também se utiliza da externalização de um conjunto de atividades (ARAÚJO; PINHEIRO, 2010, p. 656-657).

Por fim, as atividades voltadas à produção de mercado e que estivessem sob domínio do Estado, deveriam ser privatizadas, diminuindo a participação do Estado neste setor, e responsabilizando a iniciativa privada pelo andamento dessas ações.

Em 2009, Bresser Pereira analisou sua proposta de reforma:

Treze anos depois, a reforma continua a se realizar em todo o país nas esferas federal, estadual e municipal. Os princípios mais gerais da reforma e as formas de colocá-los em prática não estão mais restritos a um pequeno grupo de iniciadores, mas são patrimônio intelectual comum da alta burocracia pública brasileira e dos seus consultores administrativos. Hoje, quando no Brasil se pensa em reforma administrativa, quando se busca tornar o aparelho do Estado mais eficiente, mais capaz de prestar ou financiar serviços sociais, culturais e científicos com baixo custo e boa qualidade, pensa-se em reforma gerencial ou da gestão pública. Desde 1995 a Reforma Gerencial fez importantes avanços, mas naturalmente não transformou do dia para a noite a organização do Estado brasileiro; uma reforma desse tipo demora 30 a 40 anos para poder ser julgada relativamente completa. Já não é mais apenas uma reforma de uma pessoa ou de um governo, mas uma reforma adotada e conduzida pela alta administração pública— uma reforma que começou no governo Fernando Henrique, está sendo continuada e atualizada pelo governo Lula e os atuais governadores, e certamente terá prosseguimento independentemente de quem sejam seus sucessores (PEREIRA, 2009, p. 2).

De fato, a execução do Estado Gerencial não coube unicamente ao governo de FHC. Os governos do PT foram responsáveis por uma ofensiva gerencial sobre políticas públicas que impactaram das mais variadas formas a prestação dos serviços.

No âmbito da educação, o destaque gerencial vai para o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), que surge com a proposta de ampliar as vagas e melhorar a utilização da estrutura física e dos recursos humanos disponíveis nas universidades. Instituído em 2007, é regido pelo Decreto nº 6096/2007 e, apesar da proposta audaciosa, o REUNI não previa a destinação de recursos suficientes para tal.

O REUNI proporcionou a inserção de uma política de atingimento de metas pelas Instituições de Ensino Superior (IFES), ao tempo em que se flexibilizaram disciplinas, no intuito de se formar o maior número possível de alunos, sem que para isso houvesse o investimento necessário. Os recursos adicionais ficaram condicionados ao cumprimento das metas propostas pelo Ministério da Educação (MEC). O fato de as universidades passarem a dispor de autonomia em relação à formulação de suas próprias metas, fez com que os reitores instituíssem suas preferências no que tange à gestão das ações, em detrimento da execução de diretrizes de educação padrão (ARAÚJO; PINHEIRO, 2010).

O REUNI também atualizou, bem como realizou a ideia do contrato de gestão, tão ambicionada por Cardoso e Bresser Pereira, o que representa a interferência direta na autonomia da universidade e em seu caráter social. Com a conclusão do programa REUNI em 2012, cenários catastróficos se estabeleceram nas universidades federais no Brasil. No entanto, o REUNI ressurgiu com uma nova roupagem, ele surge como meta do Plano Nacional de Educação 2014-2024, em um contexto de corrosão da educação superior brasileira, em que cortes de recursos para o Ministério da Educação, bem como para as universidades são determinados pelo então ministro Cid Ferreira Gomes (DE PAULA, 2014, p.140).

Seguindo a linha de reconfiguração nos modelos de gestão, no governo Lula, as Fundações Estatais de Direito Privado ganharam centralidade através do Projeto de Lei Complementar nº 92/2007. A partir de então, se iniciou uma série de transferência de gestão do setor público da União para essas entidades que passaram a assumir o comando de execução dos serviços (SILVA; TENÓRIO, 2017).

Nesse sentido, em 2008 a lógica gerencial foi implementada na comunicação pública através da criação da Empresa Brasil de Comunicação. Criada através da Lei nº 11.652 de 2008, a EBC surge para gerir serviços de radiodifusão pública explorados pelo Poder Executivo, vinculada à Casa Civil da Presidência da República. Desde sua implementação, estudiosos e pesquisadores de temas relacionados à comunicação no Brasil, se manifestaram contra a instauração da empresa por considerar que a mesma violaria aspectos essenciais à TV pública, tais como a participação popular, a liberdade de expressão, e a transparência de ações (PEREIRA FILHO, 2015).

Na política de saúde, a ofensiva gerencial envolveu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A empresa foi criada pela lei nº 12.550/2011 no intuito de gerir

Hospitais Universitários públicos, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), tendo como justificativa para sua instituição a solução de contratos irregulares de trabalho através da inclusão do regime celetista, autonomia financeira, e perspectiva de captação de recursos próprios (ANDREAZZI, 2013). A implementação da empresa nos HU ocorreu em meio a plebiscitos, conferências e manifestações que se mostraram contrários a adesão à EBSERH pelos hospitais, e favoráveis a uma saúde pública conforme preconiza a Constituição Federal (ANDES, 2013).

A partir de então, foi inserida dentro dos hospitais universitários a lógica empresarial, conferindo aos hospitais universitários critérios não antes utilizados, tais como metas e produção, incomuns ao universo das políticas públicas como um todo. Abre-se mão do objetivo central da política de saúde, em virtude da submissão ao ideal de mercado. Ao longo dos anos, as OS, OSCIP'S e Fundações Estatais de Direito Privado têm tido centralidade em meio à gestão de serviços de saúde, o que, conseqüentemente, faz com que esta política tenha sido a principal no que tange às linhas de execução do Estado Gerencial.

Granemann (2007) analisa que as Fundações Estatais de Direito Privado representam a privatização das políticas sociais no Brasil e que, assim como as demais investidas privatistas realizadas ao longo da década de 1990, respondem às necessidades do capital internacional e não aos direitos sociais adquiridos pela sociedade brasileira. Nesse sentido, apresenta-se a proteção social brasileira como alvo das contrarreformas do Estado, e a desresponsabilização com serviços essenciais à reprodução social dos indivíduos.

Todas essas alterações provocaram impactos à sociedade como um todo e, de forma mais específica, aos trabalhadores. A partir do momento em que abre-se mão da gestão estatal e adere-se à gestão empresarial, são inseridas dentro das instituições normas condizentes com a iniciativa privada, interferindo nas condições e relações de trabalho:

Os recursos públicos da saúde são alocados na rede privada, por meio de convênios/compra de serviços privados e pelo repasse da gestão do SUS para entidades privadas, através dos denominados “novos modelos de gestão”: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), Fundações Estatais de Direito Privado (Fedps) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), além do incremento das parcerias público privadas. Trata-se da privatização do que é público, na medida em que o Estado abdica de ser o executor dos serviços públicos, por meio da abertura à iniciativa privada como fornecedora desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento, instalações públicas e de pessoal para entidades privadas (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 138-139).

Este é apenas um aspecto dentro dos fatores de precarização aos quais a classe trabalhadora é submetida no contexto da acumulação flexível sob a égide das políticas neoliberais. Nesse sentido, faz-se necessário analisar quais tem sido as tendências de

transformações no mundo do trabalho a partir do final do século XX nos marcos do regime de acumulação flexível sob a égide do neoliberalismo.

2.3 Mudanças nas relações e condições de trabalho nos marcos do regime de acumulação flexível sob a égide do neoliberalismo: as particularidades do Brasil

O trabalho sempre esteve em uma posição central perante à sociedade. Marx (2017, p. 188) já situava-o enquanto interação entre homem e natureza, indispensável para a reprodução do ser humano e para o desenvolvimento da sociedade como um todo. Lucacks (2013) elenca o trabalho enquanto a categoria fundante do ser social. Em outras palavras, compreende-se que, devido ao trabalho, o ser humano pode desenvolver ao longo da evolução humana a capacidade de se constituir em sociedade e se relacionar com os demais. Nesse sentido, o trabalho adquire prioridade ontológica quando da análise da constituição do ser social.

Entende-se que o trabalho foi adquirindo novos significados à medida em que se desenvolveu a sociedade. Quando analisado em uma sociedade pré-capitalista, é dado ao trabalho o sentido de transformação, de modo que ele passa a ser operado conforme as necessidades de subsistência do ser humano. Logo, a transformação estaria relacionada ao ato de produzir os meios necessários à sobrevivência através dos recursos disponibilizados pela natureza, em outras palavras, o ponto de partida do trabalho está vinculado ao domínio do homem sobre o meio natural (MARX, 2017).

Foi a partir do surgimento do sistema capitalista e da necessidade de obtenção de lucro por parte de uma classe dominante, que a força de trabalho passou a ser alvo de mercantilização a fim de que a dinâmica do sistema pudesse ser mantida. Nesse sentido, a principal peculiaridade adquirida pela força de trabalho mediante a inserção capitalista é a sua mercantilização, de modo que a sua compra e venda é o que promoverá a exploração da burguesia sobre a classe trabalhadora. O trabalho subsidiado pelas vontades de outrem o qualifica como alienado, tendo em vista o não reconhecimento do trabalhador sobre os processos operados. Esta condição só é possível devido à mercantilização da força de trabalho, portanto, é específica de uma sociedade capitalista (MARX, 2017).

Apesar destes aspectos que compõem a configuração geral do trabalho dentro do capitalismo, essa categoria foi alvo de alterações na medida em que o sistema se modificou: as necessidades de diminuição de custo na produção, com a crescente demanda pelo aumento dos lucros, fizeram com que os processos de trabalho fossem alterados para satisfazer os grandes capitalistas.

As inovações técnico-científicas trazem consigo a necessidade de novos processos de trabalho e, conseqüentemente, de mudanças no padrão de uso da força de trabalho no processo produtivo. A adoção do regime de acumulação flexível, considerando a integração mundial exigida e a necessidade de inserção da nova lógica de produção dentro dos países periféricos, faz com que o trabalho seja um dos principais alvos de alteração, justamente por este ser o elemento de fomento à reestruturação produtiva.

A atual configuração da classe trabalhadora, compreende:

(...) a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda de sua força de trabalho em troca de salário, seja na indústria, na agricultura e nos serviços, seja nas interconexões existentes entre esses setores, como na agroindústria, nos serviços industriais, na indústria de serviços etc. Dadas as profundas metamorfoses ocorridas no mundo produtivo do capitalismo contemporâneo, o conceito ampliado de classe trabalhadora, em sua nova morfologia, deve incorporar a totalidade dos trabalhadores e trabalhadoras, cada vez mais integrados pelas cadeias produtivas globais e que vendem sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário, sendo pagos por capital-dinheiro, não importando se as atividades que realizam sejam predominantemente materiais ou imateriais, mais ou menos regulamentadas (ANTUNES, 2018, p. 36).

Dessa forma, as transformações das quais o trabalho foi alvo desde o fim do século XX, não anularam sua centralidade no capitalismo, e tampouco ocasionaram o fim da classe trabalhadora. As mudanças nos processos de produção não poderiam ter sido viáveis sem a reconfiguração do trabalho e, conseqüentemente, da classe trabalhadora, que agora ocupa novas posições e se depara com novos desafios frente aos fatores de precarização que se colocam. Com base nisso, o que tem se apresentado à sociedade é uma nova Divisão Internacional do Trabalho, decorrente dos processos de reestruturação capitalista.

Com base nisso, observa-se que um dos pontos centrais do trabalho no capitalismo contemporâneo, diz respeito às principais funções que hoje são desempenhadas, onde o corpo de trabalhadores que até o século XIX era marcadamente composto por operários industriais, foi substituído pelos prestadores de serviços. Como tendência do século XXI, surge o trabalho remoto como resultado dos avanços tecnológicos sobre algumas ocupações e serviços vinculados à operacionalização de aplicativos, tais como serviços de *delivery* e transporte.

No geral, as novas funções já surgem precarizadas, sem legislações específicas, que permitem aos empresários a exploração dos trabalhadores sem que sejam responsabilizados por eventuais intercorrências durante as atividades. A ideia vendida é a de independência do trabalhador, auto comando e utilização dos próprios meios de locomoção (automóveis, motocicletas, bicicletas), quando o que tem havido é a desproteção trabalhista.

Todos estes novos setores, que surgem em substituição ao cenário fabril do fordismo, caracterizam a centralidade do trabalho no contexto urbano. Ao analisar a América Latina como

um todo, passa-se a observar, sobretudo a partir da década de 1990, a intensificação da modernização do campo no fomento ao agronegócio que, apesar das raízes coloniais no sistema de *plantation*, também é readequado conforme as necessidades de aumento de produtividade, ocasionando o empobrecimento das famílias camponesas que atuam na agricultura familiar e impossibilitando as condições de sua reprodução social.

Nesse sentido, a reformulação do trabalho originou novos fatores de precarização. Entre eles, destaca-se a necessidade da adoção de métodos flexíveis, responsáveis por tornar os contratos de trabalho mais frágeis, oferecendo cada vez menos segurança e estabilidade aos trabalhadores. Segundo Antunes e Praun:

A flexibilidade ou flexibilização se constitui no contexto atual em uma espécie de síntese ordenadora dos múltiplos fatores que fundamentam as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo. Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 412).

No geral, a adoção dos métodos flexíveis surge nos contextos nacionais justificada pela necessidade de redução do desemprego. Nesse sentido, os Estados buscam facilitar a redução dos custos de contratação e direitos trabalhistas, a fim de que os empresários sejam impulsionados a contratar mais trabalhadores, considerando que eles deixariam de ser tão onerosos. No entanto, o que se tem observado é que a redução dos custos de contratação tem precarizado as condições de trabalho dos indivíduos, ao tempo em que o lucro dos grandes empresários é potencializado e a questão do desemprego sequer é amenizada (KREIN, 2004).

A necessidade de redução nos custos com mão-de-obra, e posterior potencialização dos lucros, faz com que se requisite o menor quantitativo possível de trabalhadores que, para assegurar suas ocupações, devem ser multifuncionais. Trata-se de uma realidade oposta ao que ocorria no auge do regime fordista, no qual se buscavam trabalhadores especializados e, dessa forma, havia a necessidade da contratação de inúmeros indivíduos que pudessem preencher todas as etapas da produção. Consequentemente, foi possível viabilizar a política de pleno emprego, garantindo a compatibilização entre os padrões de produção e de consumo de massa.

Tal fato faz com que o capitalismo contemporâneo seja marcado pelo desemprego estrutural. No geral, essa realidade tende a justificar a quantidade de trabalhadores que se submetem a atuar em condições de precarização, uma vez que há um “exército de reserva” na sociedade disponível para atender as necessidades da acumulação de capital.

Em “Manuscritos Econômico-filosóficos”, Marx (1844) analisa que os trabalhadores são condicionados a aceitarem a exploração através do trabalho devido à condição de alienação,

intrínseca à produção capitalista, e ferramenta indispensável na apropriação privada. Seria a alienação responsável por tornar o trabalhador alheio às suas ações durante o desenvolvimento dos processos de trabalho, devido, sobretudo, à produção socializada típica do sistema capitalista.

Essa dinâmica se manteve central em meio aos processos de trabalho durante todas as fases do capitalismo. Em outras palavras, não há por parte do trabalhador a identificação com aquilo que se faz. São indivíduos que produzem através do cumprimento de normas em troca do salário que garante sua reprodução social. No capitalismo contemporâneo, quando este processo não se dá através dos contratos formais de trabalho, os indivíduos costumam atuar de maneira informal ou autônoma, considerando o desemprego estrutural instituído, e a consequente ausência de oportunidades formais.

Com base nisso, entende-se que o regime de acumulação flexível estimula a informalidade ou, quando através da requisição por trabalhos formais, se utiliza de ferramentas que proporcionem a exploração do trabalho. Este contexto faz com que a terceirização tenha ocupado posição de destaque nos últimos anos, sendo a compra e venda da força de trabalho baseadas em contratos que trazem riscos ao trabalhador através da mediação de uma terceira empresa entre o empregador e o trabalhador, que faz com que o primeiro não se responsabilize por eventuais danos causados ao empregado (ANTUNES; DRUCK, 2013).

Apesar das tendências contemporâneas é necessário salientar que o trabalho, no Brasil, já surge com tendências à precarização. O sistema de produção vinculado à condição de colônia fez nascer no país a exploração da mão-de-obra escravizada, sustentada na tortura e na indiferença a quaisquer medidas de proteção aos que compunham a força de trabalho nacional.

Mesmo com a instituição da República e a nascente classe operária, as condições de industrialização do país se utilizaram de relações de trabalho frágeis, de modo que as concessões trabalhistas garantidas pelo Estado visavam ao controle da classe trabalhadora e ao consequente cerceamento da sua organização política. Segundo Lima (2020) “esse modelo de cooptação perpassou todo o processo de criação e funcionamento do sistema brasileiro de proteção social, desde a década de 1930 até a década de 1960 (LIMA, 2020, p. 159).

Desde suas origens, as legislações trabalhistas do país foram marcadas pela contradição, em conformidade, inclusive, com a própria dinâmica de movimento do capital. Ao tempo em que se observou a progressiva garantia de direitos, resultantes, sobretudo, dos movimentos organizados de trabalhadores, predominou um Estado dedicado a evitar conflitos entre trabalhadores e empresários e consequentemente, garantir a manutenção da ordem social. Esse contexto justifica a instituição das medidas de proteção trabalhista.

Ademais, com toda sua ambiguidade, tal processo teve seguimento por distintos períodos da história política brasileira, passando pelo Governo Provisório (1930-1937), Estado Novo (1937-1945), Redemocratização e Desenvolvimentismo (1945-1964) e Regime Militar (1964-1985).⁵ Esse processo foi descontinuado, de maneira mais evidente, apenas na década de 1980, período da chamada Nova República, que culminou com a promulgação da Constituição de 1988 (CF/1988). Em termos de regulação do trabalho, esta consistiu em um marco bastante importante, devendo ser abordado a partir de agora (CAMPOS, 2015, p. 11).

A impossibilidade de organização trabalhista durante a Ditadura Militar afetou aspectos relacionados à liberdade sindical e à realização de greves que, até então, estavam sendo importantes ferramentas de pressionar o Estado por melhorias na proteção trabalhista. Essa situação só começou a ser revertida no final da década de 1970 através do surgimento do chamado “novo sindicalismo”, que desempenhou papel crucial no processo de redemocratização do país.

A década de 1980, que trouxe consigo a consagração da redemocratização do país, estabeleceu através da promulgação da CF/88 direitos trabalhistas na categoria de direitos humanos. Inseriu a Previdência Social no âmbito da Seguridade Social brasileira, estipulando princípios e diretrizes voltados às medidas contributivas vinculadas ao trabalho formal brasileiro. No documento, se reconhece ainda a necessidade de adicionais em casos de ocupações vinculadas às situações de insalubridade ou periculosidade, além de elevar o trabalho à condição de direito social da pessoa humana (BRASIL, 1988).

O fato de a CF/88 ter sido promulgada no momento em que as políticas de retração estatal começaram a ser operacionalizadas, fez com que logo parte das conquistas passassem a ser desmontadas, ao tempo em que se percebeu o enfraquecimento do sindicalismo. Dentro desse contexto, em 1994, Fernando Henrique Cardoso instituiu a Lei n. 8.949/94 que permitiu que os trabalhadores que atuavam em cooperativas de prestação de serviços pudessem executar o trabalho dentro de uma empresa, sem que isso se caracterizasse como vínculo empregatício, e, dessa forma, não estariam assegurados pelos direitos concernentes à CLT (BRASIL, 1994).

No que tange às medidas voltadas à terceirização, apesar de ser rotineiramente associadas à iniciativa privada, tem sido tendência a terceirização no serviço público. Druck et al. (2017, p. 118) apontam que apesar da terceirização no serviço público estar presente no

Brasil desde os governos militares, a Reforma Gerencial do Estado realizada em 1995 impulsionou a sua adoção.

Em meio ao cenário neoliberal, em 1997 instituiu-se o Decreto no 2.271/1997, responsável por elencar quais os serviços poderiam ser passíveis de terceirização, tendo em vista estes não serem as atividades fins das instituições, tais como limpeza, vigilância, recepção e manutenção. No entanto, o que se tem observado nos últimos anos, é a extinção de cargos

públicos com vistas à redução de gastos com profissionais considerando a possibilidade de expansão das terceirizações a partir de então (DRUCK et al, 2017).

Esses processos acabam sendo facilitados quando inseridos dentro da iniciativa privada. Nesse contexto, a privatização desempenha papel central na discussão enquanto tendência do trabalho no capitalismo contemporâneo, e como principal meio desencadeador dos fatores de precarização. A partir do momento em que o Estado delega à iniciativa privada a prestação de serviços que até então eram públicos, os grandes empresários tendem a aderir aos processos de terceirização e flexibilização da força de trabalho, considerando o intuito de potencialização dos lucros.

Os novos modelos de gestão de setores públicos mencionados anteriormente, tais como as OS, OSCIP e Empresas Públicas de Direito Privado, representam a investida privatista sobre as políticas sociais, em que conferem aos serviços públicos características que até então eram intrínsecas à iniciativa privada, dentre elas, a perda de estabilidade, carga-horária de trabalho elevada, estabelecimento de metas, sobrecarga de trabalho, e negação de direitos como décimo terceiro, folgas remuneradas e férias, dentre outros. Todos esses elementos permitem concluir que no atual estágio do capitalismo o trabalho vem passando por um processo de precarização, que é facilitado pela adoção das privatizações.

Krein (2003) destaca como principais medidas do governo FHC a desindexação salarial, a regulamentação da participação nos lucros ou resultados das empresas por parte dos trabalhadores – com ênfase na redução dos custos –, o afrouxamento da fiscalização do trabalho, a limitação da atuação sindical no setor público, as cooperativas profissionais enquanto modo de contratação, e o contrato por tempo determinado que permitiu a dispensa do trabalhador em um período mínimo sem a necessidade de arcar com os custos de demissão.

Esta medida em específico foi fruto da Lei 9.601 que elevou à condição legislativa os contratos de trabalho por tempo determinado. Em meio às outras providências, a lei permitia que as horas extras produzidas pelos trabalhadores fossem compensadas nos momentos em que ocorresse a retração da produção, isto é, o trabalhador deixaria de receber o equivalente às horas excedentes de trabalho caso houvesse trabalho reduzido em outro dia do mês (BRASIL, 1988).

No que tange ao setor público, em 1999 a Lei nº 9.801/99 e Lei Complementar nº 96/99, estabeleceram teto de gastos com pessoal, o que ocasionou a diminuição no número de concursos públicos e sobrecarga dos trabalhadores que já atuavam, e regulamentaram o protocolo de demissão de funcionários públicos sob a alegação de zelar pelo teto de gastos com pessoal no serviço público (BRASIL, 1999). Todas essas medidas fizeram com que, longe de

facilitar a contratação, FHC tenha concluído seus mandatos com índices de desemprego alarmantes e consequente acentuação da desigualdade social no Brasil.

Os governos de Lula e Dilma operaram uma política trabalhista mais favorável à população, sobretudo que diz respeito à geração de empregos. Em meio a esse cenário, destaca-se a Política de Valorização do Salário Mínimo³, além da aprovação da Proposta de Emenda Constitucional 66 em 2013, que conferiu às empregadas domésticas o emprego formal, situando-as enquanto detentoras de todos os direitos que envolve à CLT (SILVA, 2020).

No geral, os governos do PT assumiram uma postura ambígua no que tange às alterações legislativas, em que algumas contribuíram com a lógica de desmonte vigente desde a década de 1990, enquanto outras promoviam a conquista de direitos. Em meio às leis que representaram o retrocesso de direitos do trabalho, tem-se a Lei nº 11.196/2005, que surgiu no intuito de incentivar o investimento em inovação dentro das empresas. No entanto, para se atingir tal objetivo, a legislação permitiu a contratação de trabalho por meio de pessoa jurídica unipessoal, a fim de que a prestação de serviços não se configurasse enquanto vínculo empregatício (BRASIL, 2005).

Da mesma forma, a Lei nº 11.442/2007 que teve o intuito de regulamentar a prestação de serviços de transportes rodoviários de cargas, estabeleceu o mesmo regime de contratação por meio de pessoa jurídica, com vistas a poupar os contratantes de tais serviços com pagamentos de direitos de trabalhistas (BRASIL, 2007). No mesmo ano, a instituição da Lei nº 11.603/2007 autorizou o trabalho aos domingos e feriados caso haja acordos coletivos entre empresário e trabalhadores.

Em 2017, ano em que o país apresentava mais de quatorze milhões de desempregados, o então presidente Michel Temer enviou ao Congresso Nacional a Lei nº 13.467, visando a Reforma Trabalhista, que alterava pontos da CLT. A lei foi sancionada em julho do mesmo ano, e a partir de então adotou-se a flexibilização no que tange à jornada de trabalho, hora extra, férias remuneradas (BRASIL, 2017). A Reforma surgiu justificada pelos altos índices de desemprego do país e pela alegação de que o aparato legislativo do Brasil estava impossibilitando o aumento de contratações por parte da iniciativa privada que tinha que arcar com altos custos relacionados à admissão e demissão de trabalhadores, além dos demais direitos inerentes à CLT. Após a aprovação das medidas, as alterações trabalhistas ainda não trouxeram impactos significativos à realidade do desemprego no Brasil (IBGE, 2019).

³ A política iniciada com o governo de Lula previa o aumento anual do salário mínimo com base na inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) mais a variação do Produto Interno Bruto (PIB) de dois anos antes. Dilma Rouseff elevou a política ao status de lei, Lei nº 13.152 de 29 de julho de 2015.

O atual governo de Bolsonaro tem seguido a linha da flexibilização. Em 2018, com grandes esforços políticos, conseguiu aprovar uma Reforma da Previdência com investidas sobre a proteção trabalhista brasileira, além disso, o presidente tem mantido o discurso de que o país possui excesso de direitos trabalhistas e que, devido a este fato, o Brasil detém de elevados índices de desemprego.

Em 2019, Bolsonaro instituiu a MP 905, que em meio a outros aspectos de desmonte da legislação trabalhista, previa o aumento da jornada de trabalho mediante acordos entre patrões e empregados, além do fato de que, considerando motivações de “força maior” – grifo da lei -, o empregado deveria prestar serviço excedente à instituição contratante (BRASIL, 2019).

A medida provocou comoção nacional, o que fez com que o presidente recuasse e revogasse a MP.

Em março de 2020, o presidente instituiu a MP 927 com vistas a alterar as relações de trabalho decorrentes dos impactos da pandemia provocada pelo COVID-19. O artigo 18 da lei trazia que:

Durante o estado de calamidade pública a que se refere o art. 1º, o contrato de trabalho poderá ser suspenso, pelo prazo de até quatro meses, para participação do empregado em curso ou programa de qualificação profissional não presencial oferecido pelo empregador, diretamente ou por meio de entidades responsáveis pela qualificação, com duração equivalente à suspensão contratual (BRASIL, 2020, s.p.).

A insatisfação da população em conjunto com a pressão advinda da oposição do governo, fizeram com que este artigo em específico fosse revogado através da MP 928 de 2020. De maneira geral, os demais artigos priorizaram a realização de acordos entre patrões e empregados a fim de se adotar a flexibilidade de direitos enquanto alternativa ao cenário de isolamento exigido com a pandemia.

No que tange a este aspecto, costuma-se inferir que não há, nos processos de acordos, autonomia suficiente por parte dos trabalhadores para que os mesmos exponham suas necessidades frente aos interesses de patrões ou empresários. Marx (2017, p. 280-281) analisa o comando inerente ao capitalista, fruto das relações e da divisão do trabalho:

O comando do capitalista não é apenas uma função específica, proveniente da natureza do processo social de trabalho e, portanto, peculiar a esse processo, mas, ao mesmo tempo, uma função de exploração de um processo social de trabalho, sendo, por isso, determinada pelo antagonismo inevitável entre o explorador e a matéria- prima de sua exploração. Da mesma forma, com o volume dos meios de produção que se apresentam ao trabalhador assalariado como propriedade alheia aumenta também a necessidade do controle sobre sua utilização adequada. A cooperação dos assalariados é, além disso, um mero efeito do capital que os emprega simultaneamente. A interconexão de suas funções e sua unidade como corpo produtivo total reside fora deles, no capital, que os reúne e os mantém unidos. Por isso, a conexão entre seus trabalhos aparece para os trabalhadores, idealmente, como plano preconcebido e, praticamente, como autoridade do capitalista, como o poder de uma vontade alheia que submete seu agir ao seu próprio objetivo.

Dentro desse contexto, depreende-se que os acordos tendem a priorizar a necessidade de lucro dos empresários, e não os anseios de proteção dos trabalhadores. Naturalmente, haverá processos de coerção sobre os empregados que exigirão dos mesmos a adequação aos ensejos dos patrões, que não temem a perda de força de trabalho devido a existência do exército de reserva, típico do sistema capitalista (MARX, 2017), e acentuado desde a década de 1990 no Brasil.

Krein (2017) analisa que desde a década de 1990, os focos dos processos de precarização têm estado, sobretudo, sobre as relações de emprego, e envolve aspectos relacionados às formas de contratação do trabalho, ao tempo de trabalho, e às mudanças no padrão de remuneração. O espaço público, que tem se tornado alvo das investidas a partir da Reforma Gerencial do Estado, já apresenta todas as tendências analisadas acima, e se caracteriza como o novo espaço de inserção dos aspectos de precarização inerentes ao capitalismo contemporâneo.

Este trabalho se propõe a analisar as investidas privatistas e, consequentemente, aspectos de precarização relacionados à uma política pública específica, no caso, a saúde. Assim como as demais, ela tem representando espaço de desmonte de direitos, inclusive no que tange aos aspectos relacionados às condições e relações de trabalho. Trata-se de um cenário complexo, permeado de determinantes sócio históricos que devem ser considerados e avaliados.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL SOB A ÉGIDE NEOLIBERAL

Esta seção tem por intuito analisar o desenvolvimento da Política Pública de Saúde no Brasil, assim como as tendências recentes assumidas em virtude da execução das políticas neoliberais no país. Para tanto, aborda, de maneira inicial, a constituição da saúde no Brasil, historicamente marcada pela dualidade “público x privado” e condicionada aos modelos de desenvolvimento adotados no país. Em seguida, especificam-se os rebatimentos da Reforma Gerencial do Estado sobre a Política de Saúde do país, tendo em vista a responsabilização estatal pelos serviços trazida com a Constituição Federal de 1988 e os aspectos de retração estatal vinculados às políticas neoliberais.

Finalmente, parte-se para a discussão da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) enquanto estratégia nacional de transferência de gestão dos Hospitais Universitários (HU) à lógica empresarial, e sua inserção dentro do Maranhão, mais especificamente, no Hospital Universitário da UFMA (HU-UFMA).

3.1 A Constituição da Saúde Pública no Brasil

As políticas sociais, de maneira geral, se referem a construções sociais específicas, que se constituem frente aos momentos historicamente determinados. Dentro dessa percepção, a constituição da saúde pública no Brasil se deu através de uma sequência de medidas pontuais que, juntas, puderam embasar o que posteriormente seria reconhecido como Sistema Único de Saúde (SUS). Todo o percurso de construção envolveu dimensões sociais, econômicas e políticas que exigiram do Estado iniciativas voltadas às ações e aos serviços institucionais de saúde.

Nessa perspectiva, a primeira medida institucional de saúde veio através do governo de Rodrigues Alves (1902-1906), que possuía à frente das medidas de saneamento Oswaldo Cruz, médico e epidemiologista que atuava no Rio de Janeiro, responsável por instaurar um Código Sanitário, composto por recomendações de higiene domiciliar e interdição ou demolição dos locais que não obedeciam às mesmas. Além disso, o documento orientava a notificação de doenças comuns à época, tais como varíola e febre amarela.

Oliveira (2012) menciona que:

As instituições de saúde se organizavam a partir do modelo campanhista, de inspiração bélica, para combater as epidemias. Por isso, não é de se estranhar o teor extremamente autoritário das práticas de saúde. Para desinfetar, percorriam ruas e visitavam casas, inclusive promovendo a queima de roupas e colchões. Exigiam limpeza, reformas, interditavam prédios, removiam doentes. Naturalmente, os alvos

preferidos das visitas eram as áreas mais pobres e de maior densidade demográfica. Também constava, nessa estratégia sanitária, a campanha de vacinação obrigatória, que foi estopim de uma revolta popular, pelo caráter autoritário do processo. Este movimento ficou conhecido como a Revolta das Vacinas, ocorrida no Rio de Janeiro, em 1904 (OLIVEIRA, 2012, p. 35).

O contexto histórico que demarca essa ocasião envolve a preeminência da República Velha no Brasil, com uma sociedade marcada pela recém abolida escravização e todos os reflexos oriundos da não integração social dos ex escravizados. Nesse sentido, o país era governado pela classe dos fazendeiros que juntos formavam a elite nacional à época e possuíam suas ações de governo voltadas unicamente ao incentivo das produções locais. Todas as problemáticas sociais oriundas das fases anteriores – Colônia e Império – não foram alvo de intervenção do Estado.

De maneira geral, a população brasileira não possuía índices educacionais suficientes para que compreendesse os fatores desencadeadores de doenças, tampouco havia por parte das instituições governamentais ações socioeducativas que proporcionassem o entendimento dos indivíduos e, conseqüentemente, a adoção de hábitos favoráveis à promoção da saúde. Esse contexto contribuiu para justificar o fato de a sociedade brasileira do início do século XX ser constantemente acometida por ondas de infecções.

Oswaldo Cruz possuiu ainda êxito em ações desenvolvidas nas zonas rurais do país, que visaram ao combate à ancilostomíase, à malária e ao mal de Chagas. Sua trajetória foi marcada pelas ações de caráter epidemiológico e deixou para o país um importante legado referente à necessidade de se adotarem hábitos sanitários capazes de prevenir doenças infecciosas.

No âmbito das políticas institucionais, a pioneira correspondeu à Lei Eloy Chaves de 1923, reconhecida nacionalmente como um dos marcos iniciais no contexto da proteção social e responsável por garantir os serviços de saúde aos brasileiros que possuíam ocupação profissional. Até então, os serviços institucionais de saúde eram assegurados às famílias ricas que podiam pagar por eles e à grande massa empobrecida do país eram designadas ações filantrópicas e de assistência social.

A partir da legislação, ficaram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) que representavam a “poupança” dos trabalhadores, destinadas às garantias previdenciárias que assegurariam aposentadorias, pensões, serviços de saúde e medicamentos aos funcionários e seus dependentes. As caixas seriam alimentadas por recolhimentos de uma porcentagem dos salários dos trabalhadores, em conjunto com contribuição dos patrões. Os beneficiários das CAP's foram marítimos, ferroviários e estivadores, categorias profissionais importantes para o momento econômico do país à época. Segundo Mercadante:

Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Mas havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições (MERCADANTE, 2002, p. 257).

Diante das dificuldades de operacionalização das CAP's e a ausência de uma unidade institucional que pudesse regular de maneira minimamente organizada o sistema, após a Revolução de 1930, o Estado passou a intervir na prestação de garantias previdenciárias através do Ministério do Trabalho e instituiu os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) em substituição às CAP's. Os IAP's prestariam os mesmos serviços que as CAP's, mas seriam organizados de acordo com categorias profissionais, a exemplo do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE).

Nesse contexto, depreende-se que a prestação de serviços de saúde por parte do Estado surge vinculada à prévia contribuição de trabalhadores, ligados às necessidades previdenciárias. Ainda não havia por parte do Estado o reconhecimento da saúde como direito, tampouco a obrigatoriedade de serviços gratuitos.

No âmbito da prestação de saúde gratuita, em 1942 o governo federal criou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que tinha por objetivo a prestação de serviços médico-sanitários gratuitos aos seringueiros e mineradores. Na época, em plena ocorrência da II Guerra Mundial, o Brasil apoiou de forma indireta os EUA e, juntos, fizeram parcerias que resultaram tanto na criação deste serviço, quanto na prestação de matéria-prima obtida no Brasil de forma exclusiva aos EUA, tais como a borracha e minérios, úteis na fabricação de armamento nuclear. Daí a inserção de tais categorias como beneficiárias dos serviços de saúde.

Em 1949, uma iniciativa consorciada entre todos os IAP's resultou na criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Até então, os serviços de saúde domiciliar já eram executados pela iniciativa privada, mas foi a primeira vez em que essas ações seriam prestadas de forma gratuita, destinada – apesar de limitações práticas – a todas pessoas, mesmo que especificadas às demandas de urgência.

A década de 1950 trouxe como marcos a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) que, segundo Oliveira (2012):

Tratou-se de uma política de saúde pública com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, aliada a uma política de saúde previdenciária restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes. Essa nova configuração de atuação do Estado na saúde pública, resultou em um importante instrumento de controle do espaço de circulação dos produtos e do trabalho. O Estado passou a contar com: postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional,

hospitais, ambulatórios e outros organismos. Há de se ressaltar também, nesse período, que o avanço da industrialização nacional gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Tal fato exigiu uma expansão rápida e progressiva dos serviços de saúde, e dada a impossibilidade de o Estado suprir as demandas cada vez mais crescentes, abriu-se espaço para os convênios-empresas. A assistência tornou-se mais cara e o hospital passou a ser o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde – modelo hospitalocêntrico (OLIVEIRA, 2012, p. 37).

Nesse sentido, percebe-se que a organização dos serviços de saúde no Brasil foi fundamentada na lógica contributiva. Apesar da delimitação de abrangência, no caso, os trabalhadores formais, ainda havia inúmeras dificuldades de operacionalização dos serviços. A existência de vários IAP's para o provimento dos serviços de saúde fez com que não houvesse, até então, uma unidade normativa que organizasse as ações de forma homogênea.

Alguns institutos estavam mais avançados na prestação de serviços, enquanto outros ainda possuíam entraves que dificultavam o acesso dos trabalhadores. Na tentativa de conferir unidade de operacionalização aos institutos, em 1960 foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), Lei nº 3807 de 26/8/1960, que institucionalizou normas gerais ao funcionamento dos IAP's. A criação da LOPS reforçou o conceito de que a saúde deveria ser prestada através de órgãos previdenciários no país e, dessa forma, exigia contribuições trabalhistas. Ao mesmo tempo, a criação do Ministério da Saúde demonstrava a necessidade da execução de ações integracionistas no âmbito do Estado.

Posteriormente, em 1974, a criação do Ministério da Previdência Social acentuou ainda mais a duplicidade na prestação de serviços de saúde, demonstrando a falta de unidade institucional e normativa no que tange ao desenvolvimento das ações de saúde. O modelo de prestação de serviços também variava, pois enquanto o padrão previdenciário oferecia serviços voltados à cura de doenças ou ferimentos, os serviços oferecidos pelo Ministério da Saúde já envolviam atendimentos a domicílio, ações de prevenção e internações (FINKELMAN, 2002).

O início da Ditadura Militar representou para o Brasil a ampliação da lógica contributiva sobre os serviços de saúde. Privilegiou-se a expansão dos serviços médicos privados, ao tempo em que os índices de doenças nas populações mais empobrecidas se elevavam:

O governo primou pelo investimento nos procedimentos de alta complexidade e, portanto, de alto custo. Reforçou, do mesmo modo, o investimento na medicina privada, por meio de convênios com hospitais, clínicas e serviços particulares, e desprestigiou visivelmente os serviços públicos, dando vulto ao capital industrial da saúde privada. Além disso, favoreceu o modelo de saúde curativa e especializada (SARRETA, 2009, p. 143-144).

Uma medida importante no período militar diz respeito à unificação dos IAP's, que resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. A partir de então, os benefícios – inclusive os relacionados à assistência à saúde – foram uniformizados,

aumentaram-se os descontos sobre os salários sob a alegação de melhoria dos serviços previdenciários e ampliou-se o foco na medicina curativa. Apesar dos investimentos, o INPS foi marcado por desvio de recursos e precarização dos atendimentos.

Em 1968, instaurou-se o Plano Nacional de Saúde (PNS) que trazia consigo propostas de privatização da saúde pública, além da remuneração dos profissionais de saúde que deveriam ser compatíveis com a quantidade de atendimentos realizados. O governo militar cancelou o plano após fortes mobilizações sociais que envolveram os mais diversos setores sociais, tais como prestadores dos serviços de saúde, sindicatos, estudantes, dentre outros.

Em substituição ao PNS, o governo lançou, no mesmo ano, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que já contava com conceitos que serviram de base para a configuração atual do SUS, tais como acesso universal, atendimento integral e hierarquização do sistema, entretanto, o projeto também não obteve êxito em sua implementação. Tanto o PSN quanto o SNS surgiram como iniciativas do Ministério da Saúde na tentativa de execução de uma Política Nacional de Saúde e visaram à assistência a todos os brasileiros, destinando para o Estado a responsabilização pelas condições de saúde do país.

Nesse sentido, até o final da década de 1960 ainda não havia no país a delimitação de qual âmbito seria responsável por proporcionar os serviços de saúde no Brasil, se seria o vinculado ao próprio Ministério da Saúde, ou o relacionado às ações previdenciárias. Ao mesmo tempo, a maior parte dos indivíduos ainda não possuía acesso aos serviços mais básicos, o que fazia com que a situação de saúde do Brasil se agravasse a cada ano.

Diante desse contexto, muitos setores ligados aos movimentos sociais e aos profissionais e estudiosos da saúde passaram a formular pautas no sentido de disseminar na sociedade a necessidade de o Estado se responsabilizar pelos serviços de saúde que deveriam ser destinados a todos, sem que nenhum trabalhador contribuísse para tal. Esse contexto fez com que, ainda durante a Ditadura Militar, fossem formulados programas que visavam à inserção social no âmbito da saúde.

Em 1971 criou-se o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural – FUNRURAL. Essa foi a primeira política responsável por abranger os trabalhadores rurais e seria prestada de forma gratuita, se a renda do trabalhador rural fosse considerada muito abaixo da média, caso contrário, pagaria apenas por parte dos serviços. O financiamento do programa ficou condicionado à disponibilidade de recursos orçamentários, aspecto esse que fez com que a efetividade da política não fosse satisfatória.

A partir de 1974, iniciou-se a formação de movimentos sociais que visavam à mudança do modelo de prestação de serviços da saúde no país. A essa organização denominou-se

movimentos pela Reforma Sanitária, impulsionado pelos movimentos contra a Ditadura Militar, e pela disseminação das ideias de estudiosos, profissionais e usuários da saúde que exigiam a universalidade do acesso independentemente de contribuições previdenciárias.

Importante situar os movimentos pela Reforma Sanitária enquanto oriundos da formação de consciência coletiva em meio à sociedade brasileira que foi decisiva para o fim da Ditadura Militar no país. Muitos outros grupos, que clamavam pelo fim do regime militar, no decorrer dos anos, acabaram se unindo à necessidade de constituir um sistema de saúde útil a todos os indivíduos e que abrangesse a pluralidade da população, tais como os movimentos feministas, os grupos que atuavam na luta antimanicomial e pelos direitos das pessoas que viviam com HIV, assim como integrantes do novo sindicalismo (GOUVEIA; PALMA, 1999).

Tentando responder a parte das solicitações dos movimentos, o governo lançou, em 1976, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e de Saneamento – PIASS. Este foi o primeiro programa, no país, a seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) no que diz respeito à Atenção Básica⁴, e surgiu vinculado ao Ministério da Saúde:

o Piass caracterizava-se como uma iniciativa de investimentos que tinha em vista a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior. Seus dois grandes propósitos foram (1) aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais; (2) e viabilizar, com foco nos cuidados primários em saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. Como um programa estratégico, o Piass não deixava de refletir uma aproximação da política de saúde brasileira aos princípios defendidos em âmbito internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em âmbito regional, pela Opas, o que incluía a ênfase no aumento da cobertura dos serviços nas comunidades mais remotas, mediante o uso de pessoal auxiliar, recrutado localmente e capacitado para esse fim (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 21).

A outra medida do Estado veio através da criação, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). O SINPAS foi a instituição responsável por abranger outros 3 órgãos: O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Destes, o INAMPS seria responsável por prestar assistência médica aos trabalhadores filiados ao INPS e, como a própria nomenclatura sugere, surgiu vinculado ao Ministério da Assistência e Previdência Social⁵.

⁴ A Atenção Básica (AB) ou o termo equivalente Atenção Primária à Saúde (APS), corresponde ao “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, s.p.).

⁵ O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado através da lei nº 6.036 de 1 de maio de 1974 e esteve em vigência até a CF/1988, quando instituiu-se o Ministério da Previdência Social. Em 2015 uma reforma

Em 1981 o governo militar implementou o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Apesar de ter sido constituído para conter custos na saúde previdenciária e combater as constantes fraudes que ocorriam na execução da mesma, o CONASP foi instituído de maneira autoritária e não contou com a presença de profissionais e usuários da saúde, tampouco representantes sociais. Do conselho resultou o Plano CONASP, responsável por determinar a execução das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1982 e a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

As AIS corresponderam à estratégia do governo federal de racionalizar os serviços de saúde entre estados e municípios, hierarquizando a organização das ações em serviços simples ou complexos. Nesse sentido, propôs-se uma rede básica de serviços que caracterizaria a porta de entrada do paciente à política de saúde, ao tempo em que a gestão dos serviços seria baseada nas contribuições de colegiados compostos por usuários da saúde do país.

Nesse contexto, o SUDS

constitui-se num aprofundamento das AIS, e representa um avanço em relação à descentralização - unificação à medida em que propunha a "estadualização" do INAMPS, ou seja, que as Secretarias Estaduais de Saúde assumissem efetivamente todas as funções deste órgão. Com isto descentralizasse até os Estados, o que antes estava no nível federal, unificam-se as estruturas regionais do INAMPS com as estruturas estaduais, e criam-se as condições objetivas para que a política de saúde no nível de cada Estado tenha um comando único (PIMENTA, 1993, p. 31).

Nesse sentido, as AIS, e posteriormente o SUDS, foram ferramentas importantes no que tange à futura organização dos serviços de saúde que seria implementada no SUS, uma vez que a partir desses mecanismos passou-se a estruturar as ações de saúde em básicas ou complexas. Essa noção subsidiou as ferramentas de financiamento do governo federal e a necessidade de participação dos estados e municípios tanto no custeio da saúde pública, quanto na divisão de responsabilidades inerentes à mesma. No entanto, nem as AIS nem o SUDS foram capazes de eximir a dualidade na prestação de saúde no país que seguia dividida entre as concepções previdenciárias e universais.

Somente em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira aberta ao público, desenhou-se o SUS tal qual as legislações atuais preveem. A importância do evento deve-se a intensa participação da comunidade que vinha embalada pelos movimentos que exigiam a Reforma Sanitária desde a década de 1970. Além disso, teve como tema central “Democracia e Saúde”, colocando como necessidade primordial a prestação da saúde gratuita a todos os brasileiros.

ministerial agregou as pastas de Trabalho e Emprego, e o órgão passou a ser denominado de Ministério do Trabalho e Previdência Social. Em 2019, a Previdência perdeu status de ministério e teve suas pastas divididas entre outros setores.

O evento durou 5 dias e reuniu mais de 4 mil pessoas divididas entre estudantes, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil que decidiram pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O relatório final da conferência apontou para a necessidade de uma Reforma Sanitária e comando único do Ministério da Saúde que deveria ser o responsável por gerir o sistema de saúde do país que, a partir de então, seria universal. Além disso, foram delimitadas as formas de participação dos entes federativos tanto na execução dos serviços, quanto nas formas de financiamento dos mesmos.

Importante situar que, em 1985, ano anterior à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, chegou ao fim a Ditadura Militar no Brasil. O contexto de redemocratização que permeava o cenário nacional, oriundo da organização da sociedade civil, foi essencial para as ideias que foram levadas ao evento. A necessidade do reordenamento nacional vinculado à ideia de garantia dos direitos sociais contribuiu para o posicionamento das pessoas no que tange à saúde.

A Constituição Federal de 1988 foi o principal documento responsável por delimitar a fase de redemocratização do país. Em meio à expansão de direitos sociais, demarcou-se a Seguridade Social brasileira composta por 3 políticas públicas: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. A partir de então, assegurou-se de maneira legal a Política Pública de Saúde conforme defenderam os movimentos pela Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Do artigo 196 ao artigo 200 da CF/88, estabeleceu-se a saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A prestação da saúde pública passa a ser obrigatória no país, de modo que a participação da iniciativa privada está delimitada no artigo 199:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988, p. 118).

Em 1990, seguindo as recomendações gerais da CF/88, foram sancionadas as duas principais legislações de operacionalização da saúde no Brasil. A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Na legislação definiu-se a saúde do país como descentralizada, cabendo a execução e o financiamento da mesma tanto à união, quanto aos estados e municípios que passaram a dispor de obrigações específicas e delimitadas dentro do sistema.

Além disso, estabeleceu-se que o sistema incorporaria serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e assistência terapêutica integral, incluindo nesta a assistência farmacêutica. Ficou instituído que o SUS atenderia todas as necessidades de saúde dos indivíduos de maneira universal, envolvendo desde os serviços de prevenção da saúde – Atenção Básica de Saúde -, até as ações mais complexas, tais como cirurgias e tratamentos mais especializados – Média Complexidade e Alta Complexidade.

Em meio à gestão do SUS, a participação da comunidade que tanto foi decisiva para a constituição do sistema também passou a ser elemento organizacional. A segunda lei responsável por operar sobre a saúde do país diz respeito à Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Nesse sentido, ficaram definidas duas instâncias colegiadas, as Conferência de Saúde e os Conselho de Saúde.

Essas instituições foram indispensáveis para conferir o sentido democrático ao recém criado SUS e acabavam por representar o novo momento vivido pelo país que tentava se desvincular dos hábitos da Ditadura Militar. No entanto, o momento de redemocratização do Brasil coincidiu com a difusão da doutrina neoliberal pelo mundo e a sua adesão pelos países da América Latina.

Tendo em vista as prerrogativas adotadas pelo Estado brasileiro a partir da inserção neoliberal no país, a Política Pública de Saúde que foi institucionalizada de forma concomitante às medidas que previam a retirada do Estado no que tange à proteção social, já surgiu sub implementada, ou seja, apesar dos avanços em relação ao modelo de saúde que se tinha até então, muitos aspectos ficaram limitados às legislações e nunca foram, de fato, executadas com eficiência.

Os impactos da concomitância de execução da política de saúde do país com as políticas neoliberais envolvem diversos aspectos, relacionados tanto às questões de acesso, como ao sub financiamento da política e precarização dos trabalhadores da saúde. Uma realidade complexa e multifacetada que tem impactado à sociedade de maneira geral.

3.2 O desmonte da Saúde Pública no Brasil a partir da década de 1990

A passagem da década de 1980 para 1990 representou no Brasil um contexto de grandes contradições onde, ao tempo em que se observaram as novas legislações voltadas à proteção social e oriundas do momento de redemocratização do país, iniciaram-se as reformas de retração do Estado que em muito contribuiriam para que as novas leis nunca tivessem sido, de fato, executadas. Behring e Boschetti (2009) analisam que:

Apesar do ascenso das lutas democráticas e dos movimentos sociais, que apontavam condições políticas e uma base de legitimidade forte para a realização de reformas efetivas, muitas contratendências se impuseram a essa possibilidade. Os anos de 1990 até os dias de hoje têm sido de contrarreforma do Estado e da obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 147).

Tal contexto, obviamente, recaiu sobre as políticas públicas do país que passaram a ser alvo de subfinanciamento, fragmentação e inúmeras investidas de privatização. A saúde, que após anos de disputa entre concepções conseguiu se afirmar enquanto universal e gratuita, tem sido um dos principais alvos do Estado que age sobre os aspectos de gestão e execução da política a fim de evitar o devido investimento.

As recomendações das instituições internacionais que, conforme apontado, orientavam para a necessidade de abertura comercial e diminuição do Estado, também foram feitas de forma mais específica às políticas sociais. O Banco Mundial, ao observar o contexto que se desenhou no Brasil e em outros países da América Latina ao fim da década de 1980, assim como a consequente expansão dos direitos sociais, planejou uma agenda a ser seguida na década seguinte de modo a impedir a execução plena das novas medidas.

No que tange especificamente à saúde do Brasil, o Banco Mundial publicou dois documentos, *Brasil: novo desafio à saúde do adulto (1990)* e *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90 (1995)*. O primeiro documento, ao mencionar o artigo referente à saúde na recém promulgada Constituição Federal brasileira, apontava que

O prognóstico para o sistema de saúde no Brasil não é bom. Nas próximas décadas a procura de serviços crescerá explosivamente e a aplicação da cláusula constitucional que garante o direito de tratamento com recursos públicos. Tal como ocorreu à medida que a esperança de vida aumentava nos países industrializados, haverá agudos incrementos no número médio de anos de doença ou incapacitação vividos pela pessoa. O impacto financeiro das mudanças epidemiológicas será grande, já que o custo do tratamento das novas doenças é maior do que o custo do tratamento das antigas (WORD BANK, 1990, p. 5).

Considerando este contexto, o documento traz, em meio às soluções alternativas às legislações aprovadas no país, a necessidade de focar as ações de saúde em pessoas pobres e,

consequentemente, os serviços deveriam ser operacionalizados por instituições que costumavam abrigar e/ou atender este público, tais como sindicatos e organizações religiosas e comunitárias. Além disso, é destacado que o financiamento da saúde do país estaria sendo excessivo e que a contenção de gastos aliada às reformas de gestão melhoraria a prestação de serviços e impulsionaria a economia do Brasil (WORD BANK, 1990).

O segundo documento já carregava consigo críticas ao financiamento público da saúde do país e propunha parcerias com o capital privado ao mencionar que

Os dispositivos relativos à saúde na Constituição contêm uma série de ambiguidades e até de contradições, mas um percalço em particular é bastante sério. O sistema de saúde “único” representado pelo SUS baseia-se quase que exclusivamente no setor público. Não há nenhuma política, nem de caráter bastante geral, que vise ajustar o setor privado a este esquema ou influenciar a escala, tipo ou localização dos investimentos do setor privado na rede de saúde (WORD BANK, 1995, p. 27).

Ao longo do documento são feitos elogios ao modelo de saúde adotado pela Ditadura Militar, e críticas ao modelo constitucional que não se utilizou de aspectos desse período. Da mesma forma que o primeiro documento, salienta que o aspecto da universalização será oneroso ao Estado e que o mesmo deveria buscar metodologias de racionalizar os investimentos tendo como alternativa, sobretudo, a inclusão da iniciativa privada na saúde brasileira que, segundo o Banco Mundial é um setor “dinâmico, diversificado e flexível” (WORD BANK, 1995).

Nesse sentido, as recomendações do Banco Mundial não consideravam as necessidades de saúde do Brasil, tampouco inseriam as condições socioeconômicas do país que saia da Ditadura Militar com elevados índices de desigualdade social e, consequentemente, com um grande quantitativo de pessoas pauperizadas e que necessitavam da assistência estatal para a manutenção e promoção da saúde.

O fato de os documentos se remeterem constantemente ao aspecto econômico na política de saúde justifica uma dualidade de concepções que se mantém na contemporaneidade. Abordar a política de saúde enquanto bem coletivo universal e fruto das lutas sociais difere da abordagem que considera a saúde como bem econômico e individual, que possui estímulo à iniciativa privada e aos convênios de saúde como alternativa eficaz aos indivíduos.

No relatório *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, de autoria da Organização Mundial da Saúde (OMS), a instituição destaca que as formas de financiamento das políticas de saúde que orientam para a individualização dos serviços, assim como para a necessidade do pagamento direto por parte dos pacientes, tendem a promover sociedades mais desiguais e constituem fator de geração de pobreza.

Apesar disso, a ideia de globalização, sustentada nos ditames neoliberais e na consequente posição central do mercado, rompe com as noções de estabilidade social que

vinham sendo operadas até então para se privilegiar a noção do “flexível”. O estímulo ao consumo privado de serviços passou a adentrar o âmbito da proteção social de modo a reduzir a participação do Estado no financiamento das políticas. Ao mesmo tempo, a posição ocupada pela financeirização no capitalismo contemporâneo proporcionou a inserção da mesma em meio às políticas públicas, espaço que até então era isento da lógica da valorização do capital.

Como analisado anteriormente, a entrada do regime de acumulação flexível no Brasil prioriza a atuação empresarial em detrimento dos conceitos de política pública. No âmbito da saúde do país, esses ditames têm se expressado através da satisfação de interesses das indústrias farmacêuticas, empresas transnacionais de seguros de saúde e hospitais privados. Todas essas instituições, apesar de voltadas às necessidades de saúde da sociedade, têm sua atuação direcionada à obtenção de lucros e recebem do Estado neoliberal apoio e incentivos para atingir tais objetivos. Os reflexos desse contexto irão se configurar nos atendimentos do país:

(...) de maio de 2002 a abril de 2003, a rede pública realizou 82% dos procedimentos ambulatoriais do SUS, enquanto a rede privada realizou 14%, e a rede universitária 4% dos atendimentos. Enquanto que, no mesmo período, dos procedimentos de alta complexidade, 84% foram realizados na rede privada, 8% na pública, e também 8% na universitária. Os dados não ilustram a prioridade que o Estado tem dado à atenção básica, enquanto a rede privada tem se especializado na alta e média complexidade subsidiada com recursos públicos, através da compra de seus serviços (AMORIM, 2017, p. 39).

A Constituição Federal de 1988, ao regulamentar a participação da iniciativa privada na saúde pública do país, especifica que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar ao sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988). No entanto, como apontado acima, o não investimento do Estado em uma política eficiente tem colaborado para que a iniciativa privada se especialize e ofereça serviços que não são cobertos pelo SUS, ao tempo em que recebem repasses públicos para isto.

Quando se analisa o percurso histórico do Brasil, Fernando Collor de Melo, que foi o primeiro presidente a iniciar, ainda que de maneira contida, a execução de políticas neoliberais no país, ao assumir o comando do país em 1990, utilizou de alguns artifícios para inibir as recém aprovadas prerrogativas referentes à saúde na Constituição Federal. Bertolozzi e Greco (1996) abordam que

Dos 9 vetos de Collor à Lei 8080, os mais importantes foram: o que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário. Como fruto de pressões intensas a Lei 8142 recuperou a transferência automática de recursos e a questão da participação e controle

sociais, mas não tocou na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 393).

A estas investidas adicionou-se a redução dos recursos de custeio e a contenção da rede de cobertura de serviços. Os governos seguintes, ao aprofundarem a inserção neoliberal no país, foram ainda mais contundentes no que tange às regulamentações de medidas que visavam a retirar do Estado a responsabilidade pela Política Nacional de Saúde e, conseqüentemente, diminuir os investimentos públicos.

É sabido que a Reforma Gerencial do Estado iniciada em 1995 provocou mudanças de gestão e investimentos no âmbito das políticas de proteção social. A partir da reforma, o Estado passou a estimular as políticas voltadas às populações que se encontravam em situação de miséria, conferindo às políticas sociais do país um caráter focalizado, associado à descentralização da oferta e gestão dos serviços sociais, sobretudo, para os municípios, detentores dos menores orçamentos (VIANA; SILVA, 2017).

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995) elenca a saúde como um dos serviços que devem ser unicamente financiados pelo Estado. A gerência e execução dessas ações deveriam ser, dessa forma, delegadas a outras instituições que não necessariamente seriam estatais. A justificativa para a medida envolve a necessidade de o Estado ter que se dedicar às ações que seriam mais importantes ao desenvolvimento do país, assim como, de acordo com o documento, a prestação de serviços seria melhorada considerando a gestão de excelência das instituições delegadas.

Nessa perspectiva, defendeu-se que

Enquanto as funções menores exercidas dentro do aparelho do Estado devem ser terceirizadas para empresas, as funções nobres de educação, saúde, cultura, assistência e previdência social devem ser transferidas para entidades públicas não-estatais – as organizações sociais (PEREIRA, 2011, p. 6).

Como analisado na seção anterior, as Organizações Sociais (OS) foram uma das grandes marcas da reforma do Estado realizada na década de 1990 no Brasil. Bresser Pereira se utilizou do termo “publicização” para denominar a iniciativa de convocar a sociedade para participar dos processos de gestão dos serviços de saúde. No entanto, o que se observou foi a responsabilização do Terceiro Setor pela execução de serviços ao tempo em que o Estado destinou verbas públicas aos entes privados que se propuseram a colaborar na prestação de ações de saúde através dos contratos de gestão.

Esse contexto justifica o crescente quantitativo de entidades privadas encaixadas na categoria de “sem fins lucrativos”, e voltadas ao combate das expressões da questão social a partir da década de 1990 no país. Além do discurso favorável à expansão dessas instituições

entonado pelo governo federal, o mesmo incentivou financeiramente a organização e manutenção das ONG's que, contrariando a perspectiva dos direitos sociais garantidos através da Constituição Federal, são sustentadas em princípios filantrópicos e de valores de solidariedade particular em contraposição à solidariedade universal que embasou o Estado de Bem Estar Social.

Montaño (2002) destaca que essa iniciativa se configura como uma investida privatista, uma vez que se abre mão dos investimentos na saúde pública para financiar a prestação de serviços privados e individuais à sociedade. Esse contexto se opõe às noções de universalidade impostas ao SUS a partir da Constituição Federal e da Lei nº 8.080/90 e representa o complexo cenário que envolve a disputa entre o público e o privado, característico do fim do século XX no Brasil.

Da mesma forma, entende-se que diferente do que aponta a legislação que regulariza as OS, essas instituições que aparentemente são autônomas e sem fins lucrativos possuem íntima relação financeira com o Estado, que anualmente repassa altas quantias às entidades que, além disso, dispõem de isenções tributárias, subsídios estatais e poder de determinação de quem serão seus diretores e os salários que receberão (MORAIS et al., 2018).

O mandato de Fernando Henrique Cardoso, responsável por abranger a reforma do Estado, também acolheu a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os dois órgãos surgiram como iniciativas do então ministro da saúde José Serra, e apesar de serem instituições voltadas à regulação da política de saúde nacional, na prática foram facilitadoras da entrada do capital estrangeiro no SUS através de legislações que regulamentavam tal financiamento (BORLINI, 2010).

Além disso, observou-se uma série de incentivos e benefícios fiscais, promovidos pelo Estado, aos seguros privados de saúde que, considerando o cenário de desmonte iniciado, passaram a dispor de uma clientela mais numerosa (SOARES, 2000). Considerando que, tal como prevê o Neoliberalismo, os mandatos de FHC foram voltados às relações e trocas de benefícios com os grandes empresários do país, os donos de grandes hospitais e planos de saúde foram alguns dos beneficiários do governo, justificando assim os fatos mencionados.

Apesar de ter sido o responsável por criar inúmeras legislações que previam o desmonte da saúde pública conforme prevê a Constituição Federal de 1988, FHC não foi o único responsável pela descaracterização do sistema. Lula e Dilma, nos mandatos seguintes, executaram de maneira extrema muitas das legislações aprovadas na década de 1990.

Os estudos apontam que entre os anos de 2009-2014 houve expansão das OS responsáveis por prestar serviços de saúde e que, além disso, estas instituições movimentaram elevadas quantidades de verbas estatais ao ponto de se destacarem frente ao cenário produtivo brasileiro (MORAIS et al., 2018):

Figura 2 - Investimento público nas OS

Classificação das Organizações Sociais da Saúde (OSS) segundo valor total dos recursos financeiros captados e desempenho destas entidades no mercado empresarial nacional. Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2014.

Classificação *	OSS	Contrato de gestão (R\$)	Termo aditivo (R\$)	Total (R\$)	Ranking no mercado empresarial do país (setor de serviços médicos)			
					2011	2012	2013	2014
1	SPDM **	3.788.735.148,84	1.307.276.036,55	5.096.011.185,39	-	171	168	167
2	Seconci-SP	2.793.122.944,42	1.348.655.452,35	4.141.778.396,77	-	-	-	-
3	CBSC	2.263.684.312,00	431.316.109,10	2.695.000.421,10	-	-	-	-
4	ISCMSP	1.398.602.744,20	761.391.275,49	2.159.994.019,69	357	356	-	-
5	FFM	1.154.248.204,00	909.314.845,00	2.063.563.049,00	-	-	-	-
6	Pró-Saúde ***	1.237.509.193,64	553.362.513,79	1.790.871.707,43	-	-	-	325
7	LSFPD **	811.505.773,04	714.098.156,64	1.525.603.929,68	-	-	-	-
8	HMST ***	797.714.410,24	608.350.530,74	1.406.064.940,98	-	-	-	-
9	ACSC **	925.242.758,21	168.707.988,89	1.093.950.747,10	317	360	312	302
10	FABC	751.102.474,00	243.417.757,00	994.520.231,00	-	-	-	-
Total		15.921.467.962,59	7.045.890.665,55	22.967.358.628,14				

ACSC: Associação Congregação de Santa Catarina; CBSC: Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico-Social; FABC: Fundação ABC; FFM: Fundação Faculdade de Medicina; HMST: Hospital Maternidade Santa Terezinha; ISCMSP: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; LSFPD: Lar São Francisco da Providência de Deus; Pró-Saúde: Associação Beneficente de Assistência Médica e Hospitalar; Seconci-SP: Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo; SPDM: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.

Fonte: contratos de gestão disponíveis nos sites da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (<http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/contratos-de-gestao.html>), no Portal da Transparência do Estado de São Paulo (<http://www.transparencia.sp.gov.br>) e no site da revista *Valor Econômico* (<http://www.valor.com.br>).

* Classificação em ordem de grandeza e segundo o valor total dos recursos financeiros declarados nos contratos de gestão e nos respectivos termos aditivos, 2009-2014;

** Essas entidades têm contrato de gestão com os estados de São Paulo e Rio de Janeiro;

*** Essas entidades têm contratos apenas com o Estado do Rio de Janeiro, iniciados no ano de 2012.

Fonte: MORAIS et al., 2018

Nesse sentido, entende-se que a classificação como instituições filantrópicas, ou privadas sem fins lucrativos muitas vezes acaba por camuflar interesses financeiros que se beneficiam das legislações que alteraram os padrões de gestão na saúde. Além disso, essas instituições não têm conseguido satisfazer os interesses que justificaram sua inserção na implementação da política de saúde, isto é, a melhoria nos padrões de serviços e atendimentos. Passados mais de 20 anos das legislações que instituíram as OS, diferente do que propôs a Reforma Gerencial, não se observam padrões de excelência nas ações e nos serviços de saúde do país.

Uma das principais conquistas alcançadas a partir da constituição do SUS foi o reconhecimento através da Lei 8.080/1990 de que a saúde do país, necessariamente, será resultado das condições de vida dos indivíduos. Nesse sentido, o acesso a direitos básicos tais como alimentação, moradia, trabalho e lazer irá definir os níveis de saúde de uma população. A estes critérios definiu-se de Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Considerando que uma das características centrais de um Estado neoliberal se refere à desresponsabilização estatal pelas expressões da questão social, entende-se que o agravamento das condições de vida dos indivíduos, conseqüentemente, irá afetar as condições de saúde da população. Nesse sentido, o Estado neoliberal não considera a vigência dos DSS e a saúde do país, conforme prevê o SUS, tem sido sub - implementada.

A seção anterior analisou os impactos diretos provocados pela alteração no padrão de acumulação capitalista sobre o trabalho. No século XXI, há a tendência de que os cargos trabalhistas ocupados estejam relacionados ao setor de serviços, delimitação que envolve os trabalhadores inseridos em políticas públicas, inclusive a saúde. Os impactos sofridos pelo trabalho no capitalismo contemporâneo irão abranger os trabalhadores da saúde e atingir de forma significativa os serviços prestados.

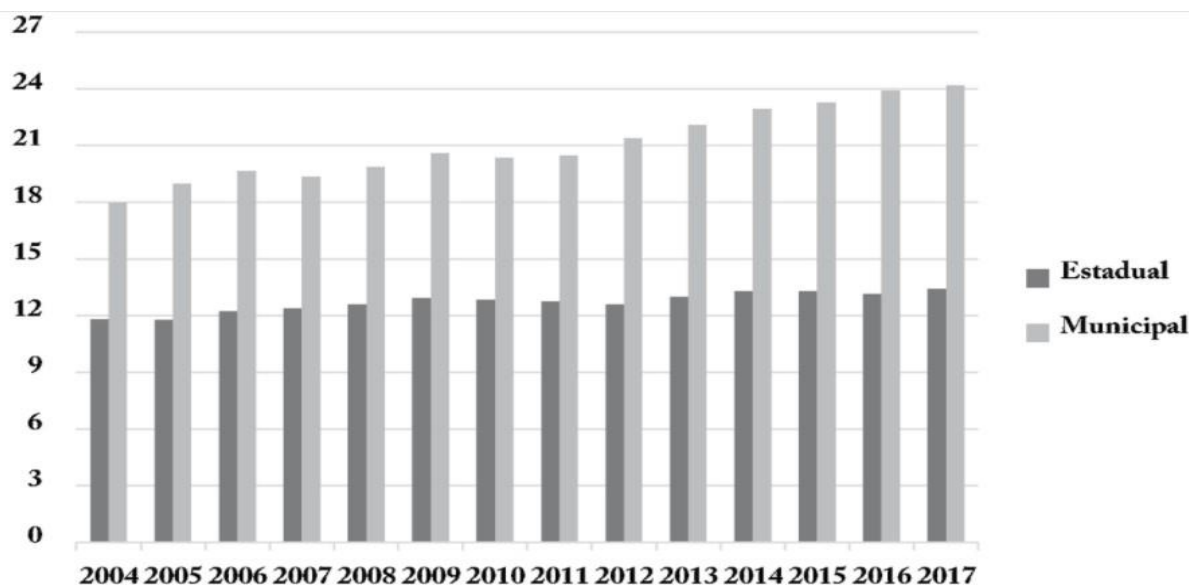
As exigências por trabalhadores multifuncionais também se estendem aos trabalhadores da saúde, assim como as tendências a baixos salários e vínculos empregatícios frágeis. Considerando ser este um contexto nacional, a população passa a sofrer os reflexos diretos da quantidade limitada de trabalhadores da saúde, ao tempo em que existe um exército de reserva apto a trabalhar na política.

A Lei Complementar nº 141 aborda que em meio às despesas de saúde encontram-se:

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); (...) X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais (...)XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012, s.p.).

Tal fator colabora para a justificar que as tendências ao subfinanciamento do SUS afetam de maneira direta a insuficiência de profissionais de saúde que, em virtude desta realidade estarão sobrecarregados quando em atuação, executando ações sem as condições ideais, refletindo os aspectos da precarização do trabalho sobre os atendimentos. Tais reduções se estendem ainda às instituições de saúde que, além de não conformarem quantidade suficiente para atendimento dos pacientes, não dispõem dos materiais e instrumentos de trabalho necessários.

Figura 3 - Investimentos municipais e estaduais em ações e serviços de saúde



Fonte: Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada (IPEA)

O gráfico demonstra os investimentos sustentados em recursos próprios nas ações e serviços de saúde de estados e municípios de 2004 a 2017. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional (EC) 29, é a responsável por estipular os valores de investimentos do SUS pelos entes federativos. Segundo a legislação, cabe aos municípios e ao Distrito Federal o investimento mínimo de 15% das arrecadações nos serviços do SUS, enquanto os estados devem investir, no mínimo 12%.

No que tange à União, não há legislação estipulando uma porcentagem mínima como aos demais entes. No entanto, cabe a ela aplicar o montante correspondente ao ano anterior, acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB). Segundo o gráfico, os estados têm seguido as margens do investimento mínimo de 12%, enquanto os municípios têm tido os investimentos elevados e apontam números bem superiores ao mínimo de 15%, apesar de serem os entes – sobretudo os municípios – que dispõem das menores arrecadações e repasses federais.

Figura 4 - Financiamento público de saúde no Brasil (2003 - 2017)

Ano	Total (R\$ bilhões de 2017)	União		Estados		Municípios	
		R\$ bilhões de 2017	% do total	R\$ bilhões de 2017	% do total	R\$ bilhões de 2017	% do total
2003	121,0	60,6	50,1	29,7	24,5	30,7	25,4
2004	138,8	68,4	49,3	36,1	26,0	34,3	24,7
2005	150,9	72,7	48,2	38,5	25,5	39,7	26,3
2006	164,0	76,5	46,7	43,2	26,3	44,3	27,0
2007	175,3	80,3	45,8	47,1	26,9	47,9	27,3
2008	192,3	83,5	43,4	53,1	27,6	55,7	29,0
2009	204,5	95,3	46,6	52,8	25,8	56,5	27,6
2010	215,7	96,5	44,7	58,1	26,9	61,2	28,4
2011	233,4	105,6	45,3	60,6	26,0	67,2	28,8
2012	245,0	110,9	45,3	62,1	25,3	72,1	29,4
2013	254,4	108,3	42,6	68,0	26,7	78,1	30,7
2014	265,6	112,7	42,4	70,3	26,5	82,6	31,1
2015	262,3	113,0	43,1	68,1	26,0	81,2	31,0
2016	256,6	109,9	42,8	65,5	25,5	81,2	31,6
2017	265,6	114,7	43,2	68,3	25,7	82,5	31,1

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada (IPEA)

O Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) ao inserir a União na análise do financiamento da saúde pública do país, não só aponta o mencionado aumento crescente de investimentos municipais e estatais, como deflagra a redução dos investimentos da esfera federal, onde as aplicações que correspondiam a 50,1% em 2003 caíram para 43,2% em 2017.

A Lei 8.080/90 traz a descentralização enquanto uma das diretrizes que, conforme apregoa legislação, seria o critério necessário para incluir os demais entes na gestão do SUS e, consequentemente, facilitar a operacionalização dos serviços. Os períodos anteriores à constituição do SUS, de fato, foram prejudicados por abrigarem serviços de saúde centralizados na figura do governo federal o que fez com que, inclusive, a descentralização fosse objeto de defesa pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, o contexto neoliberal de retração do Estado tem facilitado que a descentralização tenha sido usada para mascarar a desresponsabilização da União, assim como com a prestação de serviços fragmentados, sem unidade institucional (RIZOTTO, 2000).

Ao se analisar o trato à saúde por parte de cada governo do PT, observa-se algumas especificidades. No caso do período comandado por Lula, no âmbito setorial, próprio do contexto da saúde nacional, não prevaleceram medidas que pudessem revigorar o SUS, fato inclusive que endossou o discurso de opositores em épocas de campanhas de reeleição do ex presidente. Segundo Menicucci (2011):

Na última campanha eleitoral, essa percepção foi reforçada pelo candidato opositor à presidência da república que ressaltou "seus feitos" quando ministro da saúde do governo anterior, que deixou sua marca com a regulamentação dos medicamentos genéricos; a efetiva implantação do Programa Saúde da Família (PSF); o programa de combate à aids e a quebra da patente do AZT (MENINUCCI, 2011, p. 524).

Apesar disso, vale destacar as iniciativas voltadas às farmácias populares, com comercialização de medicamentos a baixo custo, o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Todos estes serviços tiveram forte expansão nacional e, até hoje, possuem impacto relevante na sociedade. Além disso, conforme apontado anteriormente, já é reconhecido, inclusive no âmbito legislativo, que a condição de saúde dos indivíduos será motivada por Determinantes Sociais da Saúde e que, desse modo, tendo em vista as significativas melhorias nos índices sociais do país durante o governo de Lula, entende-se que a elevação nas condições de renda, trabalho, educação e alimentação configura melhoria à saudabilidade da população brasileira.

Já no Governo Dilma, em virtude da própria política econômica elencada para os mandatos, conforme explicitado anteriormente, predominaram ações mais tímidas. No primeiro mandato destacaram-se as criações de alguns programas pontuais, tal qual o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Já no segundo mandato, em resposta às manifestações inseridas na chamada “Jornadas de Junho”, a presidenta instituiu o programa Mais Médicos, no intuito de levar às regiões periféricas e de difícil acesso do país profissionais médicos, uma vez que estas eram as localidades com mais déficit de profissionais REIS; PAIM, 2018).

O sucessor de Dilma Rousseff, a partir de 2016, acirrou a lógica de redução de financiamento e, em dezembro daquele ano, foi promulgada a PEC 55/2016, denominada de PEC do Teto dos Gastos Públicos, que deu origem à Emenda Constitucional 95, responsável por limitar os gastos públicos no período de 20 anos. A emenda foi aprovada sob a alegação de equilibrar as contas do país e, conseqüentemente, colaborar no desenvolvimento econômico. No entanto, no que tange à operacionalização da mesma, a medida inviabilizou as possibilidades de aumento de investimento no ramo da saúde nacional.

Quando a análise é ampliada para a inserção da saúde no âmbito da Seguridade Social, Boschetti (2009) aborda que

Historicamente, a maior fatia de recurso do orçamento da seguridade social fica com a previdência social (média de 60%), seguida pela política de saúde (média de 14%), e, finalmente, a política de assistência, com média de aproximadamente 6%. As análises históricas mostram o crescimento da participação percentual da assistência

social e a redução da participação da saúde, o que reforça as tendências das políticas de seguridade social, já apontadas acima (...). Não se pode compreender a seguridade social em sua totalidade sem entender sua relação com a política econômica. A redução dos direitos, a restrição dos espaços democráticos de controle democrático e as contenções dos recursos têm íntima relação com a política econômica, que engole parte significativa do orçamento da seguridade social (BOSCHETTI, 2009, p. 15).

O contexto foi decisivo para que desde sua égide, o SUS não tenha operacionalizado seus princípios, configurando as situações rotineiras que são de conhecimentos dos brasileiros de maneira geral e envolvem filas extensas para marcação de consultas, hospitais sem materiais, comunidades que não dispõem de instituições e/ou equipes de saúde.

As próprias estratégias assumidas pelo Estado de se desresponsabilizar pela gestão dos serviços, transferindo-a para as OS, correspondem às tentativas de redução de custo com a prestação dos serviços de saúde (FERNANDES, 2017). A metodologia mais recente de transferência de responsabilidades na prestação de serviços de saúde foi concretizada através da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) sob a justificativa de garantir mais eficiência na gestão dos hospitais universitários do Brasil.

Nesse sentido, faz-se necessário considerar o processo de implementação da EBSERH no país, assim como compreender a posição da sociedade e de suas entidades representativas em meio aos momentos decisórios.

3.3 A instituição da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Brasil

A proposta de criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Sociedade Anônima - EBSERH S.A. foi enviada ao Congresso Nacional para aprovação em 31 de dezembro de 2011 (MARCH, 2012), ainda durante o mandato de Luís Inácio Lula da Silva. A partir de sua aprovação, ficou sua criação regulamentada pela lei nº 12.550/2011, no intuito de gerir Hospitais Universitários (HU) públicos, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), tendo como justificativa para sua instituição a solução de contratos irregulares de trabalho através da inclusão do regime celetista, autonomia financeira e perspectiva de captação de recursos próprios (ANDREAZZI, 2013).

A instituição da empresa envolveu um percurso histórico demarcado por medidas que visavam à alteração dos processos de gestão dos HU. Em 2004, a Portaria Interministerial nº 1000 igualou as instituições denominadas de Hospital Escola, Hospital Auxiliar de Ensino e Hospitais Universitários. Apesar de aparentemente se referir a algo insignificante, Cisligh (2011) aponta que essa se configurou enquanto uma tentativa de rebaixar os HU e sua

importância nos procedimentos de alta complexidade assim como sua referência no que tange ao ensino, pesquisa e extensão.

O alto custo dos HU sempre foi colocado em pauta. Longe de se considerar que estas são as instituições responsáveis pelos atendimentos mais complexos do SUS e, consequentemente, que mais exigem o investimento em pessoal e insumos, as instituições ao longo de suas existências têm sofrido investidas de redução de custos que colaboram com o desmonte de seus serviços. Nesse sentido, a Portaria nº 9 de 29 de abril de 2008, surgiu no intuito de regulamentar a autonomia financeira dos HU, no entanto, na prática correspondeu à desvinculação entre Hospitais Universitários e Universidades Públicas Federais (AMORIM, 2017).

Posteriormente, o Governo Federal iniciou uma série de medidas que em seu conjunto receberam o nome de Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF):

Em 2010, teve-se o início dessa nova fase. O governo Lula (2º mandato, 2007– 2010) agiu por intermédio da criação de uma comissão interministerial em que a principal incumbência era avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, com o objetivo de reorientar e formular uma nova política em âmbito nacional para os HUFs. Essa estratégia do governo foi regulamentada pelas Portarias nº 40 e 41, de 8 de janeiro de 2010. Por conseguinte, por meio do Decreto nº 7.802, de 2010, o governo instituiu o REHUF, com a finalidade de revitalizar e reestruturar os HUFs (LEITE, 2020).

De maneira geral, o REHUF correspondeu a uma tentativa de melhoramento organizacional dos HU, de modo que para isso previa-se o co-financiamento destas instituições entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Nesse sentido, buscou-se o investimento nos processos de gestão, na infraestrutura das instituições, modernização do parque tecnológico e reestruturação no quadro de pessoal. A participação do Ministério da Educação seria justificada pelo fato de que os critérios referentes ao ensino, à pesquisa e à inovação também seriam focos de investimento.

Os relatórios situacionais dos HU exigidos pelo REHUF apontaram que a situação dos vínculos empregatícios nos hospitais não se encontrava uniformizada, sendo predominante funcionários terceirizados vinculados às fundações de apoio das universidades, regidos pelo regime celetista ou por contratos de prestação de serviço terceirizado, além de outras formas de contratações irregulares. Esse contexto colaborou para justificar a futura implementação da EBSERH (LEITE, 2020).

Considerando todos os princípios do SUS e a luta histórica travada em meio à sociedade para a efetivação de uma saúde universal e de responsabilidade estatal, os principais setores de

defesa à saúde pública do país passaram a se organizar nos diferentes estados a fim de evitar que a EBSEH fosse instaurada como regime de gestão dos HU.

Por todo o país a comunidade acadêmica, trabalhadores da saúde pública, e segmentos da sociedade em geral se manifestaram contra a entrada da EBSEH nos hospitais universitários. Em 2013, um plebiscito nacional reuniu mais de 60 mil assinaturas de pessoas que se colocaram contrárias à empresa (ADUSP, 2013). Ainda naquele ano, o Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal Fluminense (SINTUFF) enviou representantes a Brasília -DF para marcharem em protesto até o Congresso Nacional. O manifesto reuniu cerca de 20 mil pessoas (SINTUFF, 2013).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011 contou com a presença de 2.937 representantes de todos os estados da federação. Na ocasião foi deliberada a rejeição à criação da EBSEH no intuito de impedir a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais. Após posicionamento oficial da mencionada conferência através de um relatório final que oficializava a contrariedade às privatizações, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde também rejeitou a empresa, assim como quaisquer ações que visassem a desconfiguração do SUS previsto em Constituição Federal (CNS, 2012).

A legalidade do SUS envolve a instituição de mecanismos oficiais voltados à participação popular. A Lei 8.142/1990 é a lei de controle social do SUS, responsável por determinar a existência de Conselhos e Conferências de Saúde, e reconhecer os pareceres e relatórios promovidos por ambas instituições. No entanto, os trâmites de implementação da empresa foram mantidos, apesar da legislação que valida os posicionamentos das instituições que se mostraram contrárias à criação da EBSEH.

Os posicionamentos da 14ª Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde indicavam que a aderência à EBSEH corresponderia à uma iniciativa privatista em meio ao SUS. As instituições representativas do governo, inclusive o próprio Ministério da Saúde, alegavam que não havia como se tratar de uma privatização, tendo em vista a EBSEH ser uma empresa pública vinculada ao governo.

Apesar disso, torna-se necessário problematizar o termo privatização, e quais são as suas manifestações, sobretudo relacionado às políticas públicas, tal qual é a saúde. Desse modo, considera-se que

(...) privatização, em sentido amplo é um conceito que abrange todas as formas pelas quais se busca uma diminuição do tamanho do Estado, podendo abranger a desregulamentação (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico), a desmonopolização de atividades econômicas, a privatização de serviços públicos (quando a atividade deixa de ser serviço público e volta à iniciativa privada), a concessão de serviços públicos (dada a empresa privada e não mais a empresa estatal)

e as contratações de terceiros (contracting out), em que a administração pública celebra ajustes de variados tipos para buscar a colaboração com o setor privado, como os contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização), os convênios, os contratos de gestão, os termos de parceria. (DI PETRO, 2011, p. 213).

Ainda de acordo com Montaña (2002), a privatização está relacionada à retirada do Estado de espaços tipicamente públicos, tal qual ocorreu quando o governo federal abriu mão de seguir comandando os HU, para a entrada da EBSEH.

Um outro ponto que merece destaque refere-se ao fato de que a tipificação da EBSEH a enquadra como uma *empresa pública com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio*. Tal categorização tem inviabilizado o acesso às informações voltadas à transparência de repasses e determinação de verbas nos setores dos hospitais. As diretorias possuem autonomia administrativa e determinam de que forma os recursos serão distribuídos sem que haja o acompanhamento por parte dos usuários.

A implementação da empresa nos HU ocorreu em meio a plebiscitos, conferências e manifestações que se mostraram contrários a adesão à EBSEH pelos hospitais e favoráveis a uma saúde pública conforme preconiza a Constituição Federal (ANDES, 2013).

Nesse sentido, entende-se que a privatização da gestão dos HU pelo Brasil ocorreu contra a vontade da sociedade. O então governo federal responsável pela implantação da empresa, representado por Dilma Rousseff, ignorou todas as recusas que vieram por parte dos brasileiros e impôs a instituição do modelo empresarial na saúde do país. Daneliu et al. (2019) menciona que:

A EBSEH é uma estrutura nova, com menos de 10 anos, que foi tida em nível nacional como a 'promessa salvadora', com um modelo jurídico de empresa posto em prática em praticamente todos os HUF do Brasil, uma vez que o formato gerencial de administração direta era e ainda é visto como a causa das dificuldades de gestão dos HUF. Portanto, esse modelo de empresa pautado pela busca de resultados, alcance de metas quantitativas, controle hierarquizado, com pouca participação dos funcionários no processo decisório das atividades de trabalho foi transportado em larga escala para área da saúde; e em hospitais escolas, que além de ofertarem complexos serviços de saúde, também formam pessoas, os denominados profissionais de saúde (DANELIU et al., 2019, p. 380).

Entende-se que a alteração nos moldes da gestão de instituições públicas deveria reconhecer as manifestações dos órgãos de representação social. No entanto, os dados da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde apontam que até 2013 dos 17 HU que firmaram contratos com a EBSEH, apenas 12 obedeceram os trâmites legais de aprovação dos Conselhos das Universidades.

Nesse sentido, as 12 universidades se referem à Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade

Federal do Mato Grosso (UFMT), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Universidade Federal do Pernambuco (UFPE) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

As instituições que até esse período não obedeceram às decisões dos conselhos consultivos universitários foram a Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (FNCPS – 2013). Nesse sentido, Fernandes (2017) aborda que

Pode-se mencionar que o próprio perfil de como se deram as assinaturas dos contratos de gestão em dimensão nacional foi um sinal das repercussões nocivas que a adesão traria, dado que o caminho seu deu essencialmente pelo viés antidemocrático, atropelando posicionamentos de comunidades acadêmicas massivamente contrárias à privatização e ruindo com o respeito às instâncias deliberativas das universidades. Se a EBSEH fosse alternativa viável à preservação dos hospitais universitários federais nos termos do SUS, por que então negar-se ao debate? (FERNANDES, 2017, p. 126).

A vinculação à EBSEH por parte dos hospitais vem ocorrendo de forma gradual. Atualmente, a empresa é responsável pela gestão de 40 hospitais universitários federais espalhados pelo país e apenas 9 continuam sob gestão estatal. No âmbito acadêmico, já existe um acervo de produções e pesquisas que apontam para resultados negativos no que tange à inserção da empresa em meio aos HU. Nesse sentido, Orlandi (2016) ao apontar resultados acerca do desempenho da empresa demonstra:

Os resultados dos modelos de regressão mostraram que a gestão pela EBSEH não impacta estatisticamente os escores de eficiência dos HUs em nenhum dos estágios do processo de adesão (...). Os dados da pesquisa possibilitaram a abordagem da relação número de profissionais da assistência não médicos por leitos e os escores de eficiência obtidos pela análise envoltória de dados. O aumento dessa relação, que implicaria em intensificação do cuidado, não correspondeu aos melhores escores de eficiência (ORLANDI, 2016, p. 67).

A pesquisa atenta contra uma das principais justificativas para a entrada da EBSEH no cenário da saúde pública do país, uma vez que a mesma surge justificada na necessidade de adoção de métodos de eficiência na gestão hospitalar (LISBOA, 2018). Além disso, Borges Barcelos e Rodrigues (2018) apontaram que este modelo de gestão privilegia a lógica de gerenciamento empresarial, pautado nos ditames neoliberais, e que ao se inserirem no cenário de instituição e política públicas, atentam contra os princípios de participação social.

Isso se dá porque, apesar de o SUS estabelecer na lei 8.142/90 os mecanismos de controle social que garantem a participação da sociedade, as legislações da EBSEH estabelecem metodologias próprias de participação social, de modo que a mesma fica

prejudicada e não obedece às necessidades constitucionais de saúde pública do país (LIMA, 2016). Além disso, Neulls (2016) identificou que os novos processos de trabalho proporcionados pela adesão à EBSEH têm impactado o fornecimento de atendimentos humanizados e adequados à sociedade.

O rompimento com a lógica de política pública se dá em outros aspectos. O Estatuto Social da EBSEH (2018) elenca em meio aos seus objetivos sociais funções que proporcionariam à empresa a aquisição de lucros que, segundo os documentos de regulamentação da EBSEH constituem “recursos próprios”. Essas funções abrangem: “Art. 4º A EBSEH tem por objetivo social: IV – prestar serviços de consultoria e assessoria em sua área de atuação. V – participar de iniciativas de promoção da inovação, como incubadoras, centros de inovação e aceleradoras de empresa” (EBSEH, 2018, p. 1). Além disso, a captação de recursos da empresa prevê a alocação através de atividades desvinculadas do Ministério da Saúde e realizadas de maneira autônoma:

Art. 6º Constituem recursos da EBSEH: II – as receitas decorrentes: a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto; b) da alienação de bens e direitos; c) das aplicações financeiras que realizar; d) dos direitos patrimoniais tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais. III – doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado. IV - os oriundos de operações de crédito, assim entendidos os provenientes de empréstimos e financiamentos obtidos pela entidade; e. V – rendas provenientes de outras fontes (EBSEH, 2018, p. 2).

No que tange à entrada da EBSEH no Maranhão, a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) representada pelo então reitor Natalino Salgado, assinou contrato com a EBSEH em 17 de janeiro de 2013, autorizando a reestruturação da gestão e funcionamento do HU-UFMA nos moldes da empresa (EBSEH, *on-line*). Até então, a unidade, assim como os demais HU, era regida pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, considerando sua vinculação ao ensino, pesquisa e extensão da UFMA.

A história do HUUFMA remete ao extinto INAMPS. As duas unidades que compõem o complexo hospitalar, Unidade Presidente Dutra (inaugurado em 1961) e Unidade Materno Infantil (1984), eram filiadas à instituição até 1991, quando foram cedidas à UFMA. A inclusão da universidade no contexto do hospital, favoreceu para que o objetivo da instituição deixasse de ser unicamente a prestação de serviços de saúde à comunidade, e adotasse como foco a contribuição no processo de formação de profissionais de saúde, situando o desenvolvimento de estágios, internatos e residências.

O Hospital está situado no âmbito da Alta Complexidade da saúde do país, responsável por realizar os procedimentos e tratamentos mais complexos disponibilizados pelo SUS. Dessa

forma, é o hospital de referência do estado do Maranhão para várias especialidades o que justifica o grande quantitativo de pacientes vindos do interior do estado a fim de conseguir atendimento.

O HU-UFMA, assim como os demais HU do país, desde o estabelecimento do SUS tem sido responsável por receber os maiores repasses de verba da União, não só por concentrar os tratamentos mais caros e complexos, mas também por atender um elevado número de pacientes, muitas vezes aquém de sua capacidade de atendimento. Muito do elevado custo que os HU demandam está relacionado à deficiência de investimento público na Atenção Básica (AB), responsável por acolher os serviços e procedimentos mais baratos e por tratar aspectos relacionados à prevenção de doenças que, quando atendidas por instituições da AB, deixam de evoluir para doenças mais graves que exigiriam tratamento na Alta Complexidade (CONASS, 2007).

No Maranhão, a EBSE RH também foi instaurada sob promessas de melhorar a eficiência da gestão, melhorando serviços, e uniformizando as relações de trabalho. Antes da entrada da empresa, o corpo de funcionários de Atenção à Saúde do hospital estava vinculado à UFMA, e outra parte à empresa terceirizada Fundação Josué Montelo que operava através de variados tipos de contratos de trabalho. A partir da adoção à EBSE RH, os funcionários vinculados à fundação – uma vez que não possuíam estabilidade - foram sendo gradativamente demitidos, e substituídos pelos aprovados nos seletivos da empresa.

Apesar da justificativa de unificação dos vínculos empregatícios, a EBSE RH não aderiu ao regime de contratação sustentado no concurso público que oferece estabilidade e maiores condições de acesso aos direitos trabalhistas. Ao contrário disso, aderiu-se ao regime celetista, com a redução de salários em relação aos funcionários que são vinculados à UFMA. Em outras palavras, a EBSE RH não uniformizou os vínculos empregatícios, pelo contrário, a institucionalizou a heterogeneidade dos vínculos.

A terceirização, como discutido anteriormente, apesar de inicialmente ter sido assimilada à iniciativa privada, tem sido tendência em serviços públicos a partir da adoção do regime de acumulação flexível no Brasil, com grande destaque para os setores vinculados às políticas públicas do país. No HU-UFMA, a institucionalização do regime celetista como método padrão de contratação contribuiu para um processo de precarização trabalhista que também envolve as tendências a terceirizações.

De acordo com documentos da EBSE RH/HU-UFMA, até o mês de 08/2020 havia na instituição em média 400 funcionários terceirizados inseridos nos serviços de vigilância, serviços gerais, motorista, copa, limpeza, serviços administrativos e de manutenção. As

empresas responsáveis por fornecer os serviços são SEMOG Construtora e Serviços Terceirizados Eireli – ME, Cook Empreendimentos em Alimentação Coletiva LTDA, Tropical Ar Comércio e Serviços LTDA, Service Itororó Eireli, Engeclinic Serviços LTDA, Engeprom Engenharia LTDA, Eb Cardoso Eirelli e Patrulha Segurança Privada LTDA.

Em meio aos documentos da empresa, é possível identificar aspectos da Política Pública de Saúde que foram impactados em virtude de sua adoção pelo HUUFMA. No regimento interno do hospital, alterado recentemente pela Portaria nº 540, de 27 de dezembro de 2019, em meio aos processos de gestão dos serviços, não consta nenhuma metodologia de participação popular, considerando que esta função compete ao Conselho Executivo e

Art. 6º O Colegiado Executivo é composto pelo Superintendente, Gerentes e chefes da equipe de apoio à gestão, quais sejam: Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, Planejamento, Jurídico, Comunicação Social, Apoio Corporativo, Ouvidoria e Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde. Todos nomeados segundo o Regimento Interno da EBSEH, responsáveis pela direção e administração de todas as atividades da unidade, em consonância com as diretrizes da empresa e, no que for pertinente ao ensino e à pesquisa, de acordo com as necessidades e orientações da Universidade Federal do Maranhão (EBSEH, 2019, p. s/p).

No estado já existem inúmeras pesquisas que demonstram os impactos da entrada da EBSEH no HU-UFMA sob inúmeros âmbitos. Amorim (2017) identificou que a entrada da empresa na instituição impactou negativamente o tripé ensino, pesquisa e extensão, considerando que a UFMA perdeu influência dentro do hospital, passando a predominar atuações desassociadas entre a Universidade e o Hospital.

Esta pesquisa possui o intuito de apreender as percepções de profissionais de saúde do HU-UFMA a fim de entender os principais impactos nos processos e relações de trabalho na instituição a partir da adoção da EBSEH. Nesse sentido, a próxima seção reúne informações baseadas nas falas dos profissionais de Atenção à Saúde das duas unidades de atendimento, Unidade Presidente Dutra e Unidade Materno Infantil.

4 IMPACTOS DA EBSE RH NAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DO HU-UFMA

Esta seção objetiva analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, as principais mudanças experimentadas nas condições e relações de trabalho após a privatização da gestão do HU-UFMA. Para tanto, realizou-se coleta de dados sustentada em roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais atuantes nas duas unidades que compõem o HU-UFMA, Unidade Presidente Dutra (UPD) e Unidade Materno Infantil (UMI).

Inicialmente, torna-se necessário explicar que o corpo profissional do HU-UFMA está dividido em profissionais de nível médio, que ocupam as funções vinculadas aos serviços administrativos, auxiliares, de limpeza ou de copa; profissionais de nível técnico que, além de ocuparem o cargo de técnico (a) de enfermagem, estão inseridos nas ocupações de técnico de informática, de laboratório, ou de radiologia, e profissionais de nível superior que atuam ou na prestação direta à saúde, ou em cargos de gestão e assessorias (jurídica e de comunicação). Desse modo, esta pesquisa envolve, especificamente, os profissionais de nível superior que atuam na prestação direta de saúde.

Tendo em vista a necessidade de delimitação do campo de pesquisa exigido pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFMA, elencou-se como representantes da UPD os setores “Transplante Renal” e “Clínica Médica”, e da UMI os setores “Follow Up” e “Pediatria”. Esta pesquisa teve por intuito entrevistar profissionais de nível superior que atuem na assistência direta à saúde, não sendo incluídos os corpos técnicos e administrativos da instituição. Nenhum dos trabalhadores foi identificado, de modo que se utilizaram nomes de flores, para substituir as identificações, associados ao vínculo empregatício.

No entanto, a coleta foi operacionalizada em Janeiro/2021, momento em que o Maranhão enfrentava um novo surto de casos da Covid-19, ao mesmo tempo em que o HU-UFMA se dispôs a receber um elevado quantitativo de pacientes de Manaus –AM. Devido a esta situação, foram obedecidas as orientações de precaução recomendadas pelos próprios trabalhadores de saúde e os profissionais da medicina não foram entrevistados. Além disso, diante da situação de atendimentos na qual o HU-UFMA se encontrava, esta categoria em específico não possuía disponibilidade para a concessão de entrevistas.

No que tange à prestação de serviços à saúde, as equipes costumam se dividir em dois âmbitos: área médica, responsável por abranger especificamente os profissionais da medicina, e a área assistencial, que inclui todos os demais trabalhadores que compõem as equipes

multiprofissionais em saúde. Desse modo, em termos de delimitação, esta pesquisa abrange representantes das categorias que compõem a área assistencial do HU-UFMA, que envolve: Odontologia, Fisioterapia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia, Enfermagem e Psicologia.

Para cada categoria, elencou-se um funcionário vinculado à EBSEH e um funcionário vinculado à UFMA. A única exceção ocorreu com a categoria da Odontologia que não dispõe em nenhum setor do HU-UFMA de funcionários concursados da UFMA, de modo que todos que atuam no Hospital entraram após a implementação da EBSEH na instituição. Ainda assim, entrevistou-se representante da Odontologia/EBSEH.

4.1 Impactos nas condições de trabalho

Uma das justificativas para a implementação da EBSEH em meio aos HU envolveu a necessidade de uniformizar os vínculos profissionais. No entanto, optou-se por um regime de contratação diferenciado do que já era estabelecido e, conforme sinalizado nas seções anteriores, a entrada da EBSEH no HU-UFMA ocasionou a extinção de concursos públicos em prol da implementação de seletivos públicos. Consequentemente, passaram a adentrar na instituição profissionais com vínculos de trabalho divergentes daqueles que já existiam no Hospital.

“Existem questões de gestão, e questões relacionadas à própria rotina do hospital, a comunicação entre os setores, os trâmites, a própria logística, que demonstra uma separação, de fato, entre os funcionários da EBSEH e os funcionários da UFMA (...). Alguns feriados e algumas datas, são comunicados ao pessoal da EBSEH, mas não são repassados para os funcionários da UFMA. Então a gente vive um certo conflito na instituição por que, por exemplo, um feriado que é colocado para um funcionário da EBSEH, é comunicado que o funcionário da UFMA não vai gozar desse feriado, no entanto, os funcionários do campus, que têm o mesmo vínculo que nós, vão gozar desse direito. São questões que pairam e que trazem muita confusão dentro da instituição. Eu estou dando um exemplo de que existem essas diferenças, e que no final das contas a gente se sente perdido dentro da instituição. Estou falando de um feriado, mas existem questões para além disso e que perpassam pela mesma ótica”. (Girassol/UFMA).

Ainda:

“Nós somos regidos pela CLT e eles pelo Regime Jurídico Único (RJU). A EBSEH traz as portarias mais voltadas às avaliações, à produtividade, então a gente vê que tem diferenças que. Nós que somos EBSEH, teremos mais cobranças em relação à produtividade, a realizar os processos mais certinhos, anotando tudo, com números, com dados. Então a empresa se preocupa muito com isso, com a produtividade do profissional. Tanto é que as nossas progressões salariais são baseadas em nossa produtividade, em avaliações de chefias, então tem muito disso”. (Orquídea/EBSEH).

Nesse sentido, a vigência de dois tipos de vínculos diferenciados além de não ter solucionado a problemática da falta de uniformidade profissional condenada na justificativa de implementação da Empresa, no âmbito da rotina de trabalho, é um fato que tem causado confusões e tratamentos diferenciados em meio aos profissionais e, no que concerne aos direitos, privilegia alguns em detrimento de outros. Segundo Rosa/UFMA, ao falar sobre os profissionais da EBSEH mencionou que “tem alguns pontos que eles têm mais direitos do que quem é da UFMA. Por exemplo, a questão da insalubridade e a questão dos abonos”.

Antes da vigência da EBSEH no HU-UFMA, além dos concursos da UFMA, também havia um regime de contratação à parte representado pela Fundação Josué Montelo. No entanto, apesar de os funcionários vinculados à Fundação não serem concursados, o fato dela estar vinculada à UFMA fazia com que os tratamentos entre os trabalhadores fossem mais uniformes do que tem sido a partir da entrada da Empresa, inclusive, no que tange à carga-horária de trabalho.

Apesar de em nenhuma das respostas a divergência de carga-horária de trabalho ter sido colocada como um contraponto entre funcionários concursados da UFMA e os contratados da EBSEH, o comparativo entre os profissionais de mesma categoria permitiu identificar que apenas 4 categorias possuem a mesma carga-horária de trabalho no comparativo entre UFMA e EBSEH, as demais categorias apontam maior carga-horária de trabalho para os que são vinculados à Empresa. Dos participantes da pesquisa, tem-se os seguintes apontamentos:

Tabela 1 - Comparativo de carga-horária

CATEGORIA PROFISSIONAL	EBSEH	UFMA
Odontologia	20 horas	--
Fisioterapia	30 horas	30 horas
Serviço Social	30 horas	30 horas
Terapia Ocupacional	30 horas	30 horas
Nutrição	40 horas	30 horas
Fonoaudiologia	30 horas	30 horas
Farmácia	40 horas	30 horas
Enfermagem	36 horas	30 horas
Psicologia	40 horas	30 horas

Fonte: Elaboração própria da autora

O fato de a carga-horária ser reduzida para muitos profissionais vinculados à UFMA, automaticamente, já faz com que eles tenham mais condições de acessar outros direitos. De maneira geral, todos (as) entrevistados (as) apontaram não ser possível, independentemente de vínculo, ser afastado das funções para participar plenamente de cursos de pós-graduação *strictu sensu*.

“Antigamente a gente tinha aqueles 5 anos que tirávamos como Licença Premium. Teve uma lei que modificou isso, então a gente tem direito a, a cada 5 anos, tirar 3 meses pra capacitação. Eu usufruí, por exemplo, em 2018, quando fui defender minha tese de mestrado. Então esses 3 meses foram para eu escrever a tese. Isso a gente da UFMA tem direito, os da EBSEH não. A gente não tem direito de ficar afastado todo o mestrado ou todo o doutorado. Quando a gente volta temos que prestar contas, entregar a tese, o título, essas coisas. Pode ser para mestrado, pode ser para capacitação, pode ser para fazer um curso mais longo. Só que tem todo um processo, tem que ser aprovado pela diretoria, pela chefia. Agora mesmo tem uma amiga nossa que está afastada pra capacitação. Eles fazem o programa anual de quem quer, e aí na época a gente consegue. Agora a EBSEH, eu não sei te dizer, eu acho que não tem esse direito”. (Tulipa/UFMA).

No caso dos trabalhadores da EBSEH, sequer esses três meses são concedidos. Azaléia/EBSEH discorre que:

“O Hospital Universitário tem como sua principal missão formar profissionais, desde aqueles que estão vinculados à UFMA, como residentes, estagiários, internos da medicina, como também capacitar os profissionais que atuam aqui no Hospital. Só que a nossa carga horária não dá uma disponibilidade para que a gente exerça uma atividade de ... de especialização até consegue, por que geralmente especialização é uma vez por semana ou duas, mas quando se trata de pós graduação *strictu sensu* é complicado realizar porque você precisa assistir aulas e não há uma carga-horária disponível para que você se dedique a esse tipo de capacitação. Por exemplo, eu como nutricionista trabalho 40 horas, então minha carga-horária vai de sete da manhã às cinco da tarde, é preciso que haja nutricionista nesse horário por que tem muitos pacientes para a Nutrição e também é o período em que a gente atende e acompanha os estagiários e residentes. Só que de segunda a sexta eu ficando nessa jornada de trabalho, eu não tenho tempo livre de assistir uma aula numa pós-graduação de mestrado ou doutorado”. (Azaléia/EBSEH).

Apesar de nenhum dos profissionais ter direito ao afastamento para cursar plenamente alguma pós-graduação *strictu sensu*, vale pontuar que todos os profissionais vinculados à UFMA que participaram desta pesquisa possuem titulação mínima de mestrado, alguns com doutorado, diferentemente do que foi apontado no caso dos trabalhadores vinculados à EBSEH. A justificativa para isso deve-se ao fato de que, conforme apontado acima, o fato dos trabalhadores vinculados à Universidade terem menor carga-horária de trabalho facilita a disponibilidade para se dedicarem a esses cursos.

Em uma abordagem generalista, a capacitação acadêmica de profissionais que atuem na saúde pode não ser considerada um fator que interfira nas condições de trabalho em uma instituição. No entanto, se torna necessário explicar que o HU-UFMA, assim como os demais HU do país, possuem como missão principal o ensino e a formação de profissionais de saúde.

Desse modo, antes de qualquer outra função, cabe aos profissionais de saúde do HU-UFMA priorizarem os processos pedagógicos vinculados aos estágios, residências e internatos. Nesse sentido, atender as necessidades de saúde da população é uma consequência dos processos de ensino, de modo que todos os pacientes também serão objetos de estudo e pesquisa daqueles que estejam na instituição para se capacitar e se profissionalizar.

Outro fator importante a se destacar, deve-se ao fato de que existem funções dentro do Hospital que só podem ser desempenhadas por profissionais que possuam, no mínimo, titulação de Mestre, como as funções vinculadas aos departamentos de Ensino, Pesquisa e Extensão, tais como Coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde ou Coordenação da Residência Médica, e Orientação de Trabalho de Conclusão de Cursos (TCC) de especializações desenvolvidas no âmbito do Hospital. Diante disso, por mais que não existam legislações que obriguem a atuação de um funcionário concursado da UFMA em tais ocupações, por serem estes os que possuem maior disponibilidade para a capacitação acadêmica, são os que mais tem ocupado as funções elencadas.

Este fato contribui para que, dentro da instituição, as funções pedagógicas sejam mais facilmente associadas aos processos de trabalho vinculados aos profissionais concursados da UFMA. Um outro fator que justifica este contexto, deve-se ao padrão de profissionais buscados pela EBSEH, conforme apontam as pontuações dos editais de seleção. Apesar de haver uma prova de títulos, conforme aponta a imagem abaixo, na qual candidatos com titulação acadêmica pontuam a mais, o que tem predominado nas seleções são candidatos com muitos anos de experiência no mercado de trabalho.

Figura 5- Pontuação por titulação acadêmica

TABELA 10.2

AVALIAÇÃO DE TÍTULOS					
ITEM	TÍTULOS	COMPROVANTE/DESCRIÇÃO	Pontuação por Título	Quantidade máxima de comprovações	Pontuação máxima
1	Doutorado	Diploma de conclusão de curso de Doutorado, devidamente registrado, fornecido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, na área relacionada ao emprego pleiteado.	3,00	1	3,00
2	Mestrado	Diploma de conclusão de curso de Mestrado, devidamente registrado, fornecido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, na área relacionada ao emprego pleiteado.	2,40	1	2,40
3	Residência	Certificado de conclusão de residência, reconhecido pelo Ministério da Educação ou Órgão de Classe.	2,00	1	2,00
4	Especialização	Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização <i>lato sensu</i> , com carga horária mínima de 360 horas, reconhecido pelo Ministério da Educação, na área relacionada ao emprego pleiteado.	0,90	2	1,80
5	Produção Científica	Textos publicados em periódicos reconhecidos pela CAPES-MEC (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação).	0,30	2	0,60
6	Aperfeiçoamento	Certificado de curso de aperfeiçoamento na área relacionada ao emprego pleiteado, com carga horária mínima de 120 horas, reconhecido pelo Ministério da Educação ou Conselho Profissional competente.	0,20	1	0,20
TOTAL MÁXIMO DE PONTUAÇÃO					10 pontos

Fonte: Edital de seleção EBSE RH - IBFC

Figura 6- Pontuação por experiência profissional

ÁREA DE ATUAÇÃO	QUANTIDADE DE ANOS	PONTUAÇÃO
Tempo de exercício profissional na função para o cargo pretendido, sem sobreposição de tempo.	Acima de 1 até 2	2
	Acima de 2 até 4	4
	Acima de 4 até 7	7
	Acima de 7	10
TOTAL MÁXIMO DE PONTOS NA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	10 pontos	

Fonte: Edital de seleção EBSE RH - IBFC

A experiência profissional como critério de pontuação adicional colabora, inclusive, para os critérios de produtividade exigidos pela Empresa. Os editais vinculados à UFMA não pontuavam de forma diferenciada para a experiência profissional. Estes aspectos serão discutidos detalhadamente em seguida.

No que tange aos cargos de chefia vinculados à assistência direta à saúde, o contexto já difere. Segundo Girassol/UFMA:

“Hoje eu percebo que existe um certo favorecimento para o pessoal da EBSEH, pelo vínculo e por entenderem a lógica da instituição, por estarem submetidos a esse sistema, então eu vejo dessa forma, eu sei que tem pessoas com o vínculo UFMA que têm cargos de chefia, mas eu percebo um certo favorecimento das pessoas que tem vínculo EBSEH para que eles possam chegar a esses cargos”. (Girassol/UFMA).

Ao mesmo tempo, para a diretoria do Hospital, que possui objetivos vinculados à produtividade, torna-se mais útil conceber chefias que compreendam e possam favorecer o desempenho das metas que são específicas da EBSEH. Nesse sentido, uma outra diferenciação refere-se aos procedimentos de avaliação profissional a que funcionários concursados da UFMA e contratados da EBSEH são submetidos periodicamente.

Neste ponto em específico, destaca-se o fato de que aqueles vinculados à EBSEH disseram que o sistema de avaliação por metas é estendido para todos os funcionários da instituição, independentemente de vínculo, enquanto os profissionais concursados da UFMA afirmaram dispor de métodos avaliativos à parte e que, inclusive, não são exigidos elementos vinculados à produtividade no serviço.

Segundo Violeta/EBSEH:

“Hoje a gente trabalha com o sistema do GDC – Gestão de Desempenho por Competência, onde todo início do ano são fixadas 3 metas, de um modo geral, para a equipe. Dentro de cada meta são divididas 5 responsabilidades de metas, então no final das contas a gente tem 15 grupos de metas principais para cumprir. Mensalmente, a gente tem que entregar um relatório gerencial das atividades que a gente faz, hoje em média, esse gerencial dá umas duas laudas e deve ter em torno de uns 30 ou 40 indicadores, tanto de produção como indicadores de processos de execução, então hoje a gente é avaliado basicamente assim (...).Hoje tanto a UFMA também passa, eusei que eles são avaliados pelo mesmo programa que o nosso, não tem a mesma repercussão para eles na hora da progressão, da parte financeira, como tem para a gente, mas eles também passam”. (Violeta/EBSEH).

No entanto, segundo Bromélia/UFMA:

“Anualmente a Universidade fornece a avaliação de desempenho para nós profissionais fazermos uma auto-avaliação. O mesmo questionário é respondido pela chefia imediata. Daí se envia para a UFMA, nisso é dado uma pontuação geral e nós temos uma ascensão na nossa planilha de planos de cargos a cada 18 meses”. (Bromélia/UFMA).

Ainda, ao ser questionada sobre o sistema de avaliação por metas, Tulipa/UFMA afirma:

“No caso da EBSEH existe isso, no caso da UFMA não. Para eles progredirem a gente precisa ajudar, por que as metas são deles, a UFMA faz outro tipo. A gente por exemplo, nós somos avaliados todo ano e a gente aumenta de nível a cada 1 ano e meio de acordo com a minha avaliação. Se eu for muito bem avaliado, aí é automático, eles não. Eles têm metas, eles têm tudo isso aí, mas é para EBSEH, e não para UFMA”. (Tulipa/UFMA).

A inserção de indicadores de produção dentro dos HU pela EBSEH tem sido objeto de discussão no âmbito das políticas sociais. De maneira geral, em meio às tendências da

contrarreforma do Estado sobre o trato às expressões da “questão social”, tem predominado a tentativa de mercantilização das políticas, ao tempo em que se inserem dentro das instituições de prestação de serviços públicos os ditames empresariais.

Diariamente, a direção do HU-UFMA, assim como dos demais HU, tenta justificar a vigência da empresa. O elevado quantitativo de atendimentos é rotineiramente divulgado à sociedade sem que, junto a isso, analisem as condições trabalhistas que fizeram com que esses números fossem viáveis. Dentro desse contexto, o sistema de metas representa a metodologia capaz de sustentar as necessidades de publicidade e afirmação da EBSEERH dentro do Maranhão.

Figura 7- Atendimentos no HU-UFMA em 2018



Fonte: Site HU-UFMA/EBSEERH

O fato de haver tais diferenciações no que tange aos regimentos de trabalho, consequentemente, faz com que as reivindicações trabalhistas também sejam diferenciadas. Segundo Rosa/UFMA, ao abordar as greves trabalhistas da instituição afirma que “as reivindicações do povo da EBSEERH, de modo geral, são bem específicas deles, a questão do acordo coletivo de trabalho, que não se encaixa aqui no nosso critério”.

Muitos dos aspectos que configuram as condições de trabalho precarizadas no HU-UFMA já se apresentavam antes mesmo da entrada da EBSEERH, tendo em vista todo o histórico de disputa de concepções inerente à evolução das políticas de saúde apresentado anteriormente. Aspectos vinculados à infraestrutura da instituição, ausência de pessoal, de insumos ou outros equipamentos de trabalho. Lavanda/EBSEERH mencionou que:

“Como a maior parte dos processos de trabalho envolve trabalhar com a informação, avaliar terapias medicamentosas, planos terapêuticos, fazer confrontos, muito da dificuldade é que esses processos ainda são realizados de forma manual, a gente não tem ferramentas eletrônicas, e a gente acaba tendo que efetuar o mesmo registro em vários locais diferentes, então a falta de ferramenta eletrônica é um problema”. (Lavanda/EBSERH).

Sobre o quantitativo de profissionais:

“Hoje o que a gente tem é pouca quantidade de profissional. Como eu estou te dizendo, hoje eu estou com duas alas. Vou ficar com a ala feminina e a ala masculina, então acaba se sobrecarregando porque a gente tem uma quantidade de profissionais pequena para a quantidade de serviço. Como a gente abarca todo o hospital, então isso é uma das grandes dificuldades, precisa chamar mais, tanto que a gente tem vários setores fechados, ambulatoriais fechados, porque a gente teve que puxar os profissionais de lá para cumprir a parte interna. Então assim, a defasagem de profissional na nutrição hoje é bem grande, a chefia fica tentando colocar e tudo, mas é uma coisa mais burocrática”. (Tulipa/UFMA).

A grande questão é que estes são problemas que perduram desde o surgimento do Hospital mas que, diante da instalação da EBSERH, a diretoria havia se comprometido a solucionar. A ausência de profissionais foi mencionada por boa parte dos entrevistados. Consulta aos processos seletivos da Empresa permitiu identificar que o último processo seletivo foi realizado no ano de 2020 e que existem candidatos aprovados que sequer foram convocados. Muitos dos cargos, apesar da necessidade na rotina hospitalar, não tiveram vagas abertas, de modo que os candidatos concorreram a um Cadastro de Reserva.

Figura 8- Quantitativo de vagas na seleção do HU-UFMA/EBSERH

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA					
Código	Cargo/Especialidade	Total de Vagas	Vagas Ampla Concorrência	Vagas P.c.D. (*)	Vagas PNP: Pessoa Negra ou Parda (**)
400	ASSISTENTE SOCIAL	CR	-	-	-
431	CIRURGIÃO - DENTISTA - CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS	1	1	-	-
300	ENFERMEIRO	CR	-	-	-
348	ENFERMEIRO - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	2	1	1	-
356	ENFERMEIRO - SAÚDE DA MULHER - OBSTETRÍCIA	CR	-	-	-
357	ENFERMEIRO - SAÚDE DO ADULTO	CR	-	-	-
369	ENFERMEIRO - TERAPIA INTENSIVA - NEONATOLOGIA	CR	-	-	-
460	FARMACÊUTICO	1	1	-	-
480	FISIOTERAPEUTA	2	1	1	-
510	FONOAUDIÓLOGO	1	1	-	-
520	NUTRICIONISTA	2	1	1	-
530	PEDAGOGO	1	1	-	-
540	PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA	CR	-	-	-
550	PSICÓLOGO - ÁREA HOSPITALAR	CR	-	-	-

Fonte: Edital de seleção HU-UFMA – IBFC

Diante desse contexto, Gardênia/UFMA afirma que “eu achei que teve uma propaganda enganosa. Pintaram o hospital, fizeram e aconteceram, e acho que de fato mesmo não houve essas mudanças (...). Chegaram a pintar aqui, botaram ar condicionado, cama nova, e aí a gente pensou: agora vai melhorar. Só que quando entrou de fato...”. Muitos dos problemas, por não terem sido solucionados e por estarem no Hospital há muito tempo, são naturalizados por alguns profissionais, fato este que tende a dificultar a reivindicação de melhorias, como abordou Orquídea/EBSERH: “acho que apesar da cobrança a empresa facilita né, as dificuldades são as que todo hospital do SUS tem, questão de insumos, de material”.

Apesar disso, muitos dos aspectos de precarização vinculados às condições de trabalho no HU-UFMA surgiram em virtude da implementação da EBSERH. A própria questão da avaliação por cumprimento de metas, exemplificada anteriormente, tem feito com que, a partir da entrada da Empresa, o dispêndio de força de trabalho tenha sido elevado o que, conseqüentemente, representa um impacto negativo. Conseqüentemente, tem sido um fator que sobrecarrega profissionais e tende a impactar o âmbito da saúde mental dos funcionários.

“Eu percebo uma cobrança como se fosse uma instituição privada, as exigências de metas... Então percebo alguns funcionários estressados por conta dessa pressão do cumprimento de metas, coisa que a gente não via. Eu sinto uma certa pressão por esse alcance de metas, que eu acho que isso tem sido um ponto que tem fragilizado algumas pessoas”. (Girassol/UFMA).

Um dos elementos que chama a atenção diz respeito à sensação de “instituição privada” em meio ao HU-UFMA. O Código de Ética e Conduta da EBSERH (2017) não incorpora nenhum dos princípios e diretrizes que compõem o SUS, diferente disso, o foco do documento está

Este documento tem como inspiração a visão, a missão e os valores institucionais, entrelaçados com a ética nas condutas em suas diferentes dimensões, objetivando uma construção de identidade e imagem de uma organização reconhecida, com foco no trabalho inovador e de excelência, alinhado às boas práticas de governança corporativa e à comunicação transparente com todos os públicos com os quais a rede Ebserh se relaciona. (CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA – EBSERH, 2017, p. 5).

Não à toa, conforme explicado na seção anterior, a EBSERH se situa no âmbito da Reforma Gerencial do Estado que condena os preceitos de gestão pública e considera como ideal o padrão de gestão de empresas privadas. Ao adentrar nos HU, a EBSERH tem realinhado suas prioridades de modo que, em nenhum de seus documentos, o SUS, tal como foi concebido, é destacado.

O outro ponto da fala de Girassol/UFMA que merece análise diz respeito aos danos mentais ocasionados nos trabalhadores. É sabido que várias tendências do trabalho no capitalismo contemporâneo têm impactado a saúde mental dos indivíduos. Em meio aos fatores

de adoecimento mental no trabalho, Seligmann-Silva (2010, p. 187) destaca “as formas de organização do trabalho e políticas de gerenciamento que desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador, impondo-lhe frequentemente a anulação de sua subjetividade para que a produção não seja prejudicada e as metas estabelecidas sejam cumpridas”.

Conforme apontaram os trabalhadores, em conjunto com a inserção do regime de avaliação por metas, não foi inserido nenhum programa de acompanhamento psicológico, de modo que a Empresa não se responsabiliza por possíveis danos à saúde do trabalhador causados por suas metodologias de gestão. O único setor de acompanhamento à saúde do trabalhador da instituição não está voltado à reparação ou à prevenção de danos psicológicos, diferente disso, está voltado às perícias médicas que devem ser realizadas no caso de faltas.

Um outro ponto colocado foi que, com a chegada da Empresa, os processos de trabalho se tornaram mais burocráticos o que, conseqüentemente, tem feito com que os profissionais se desgastem para resolver problemáticas que antes eram de fácil resolução. Os serviços passaram a ter o “padrão EBSEH”, dessa forma, são iguais para todos os demais Hospitais vinculados à empresa no país. No entanto, a padronização tem viabilizado a burocratização dos serviços e a perda de autonomia dos profissionais.

“Antigamente a gente tinha muito mais acesso em termos de resolutividade no atendimento, agora a gente não tem mais, a gente fica de mãos atadas nos atendimentos, presos em situações que poderiam ser mais facilmente resolvidas. A gente fica acionando a rede amiga, porque a rede de saúde mesmo dentro do Hospital burocratizou, aí a gente fica pedindo pros colegas, coisas que antigamente a gente tinha mais acesso. “Ah não porque vai melhorar o número de pessoal”, eu vejo que é um problema eterno de número de profissionais”. (Gardênia/EBSEH).

A necessidade de padronização dos serviços enquanto fator de impacto na autonomia dos profissionais também refletiu de forma específica em algumas categorias:

“Agora uma coisa que aconteceu, que a EBSEH fez, que eu achei assim... Pra nutrição, houve um grande... É porque a gente trabalhava com Nutrição Clínica e Nutrição de Produção, nós da UFMA, antes da EBSEH chegar, a gente abarcava tudo. Então a gente era responsável tanto pela alimentação dos pacientes como pela triagem de avaliação, tudo do paciente. Então a gente tinha uma noção geral de tudo, quando a EBSEH chegou, ela quebrou a Nutrição. Então há uma Nutrição de Produção virada para a Hotelaria, e uma Nutrição virada para o paciente clínico. É muito ruim isso porque a gente precisaria que a Unidade abarcasse também a Nutrição de Produção. Na verdade, a Unidade quebrou, é como se tivesse se partido, e quem toma de conta da produção é a hotelaria, e aí é muito ruim ... Eles pensam que a Nutrição do paciente tem a ver com a questão de Hotelaria, então a Hotelaria tomou de conta da Nutrição, da Lavanderia... Isso pra gente é muito ruim, porque eles terceirizaram a Nutrição. Se eu tiver que fazer algum processo de pedido para lá eu tenho uma Hotelaria no meio. Isso às vezes é bem complicado para a gente, porque é uma questão que a gente não domina, então o que acontece? A gente recebe as reclamações de coisas que não é da nossa alçada. Outro dia o paciente quase me bate, porque a comida não era gostosa, o sabor não era bom, entendeu? Aí é muito difícil explicar para ele, porque o povo acha que Nutrição é tudo, então acaba a gente recebendo na ponta as reclamações. Isso tem a ver com o que foi feito pela própria EBSEH quando ela entrou, e aí é bem complicado, porque essa questão de cardápio,

de sabor, do que é feito lá embaixo, a gente não tem muito controle aqui” (Tulipa/UFMA).

Obviamente, nem todas as percepções apontam para aspectos negativos. Muito do ideário privado que ronda a EBSEH e que acaba invadindo o universo trabalhista do HU-UFMA também se relaciona ao fato de que muitos dos trabalhadores vinculados à Empresa a defendem, e “vestem a camisa” da mesma. Zarifan (2002) se utilizou da denominação “engajamento subjetivo” para conceituar os mecanismos de conquistar a subjetividade de assalariados, processo que colabora com a adesão dos trabalhadores aos objetivos da organização.

“Eu percebo o quão nós estamos mais preocupados em evidenciar o trabalho que nós estamos prestando, e fazer melhorias, discutir sobre o trabalho que está sendo feito e o que ainda pode fazer. Não só na questão da assistência, como na missão do Hospital que é formar profissionais, então eu percebo que a administração da EBSEH tem um cuidado, uma orientação, um incentivo muito grande pra que a gente discuta todos os trabalhos que são realizados aqui e como a gente pode melhorar. Mesmo a gente tendo dificuldade em bater as metas, há sempre um incentivo, há sempre uma discussão e isso pra mim eu achei que foi muito importante e muito bom”. (Azaléia/EBSEH).

Algumas falas, a exemplo desta, trazem uma avaliação positiva da Empresa, mas, ao mesmo tempo, pontuaram inúmeras falhas sobre a gestão da instituição. O (a) mesmo participante que avaliou positivamente a atuação da EBSEH também mencionou que:

“A gente tem dificuldade no acolhimento, no ensino, na abordagem, nas estratégias metodológicas que nós usamos com os estagiários e com os residentes, porque como nós somos poucos, nem sempre a gente consegue dar a atenção que os residentes e os estagiários precisam. Pode ser que eles tenham alguma necessidade a mais no processo de qualificação, e a gente fica sem poder fornecer, o que é muito ruim, já que a primeira missão do Hospital é formar os profissionais. Outra dificuldade é em fazer pesquisa, como a gente está a tanto tempo dedicado na assistência, ao serviço dodia-a-dia, tirar um tempo para elaborar um projeto de pesquisa, esperar correr todos os trâmites no Comitê de Ética, colocar uma pesquisa em andamento, reservar um tempo para a pesquisa, ou para qualquer outra atividade de extensão também, é difícil porque há uma demanda grande de serviço. Então por exemplo, até uma palestra que a gente vai dar ou uma reunião que a gente vai participar de chefia, de comissões – que há várias comissões que são obrigatórias de se ter no Hospital – é difícil para a gente participar, porque a assistência demanda muito. Então no momento em que eu estou assistindo uma palestra, assistindo um curso, alguma coisa de capacitação ou de comemoração, aquilo já me tira da assistência e já pode comprometer muito o serviço prestado ao paciente, não há profissionais suficientes”. (Azaléia/EBSEH).

Algumas avaliações positivas sobre a entrada da Empresa se devem ao fato de que, apesar de haver defasagem no quantitativo profissional, a situação era ainda pior antes da mudança de gestão.

“Os primeiros colegas da Fisioterapia entraram em 2014 e isso facilitou a nossa rotina, a demanda de trabalho. Eu fiquei num serviço aqui por uns 9, 10 anos sendo a única responsável pela Pediatria, pelo serviço de fisioterapia que nós tínhamos. Os residentes eram em uma média de 2. Na manhã nós tínhamos toda uma demanda, ficava muito difícil pra mim me ausentar, aquele sentimento de culpa. Como que vou sair 15, 10 dias? E o serviço vai ficar como? Aí tinha que vir um profissional de um

outro setor atender à demanda da Pediatria que não é pequena. Então com a EBSEERH, só de eu saber que viria pelo menos mais 1, mais 2, mais 3... Pra mim foi uma benção saber que eu poderia dividir 10, 15, 20 pacientes com outra colega, então foi maravilhoso saber que isso facilitaria o meu trabalho, a qualidade, saber que eu teria tempo para lancher, porque eu ficava muito atarefada, e eram pacientes críticos. A Urgência era de portas abertas então nós recebíamos pacientes críticos aqui, com insuficiência respiratória, na enfermaria”. (Bromélia/UFMA).

Ainda:

“De fato, o HU-UFMA, assim como os outros HU, estava e ainda estão sucateados. Mas isso é uma realidade tanto dos HU, quanto de outras instituições públicas né? Claro que o ideal seria que não houvesse necessidade da criação de uma empresa pública para gerir os HU, mas assim, eu creio que vendo a questão dos novos profissionais, teve um novo ânimo pro HU. Eu não me desfaço do nosso trabalho, mas fazendo o comparativo, a gente tem menos direitos do que um profissional estatutário. Se fosse para eu fazer uma escolha eu gostaria de ser estatutária ao invés de ser uma empregada, seria melhor”. (Amarílis/EBSEERH).

Esta fala em específico é um tanto quanto interessante por conciliar com uma análise feita por Ricardo Antunes em *“O Privilégio da Servidão (2018)”*. Na obra, o autor aborda o fato de que uma das principais tendências no capitalismo contemporâneo é o desemprego estrutural e a consequente formação de um “exército industrial de reserva”. Devido à falta de vagas no mercado de trabalho e os desmontes legislativos que facilitam os processos de demissão, os trabalhadores tendem a aceitar as condições precárias de trabalho tão características do atual regime de Acumulação Flexível.

Diante desse contexto, a expressão “privilégio da servidão” se deve ao fato de que poucas pessoas estão empregadas, disso resulta o uso do termo “privilégio” para aqueles que conseguem se manter no mercado formal de trabalho, mas, ainda que empregadas, devem se sujeitar às condições de trabalho desumanas e a um sistema de exploração capitalista que as colocam em posição de “servidão”. Na fala de Amarílis/EBSEERH há claramente o reconhecimento de que a sua situação de trabalho e de que o seu vínculo empregatício não são os ideais. No entanto, é o vínculo que ela possui disponível para executar os seus processos de trabalho e, consequentemente, garantir os seus meios de reprodução social.

Diante de tais situações, entende-se que o HU-UFMA representa terreno passível de organização política dos trabalhadores em prol das melhorias nas condições de trabalho. Lênin (1899) já sinalizava que as greves surgem no capitalismo devido às próprias contradições impostas pelo sistema, de modo que um trabalhador, sozinho, não possui os mecanismos necessários para confrontar um arcabouço de exploração. No entanto, quando os trabalhadores se organizam e juntos se recusam a continuar prestando serviços sem garantias básicas, as reivindicações se tornam mais viáveis e passíveis de serem acatadas.

Trazer a discussão da greve para o contexto da saúde, envolve considerar algumas peculiaridades. De início, esta pesquisa já demonstrou que a Política de Saúde no Brasil

encontra-se em um processo de desmonte que envolve, sobretudo, o sub financiamento do seu funcionamento. Consequentemente, não se tem a disponibilidade orçamentária para financiar o quantitativo ideal de profissionais da saúde, de tal modo que, conforme apontado acima, o HU-UFMA não dispõe de funcionários o suficiente que possam sustentar o funcionamento adequado da instituição.

Em meio aos mecanismos de greve, a paralisação dos trabalhadores representa uma das principais ferramentas capazes de pressionar os órgãos no reconhecimento de seus direitos. Para um ambiente estruturalmente já defasado em termos de quantitativo de profissionais, a greve representa a redução de mão-de-obra e, consequentemente, a redução de atendimentos em uma política pública vital e de demanda crescente na sociedade. Consequentemente, muitos profissionais da saúde não se sentirão confortáveis para participar de movimentos grevistas.

No caso dos HU com gestão vinculada à EBSEH, tal qual o HU-UFMA, os movimentos grevistas não serão uniformes, tendo em vista que os funcionários concursados da UFMA, enquanto funcionários públicos, devem, quando necessário, se organizar para exigir melhorias do Estado, enquanto àqueles vinculados à EBSEH se voltam à própria direção (direção da EBSEH nacional quando o movimento for organizado nacionalmente, e EBSEH – Maranhão quando o movimento for unicamente sobre condições relativas ao HU-UFMA), para realizarem suas reivindicações. As percepções apontam que:

“O que eu sinto é que assim, dentro da farmácia, a gente nunca foi privado de participar ou de compor o movimento de greve, mas sempre precisava se reportar ao RH e à chefia quem estava participando. A gente nunca teve uma negativa de dizer: não participa. Então, eu acho que sim, o pessoal tem a liberdade, mas por um lado sempre se sabe que ocorre a situação de entrar em greve e depois ter que compensar as horas, a gente já sentiu isso antes. Outras manifestações, que não as greves, eu não me recordo de nenhuma... O RH sempre tinha uma posição, dependendo da sede, sempre vinha uma posição mais dura, principalmente para os afastamentos”. (Lavanda/EBSEH).

O fato de haver a obrigatoriedade, por parte da direção da Empresa, de compensação de horas após o período de realização da greve, acaba se tornando um empecilho para aqueles que sentem a necessidade de compor algum movimento grevista. Consequentemente, representa um fator de impedimento à organização trabalhista dos funcionários vinculados à EBSEH.

No caso dos profissionais da UFMA, apesar de atestarem ter condições para a organização política, alguns profissionais afirmam não sentir necessidade de se organizar em movimentos de greve, segundo Bromélia/UFMA mencionou: “eu nunca participei, nunca senti necessidade”. Por muitas vezes, estes profissionais perpassam a percepção de que quem é vinculado à UFMA não teria tantas motivações para se organizar, diferente daqueles vinculados à EBSEH.

“Aqui a gente nunca se meteu. O que acontece é que mesmo quando tinham as greves da UFMA, greve de professor, greve dessas coisas, a gente como fica aqui dentro do hospital a gente tem muito essa questão do paciente, de cuidar... A nutrição nunca entrou em greve de nada, assim, nós da UFMA, mas eles têm, a EBSEH tem, a EBSEH para, é outro regime, totalmente diferente”. (Tulipa/UFMA).

Uma das falas trouxe um recorte atual no que tange às organizações das greves. Segundo Orquídea/EBSEH:

“Como a gente tem o sindicato né? Atualmente, nesses últimos dois anos, não tem tantas condições mais porque é descontado como se fossem dias de falta, o cenário político atual não permite tanto como em anos anteriores. Mas assim, a gente tem condições de fazer greve pelo sindicato, os trabalhadores que são sindicalizados, porque os sindicatos negociam as faltas nos dias de greve, mantendo sempre a porcentagem mínima do serviço para não parar, mas ultimamente tem sido mais complicada essa questão porque têm sido mais duras as penalidades”. (Orquídea/EBSEH).

O fato de o vínculo estabelecido pela EBSEH ser regido pela CLT faz com que seus trabalhadores estejam suscetíveis às constantes reformas que têm atingido, principalmente, os trabalhadores celetistas desde a década de 1990 no país. Da mesma forma, por ser uma empresa comandada por diretores, a postura mais aberta, ou não, vai variar conforme as permissões e aberturas dadas por essas direções, daí se justifica um dos aspectos de privatização que tem caracterizado o HU-UFMA, uma vez que o Estado deixou de decidir de forma direta para colocar os processos decisórios nas mãos dos indivíduos que ocupam os cargos de direção.

Nos últimos dois anos, período destacado por Orquídea/EBSEH, Oswaldo de Jesus Ferreira, general da reserva do Exército Brasileiro, é quem está no comando nacional da Empresa. Tendo em vista a postura adversa à organização trabalhista que tem predominado no Governo Federal, os diretores e secretários escolhidos tem seguido a mesma postura.

Os profissionais que possuem o hábito de se organizar em greves, nos dois âmbitos, destacaram a relevância da figura dos sindicatos:

“Eu já participei de alguns movimentos, eu acredito que a gente tem essas condições até porque existe um sindicato, existe toda uma estrutura de movimento grevista, de movimento sindical, que eu acho que a partir desses movimentos sindicais que a gente se sente mais seguro para estabelecer essas manifestações”. (Girassol/UFMA).

As alterações trabalhistas iniciadas no Brasil a partir da década de 1990, conforme apontado ao longo deste trabalho, intentaram aumentar a produtividade dos trabalhadores ao tempo em que se reduz o investimento em mão-de-obra na tentativa de potencialização dos lucros. Muitos dos desmontes legislativos atuaram, de maneira específica, sobre as atuações dos sindicatos e suas participações nos processos decisórios entre patrões e empregados.

O ponto trazido pelos trabalhadores, no que tange à segurança em participar das greves em virtude dos sindicatos, demonstra o porquê de, desde o início da execução dos ditames

gerenciais, os sindicatos estarem sendo alvo de legislações que tentam deslegitimá-los. Tanto para o Estado, quanto para os patrões, não é algo proveitoso ter parte ou todos os seus trabalhadores afastados das atividades laborais em virtude de organizações políticas que, de maneira geral, buscam a garantia ou a efetivação de direitos, em outras palavras, mais investimento financeiro em segurança trabalhista.

Um outro impacto nas condições de trabalho trazido com a implementação da EBSEH diz respeito à redução dos salários em comparação com os editais da UFMA vigentes até a entrada da Empresa. Segundo Rosa/UFMA:

“Na UFMA é assim, todo mundo que entrou, quem entrou comigo, independente do cargo, ou médico, ou enfermeiro, qualquer profissional de nível superior, o salário é igual, então se tinha um salário para nível superior. Na EBSEH me parece que é diferenciado, é por categoria, então o valor de enfermeiro é um, de nutricionista é outro, não é uniforme, eu acho isso meio complicado. Todo mundo que entrou comigo entrou ganhando o mesmo salário, eu acho isso mais justo”. (Rosa/UFMA).

Segundo os documentos que compõem a última seleção de profissionais da EBSEH, os editais voltados à área médica e à área assistencial não compõem o mesmo documento e, além disso, possuem critérios de remuneração diferenciados. No que tange ao Edital referente à seleção para a área médica, todos os aprovados para os cargos vinculados à Medicina receberão os vencimentos equivalentes a \$8.747, 57,00 para trabalharem durante 24 horas semanais:

Figura 9- Remuneração da categoria médica

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA							
Código	Cargo/Especialidade	Total de Vagas	Vagas Ampla Concorrência	Vagas P.c.D. (*)	Vagas PNP: Pessoa Negra ou Parda (**)	Carga Horária Semanal	Salário Mensal
006	MÉDICO - ANESTESIOLOGIA	10	7	1	2	24h	R\$ 8.647,57
013	MÉDICO - CARDIOLOGIA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
017	MÉDICO - CIRURGIA CARDIOVASCULAR	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
020	MÉDICO - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
023	MÉDICO - CIRURGIA GERAL	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
024	MÉDICO - CIRURGIA PEDIÁTRICA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
025	MÉDICO - CIRURGIA PLÁSTICA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
029	MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA	2	1	1	-	24h	R\$ 8.647,57
033	MÉDICO - DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - ULTRASSONOGRAFIA GERAL	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
040	MÉDICO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
046	MÉDICO - GENÉTICA MÉDICA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
047	MÉDICO - GERIATRIA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
048	MÉDICO - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
052	MÉDICO - HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENZIONISTA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
055	MÉDICO - INFECTOLOGIA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
068	MÉDICO - MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
069	MÉDICO - MEDICINA INTENSIVA	4	2	1	1	24h	R\$ 8.647,57
070	MÉDICO - MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	3	1	1	1	24h	R\$ 8.647,57
073	MÉDICO - MEDICINA PALIATIVA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
078	MÉDICO - NEONATOLOGIA	4	2	1	1	24h	R\$ 8.647,57
079	MÉDICO - NEUROCIRURGIA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
080	MÉDICO - NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
084	MÉDICO - NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
086	MÉDICO - NUTROLOGIA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
089	MÉDICO - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
090	MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
091	MÉDICO - PATOLOGIA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
094	MÉDICO - PEDIATRIA	2	1	1	-	24h	R\$ 8.647,57
095	MÉDICO - PNEUMOLOGIA	1	1	-	-	24h	R\$ 8.647,57
096	MÉDICO - PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
099	MÉDICO - PSIQUIATRIA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57
110	MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	CR	-	-	-	24h	R\$ 8.647,57

Fonte: Edital de seleção do HU-UFMA – IBFC

No caso da área assistencial, foco de análise desta pesquisa:

Figura 10- Remuneração das categorias assistenciais

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-UFMA							
Código	Cargo/Especialidade	Total de Vagas	Vagas Ampla Concorrência	Vagas P.c.D. (*)	Vagas PNP: Pessoa Negra ou Parda (**)	Carga Horária Semanal	Salário Mensal
400	ASSISTENTE SOCIAL	CR	-	-	-	30h	R\$ 4.725,21
431	CIRURGIÃO - DENTISTA - CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS	1	1	-	-	30h	R\$ 5.575,99
300	ENFERMEIRO	CR	-	-	-	36h	R\$ 6.690,39
348	ENFERMEIRO - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	2	1	1	-	36h	R\$ 6.690,39
356	ENFERMEIRO - SAÚDE DA MULHER - OBSTETRÍCIA	CR	-	-	-	36h	R\$ 6.690,39
357	ENFERMEIRO - SAÚDE DO ADULTO	CR	-	-	-	36h	R\$ 6.690,39
369	ENFERMEIRO - TERAPIA INTENSIVA - NEONATOLOGIA	CR	-	-	-	36h	R\$ 6.690,39
460	FARMACÊUTICO	1	1	-	-	40h	R\$ 6.300,28
480	FISIOTERAPEUTA	2	1	1	-	30h	R\$ 4.725,21
510	FONOAUDIÓLOGO	1	1	-	-	30h	R\$ 4.725,21
520	NUTRICIONISTA	2	1	1	-	40h	R\$ 6.300,28
530	PEDAGOGO	1	1	-	-	40h	R\$ 5.339,00
540	PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA	CR	-	-	-	40h	R\$ 5.339,00
550	PSICÓLOGO - ÁREA HOSPITALAR	CR	-	-	-	40h	R\$ 5.339,00

Fonte: Edital de seleção do HU-UFMA – IBFC

Não consta, nem nos documentos relacionados à seleção, nem nos regimentos oficiais da EBSEERH, o porquê de categorias que possuem a mesma carga-horária de trabalho receberem salários diferentes. Profissionais como assistentes sociais, buco-maxilos, fisioterapeutas, e fonoaudiólogos são contratados para trabalharem por 30 horas semanais, no entanto, o salário dos profissionais buco-maxilos é maior. Da mesma forma, farmacêuticos e nutricionistas são contratados para trabalharem por 40 horas e possuem o salário menor em relação aos enfermeiros que trabalharão por 36 horas semanais.

Quando se analisa o comparativo com a categoria médica, a discrepância é ainda maior, uma vez que, dentro da instituição, são os profissionais que possuem a menor carga-horária da instituição ao tempo em que possuem os maiores salários. Nesse sentido, torna-se evidente que a entrada da EBSEERH dentro do HU-UFMA configurou o aumento das desigualdades entre os trabalhadores, ao tempo em que reduziu os salários. No que tange à progressão salarial, Tulipa/UFMA aborda que

“A gente é totalmente diferente, por exemplo, se eu chegar com o Mestrado eu já aumento de nível, porque meu Plano de Carreiras e Salários é da UFMA, eles não, eles têm que passar por um crivo, é uma briga mesmo... eu não consigo entender como que funciona mas é diferente. Então para eles aumentarem tanto horizontal, como vertical, é diferente do nosso vínculo UFMA” (Tulipa/UFMA).

Todas essas divergências, assim como as alterações trazidas de forma direta com a EBSEH, ocasionaram impactos no cenário de trabalho e, conseqüentemente, acabaram por impactar as relações de trabalho desenvolvidas no âmbito da instituição. É o que será tratado no ponto a seguir.

4.2 Impactos sobre as relações de trabalho

Preliminarmente à análise sobre os impactos nas relações de trabalho torna-se necessário explicar um ponto central dentro deste universo. Antes da chegada da EBSEH ao HU-UFMA, paralelamente aos concursados da UFMA, havia uma categoria de contratados da Fundação Josué Montello, instituição vinculada à Universidade. Estes profissionais compunham desde os cargos técnico-administrativos até às áreas médicas e assistenciais da saúde. A Fundação foi criada em 1996 no intuito de dar suporte ao HU-UFMA e, desde então, era responsável por auxiliar a UFMA nos processos de gestão, prestação de serviços, e contratação de pessoal. Nesse sentido, até 2013, ano de implementação da EBSEH, já havia um corpo profissional instaurado na instituição por um bom tempo, vinculado à Fundação.

Com a abertura do primeiro processo seletivo da EBSEH, muitos trabalhadores vinculados à Fundação, na tentativa de continuarem empregados e vinculados ao Hospital, se inscreveram. Alguns dos (as) participantes desta pesquisa, inclusive, foram vinculados à Fundação e, após aprovação no seletivo, conseguiram permanecer no Hospital vinculados à EBSEH. Mais à frente a percepção destes trabalhadores será assinalada.

Junto a este fato, um outro contexto importante de ser mais uma vez mencionado diz respeito ao processo de instauração da EBSEH no Maranhão. Como apontado, os corpos docente e discente da Universidade não tiveram seus posicionamentos considerados. Da mesma forma, não houve a anuência dos trabalhadores vinculados à UFMA que já estavam na instituição.

Este contexto inicial é útil para situar o universo de relações de trabalho que já surge estremecido quando da chegada da EBSEH na instituição. O primeiro ponto a ser mencionado diz respeito ao fato de que, tanto os trabalhadores concursados da UFMA, quanto aqueles vinculados à Fundação, já integravam o HU-UFMA a um tempo significativo. Os processos de trabalho eram desenvolvidos por equipes interligadas e compostas por trabalhadores de convívio diário e, dessa forma, habitual.

Para além de todos os retrocessos à saúde pública trazidos com a EBSEH, a chegada da Empresa representava, necessariamente, a demissão dos profissionais vinculados à

Fundação. Dessa forma, além de atentar contra o SUS, a chegada da EBSEERH também ocasionou o desligamento de colegas de trabalho daqueles que já estavam há anos na instituição. Não foi um processo rápido e instantâneo, longe disso, a cada novo Edital – EBSEERH um novo grupo de profissionais da Fundação era demitido até que, segundo os atuais profissionais e a direção do HU-UFMA/EBSEERH, se chegasse à situação atual: todos os funcionários da Fundação Josué Montello desligados e substituídos pelos aprovados nos seletivos da EBSEERH.

Avaliar as relações entre os seres humanos implica analisar um conjunto de fatores que envolvem a família, os laços afetivos, os comportamentos, as emoções e o ambiente social onde os indivíduos estão inseridos. Estas relações interpessoais em que a existência ou disponibilidade das pessoas em confiar, demonstrar preocupação com o outro, valorizar, comunicar-se, ajudar, assistir com os recursos disponíveis, resume o que seja apoio social ou suporte social. (FONSECA et al., 2013, p. 45).

Para Fonseca et al. (2013), as relações interpessoais no âmbito do trabalho serão decisivas na composição do círculo social, profissional e pessoal dos trabalhadores. No dia-a-dia, dentro do espaço laboral, profissionais que firmaram entre si laços de amizade tendem a se apoiar em momentos difíceis e buscar apoio para a resolução de possíveis problemáticas que integram os processos de trabalho. De maneira geral, compreende-se que tais relações interpessoais tendem a colaborar, inclusive, no desenvolvimento dos objetivos da própria instituição.

Diante desse contexto, a demissão de profissionais que haviam firmado o desenvolvimento de relações interpessoais no âmbito do HU-UFMA representou a insatisfação tanto das pessoas que foram alvo de demissões, quanto dos trabalhadores que ficaram fragilizados com a ausência de pessoas essenciais nas relações desenvolvidas até então.

Este fato, em específico, fez com que a chegada dos primeiros aprovados da EBSEERH fosse um tanto quanto tumultuada. O cenário era desenhado por profissionais da UFMA que viam os colegas de trabalho demitidos, funcionários da Fundação, na certeza de que também seriam desligados, e a EBSEERH operando a lógica empresarial nos processos de gestão e organização do corpo profissional.

Diante desse processo, Amarilis/EBSEERH que entrou em momento menos conturbado, afirma que:

“O meu processo eu creio que foi diferente das demais colegas, porque eu já cheguei na última chamada do primeiro concurso, então eu sempre escuto relatos de que eu cheguei num momento... digamos que estava mais amigável. O que eu escuto muito é de que havia um certo estranhamento por conta de ser uma Empresa Pública, e que vinha tendo todas essas questões, do sucateamento do Hospital e tudo, e que era visto como uma perda de direitos. Só que, o que eu escuto até hoje, é que as pessoas não souberam diferenciar a figura do profissional que estava ali, da figura da Empresa. Então as relações tinham muitos choques, entendeu? Só que eu já cheguei já em 2016, já vencendo o último prazo pra ser chamada. Aí eu cheguei num momento mais confortável. As meninas já tinham chegado e mostrado, pelo menos a minha categoria profissional, a que veio”. (Amarilis/EBSEERH).

Sobre este aspecto em específico, muitas falas coincidem. Segundo Begônia/EBSERH: “alguns profissionais da UFMA evitavam conversar comigo, não me repassavam informações importantes sobre a rotina de trabalho e isso muitas vezes atrapalhava o andamento do serviço. Hoje em dia as coisas estão mais tranquilas”.

São comuns os comentários sobre o ambiente hostil no qual chegaram os primeiros aprovados do seletivo. Por muitas vezes, aspectos vinculados à divergência de direitos apontados no tópico anterior motivaram a vigência de relações estremecidas. Ao mencionar o modelo de regime de trabalho da EBSERH, Gardênia/UFMA afirma: “Entrou um monte de gente que, ao meu ver, cheios de direitos, porque são regime CLT, ganham dobra nos dias de feriados, ganham abono de não sei das quantas, é tanto direito de tanta coisa”.

Nesse sentido, apesar da passagem de tempo desde a implementação da Empresa, ainda é comum encontrar pela instituição profissionais que não compactuam com a EBSERH, nem com sua forma de gestão. Consequentemente, as relações de trabalho entre funcionários que pertencem a regimes distintos podem ser prejudicadas, tendo em vista que muitos levam essas divergências para o dia-a-dia da rotina de trabalho.

Alguns profissionais justificam que quando a Empresa entrou, passou a haver o favorecimento de tratamento para os profissionais que eram vinculados à EBSERH, de modo que, em muitos aspectos, os profissionais da UFMA não tinham a quem recorrer.

“Como eu já estou na instituição há mais de dez anos, vivi o momento em que os vínculos da UFMA eram maioria. Quando entrou a EBSERH, eu percebi uma diferença principalmente na forma como nós, que temos o vínculo UFMA, fomos tratados no início. Assim ... eu tinha uma sensação de abandono no início desses processos, principalmente na instalação da EBSERH, e a gente às vezes não tinha para quem recorrer. Existia um funcionário que tratava das nossas questões, um auxiliar administrativo, com a saída dele a gente viveu um período que tínhamos que ir ao campus para resolver coisas pertinentes ao hospital”. (Girassol/UFMA).

Entende-se que este foi um mecanismo utilizado para legitimar a permanência da empresa no HU-UFMA. Assim que a EBSERH iniciou suas atividades na instituição ainda havia rumores de que ela não ficaria por muito tempo, estavam em trâmites medidas judiciais que tentavam inviabilizar a permanência da Empresa e, desse modo, sua permanência foi desacreditada por muitos trabalhadores.

Até hoje, discutir sobre a entrada da EBSERH dentro da instituição representa, para alguns, abordar algo delicado. Inclusive, muitos profissionais, ao entenderem o tema desta pesquisa, visivelmente, não se sentiram à vontade e responderam às perguntas de maneira monossilábica. No entanto, para outros, representou a oportunidade de explicar o que tem sido a vigência da Empresa para os trabalhadores. Durante a coleta de dados, uma funcionária que

não estava inserida no grupo de participantes, ao ouvir o teor da pesquisa, pediu que a percepção dela fosse inserida. O (a) trabalhador (a) é vinculado à EBSEH mas compreende, frente a sua vivência na Unidade e em conversas com profissionais que já estavam na instituição, que houve pioras. Segundo o (a) referido (a):

“Faltam insumos, não é uma coisa que tenha sido resolvida. A EBSEH entrou com a proposta de resolver o problema de gestão do Hospital, no entanto a gente que está aqui na ponta não considera que tenha sido resolvido. Para vários setores do hospital falta material, faltam insumos, inclusive pessoal. Interferiu nos vínculos, nas relações, nas formas de organização do trabalho. Eu sou assistente social, antes a gente tinha uma Coordenação de Serviço Social, não tem mais, então está cada profissional na sua ilha, entendeu? A gente não tem uma articulação, então a nossa avaliação não é positiva com a entrada da EBSEH não”.

Ao separar, através de mecanismos de gestão, os funcionários que compõem a mesma categoria profissional, percebe-se a execução de uma estratégia intrínseca ao capitalismo. Lessa (1999) menciona que, o capital, devido aos seus processos de acumulação, tenta agir sobre os trabalhadores através de dominação ideológica, de modo que, compreende-se que trabalhadores articulados e que socializam as situações de exploração tendem a estar mais aptos às mobilizações políticas contra os sistemas de dominação. No âmbito da EBSEH, o fato de os trabalhadores se encontrarem “ilhados”, conforme apontou o (a) participante, é um fator que facilita a desarticulação trabalhista e, conseqüentemente, qualquer mobilização que poderia surgir do contato no âmbito de cada categoria.

Como apontado no tópico anterior, existem divergências de percepções, conforme afirma Margarida/EBSEH diante da entrada da EBSEH: “acredito que é mais organizado, não sei como era antes, acredito que seja mais organizado, estruturado, padronizado. Para quem gosta de coisas padronizadas, acredito que ficou muito bom dessa forma o funcionamento das coisas, o fluxo melhorado”. No entanto, esta pesquisa averiguou a percepção de dois profissionais que em momento passado estiveram vinculados à Fundação Josué Montello e que hoje, após aprovação em seletivo, estão no HU-UFMA vinculados à EBSEH. A primeira percepção considera que:

“Com a entrada da EBSEH o que a gente sentiu é que a gente fica mais dependente dos posicionamentos de Brasília. Antes a gente conseguia resolver muita coisa dentro do Hospital, e hoje há posicionamentos e decisões que vêm de Brasília, e às vezes essas decisões não entendem algumas peculiaridades daqui. O RH acaba passando para a gente situações que se vivenciou em um outro Hospital, e acaba trazendo isso para cá, então isso a gente sente. Acabam trazendo um rigor mais pesado que a gente já teve, inclusive na Farmácia, funcionários que preferiram largar o concurso (EBSEH). Conheço pelo menos dois farmacêuticos que preferiram. Eles tinham outros concursos, mas que até pagavam menos, mas preferiram sair daqui. E não era de se dizer que eram pessoas que não cumpriam a carga-horária, que não faziam suas atividades. Eram pessoas boas, mas preferiram sair daqui por toda vez, a cada ano que passa, a gente ter novas determinações, novas sanções em relação a antes. E isso vai

acabando desgastando. Hoje já custou a saída de colegas que preferiram ficar em outro emprego que ganhavam menos, do que ter que conviver com a cada ano uma nova determinação, um novo rigor, para condição das relações de trabalho. Com a fundação era mais fácil negociar com o RH, hoje é mais difícil”. (Lavanda/EBSERH).

Alguns pontos nessa fala merecem ser contextualizados. O primeiro aspecto diz respeito à contradição da noção de padronização dos aspectos de gestão implementados pela EBSERH, uma vez que se tenta disseminar para todos os HU/EBSERH do país os mesmos parâmetros de organização do trabalho, ao tempo em que, esta mesma tentativa de igualar processos, tem feito com que a cada ano novas medidas sejam implementadas. Desse modo, as tentativas de padronização de organização do trabalho têm ocasionado efeito reverso, de tal forma que não tem conseguido firmar um modelo de formatação dos processos de trabalho.

O outro ponto está relacionado à necessidade de se embasar em situações externas para desenhar um modelo de prestação de serviço estadual, tendo em vista que o SUS delimita a hierarquização e regionalização da saúde, onde o HU-UFMA representa a referência da alta complexidade para o estado do Maranhão. É importante considerar que as situações de saudabilidade e adoecimento estarão relacionadas às condições de desenvolvimento da sociedade, “tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Essas condições não serão iguais para todos os estados do Brasil e, tendo em vista os baixos índices de desenvolvimento humano e social do Maranhão, entende-se que os processos de trabalho desenvolvidos no âmbito da saúde estarão habituados para casos que nem sempre serão padrões para o resto do país.

Merece destaque também o fato das demissões voluntárias. Este aspecto em específico demonstra o impacto das relações de trabalho no dia-a-dia do trabalhador. Ao destacar os elementos necessários à viabilidade do trabalho, Marx (2017) menciona:

Isso não significa que ele (trabalho) se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele realiza neste último, ao mesmo tempo, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, o tipo e o modo de sua atividade e ao qual ele tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção do trabalhador durante a realização de sua tarefa, e isso tanto mais quanto menos esse trabalho, pelo seu próprio conteúdo e pelo modo de sua execução, atrai o trabalhador, portanto, quanto menos este último usufrui dele como jogo de suas próprias forças físicas e mentais (MARX, 2017, p. 188-189).

Nesse sentido, o desenvolvimento dos processos de trabalho exige do trabalhador mais do que as condições físicas para “produzir”. A finalidade empreendida na execução do trabalho depende de uma vontade direcionada, de esforços mentais que façam com que as atividades

laborais sejam viáveis. Diante da fala supracitada, percebe-se que as alterações nos padrões de gestão foram elementos que inviabilizaram a permanência de trabalhadores na instituição, de modo que, apesar das necessidades de salário, tornou-se insustentável para os funcionários a adequação ao sistema de gerenciamento executado.

Ainda, Antunes (2009) analisa que o trabalho, além de proporcionar a sobrevivência em uma sociedade capitalista, também representa a aquisição de sentido para a vida dos indivíduos que desenvolvem no âmbito trabalhista suas relações sociais e realizações pessoais. Desse modo, quando se perdem os aspectos que garantem a auto realização do trabalhador, manter-se no ambiente de trabalho pode se tornar inviável para alguns indivíduos.

A percepção de Lavanda/EBSERH, que também possuiu vínculo com a Fundação, coincide com o posicionamento de Acácia/EBSERH:

“Eu acho que a gestão não tem nas mãos os processos de trabalho claros, existem muitas mudanças, hoje as coisas funcionam assim, amanhã funcionam de outro jeito, e eu não vejo, o mais importante, uma melhoria significativa para o paciente. Eu não posso dizer que hoje o HU-UFMA é melhor do que ele era antes, ao contrário, às vezes eu percebo algumas discontinuidades que atrapalham o nosso principal objetivo que é servir a população”. (Acácia/EBSERH).

Importante mencionar que dentro do HU-UFMA ser um profissional vinculado à Universidade não representa ter uma posição contrária à vigência da EBSERH, uma vez que muitos dos profissionais concursados da UFMA foram beneficiados com a entrada da Empresa através de cargos de direção ou outras funções que são melhor remuneradas que aquelas antes desempenhadas. Além disso, existem os profissionais que, mesmo sem terem sido contemplados como novos cargos, por questão de amizade ou afinidade com os ideais da novadireção, não só concordaram como passaram a agir conforme os preceitos estabelecidos pela EBSERH.

Segundo Girassol/UFMA:

“Eu cheguei a ir no mesmo setor, com as mesmas solicitações à mesma funcionária. Em um primeiro momento a EBSERH ainda não estava aqui, e no segundo já estava. Essa mesma funcionária teve uma postura totalmente solícita, quando a EBSERH ainda não estava aqui, e depois sequer me ouviu. É como se a lógica da Empresa tivesse feito uma lavagem cerebral nela. Minhas duas solicitações envolviam eu ter que me afastar de uns dias do Hospital. Quando ainda era a gestão da UFMA ela ouviu a minha solicitação e se esforçou para solucionar, já no segundo momento...”. (Girassol/UFMA).

Girassol/UFMA mencionou que a Empresa mantém posturas que tentam integrar seus funcionários aos seus objetivos. Segundo Kramer e Faria (2007), “o fato de um indivíduo estabelecer vínculos com a organização não garante que os objetivos serão realizados sem percalços, mas o compromete com o desempenho e com os resultados alcançados, uma vez que ele se sente efetivamente identificado, pertencente e participante da organização”. Esse tipo de

postura não era habitual no modelo de gestão anterior, tendo em vista a isenção de preceitos empresariais na gestão da instituição até 2013.

Muitos aspectos vinculados ao sistema de metas da Empresa têm estremecido as relações de trabalho dentro da instituição. Como mencionado, o HU-UFMA é uma instituição que tem como principal meta formar profissionais. Tendo em vista o reduzido quantitativo de profissionais, diariamente, estagiários e residentes são levados a sair da posição de aprendizes para assumir papéis que deveriam ser de profissionais contratados pela Empresa, principalmente ao se analisar a Residência Multiprofissional em Saúde.

Da mesma forma que as categorias da área médica e da área assistencial em saúde são divididas, os programas de Residências também o são. Desse modo, se esta pesquisa está centrada na área assistencial, a análise a seguir abordará o programa de residência vinculado à mesma, denominado de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). A RMS é um programa nacional que seleciona profissionais de saúde de nível superior para se capacitarem em uma das especialidades que compõem a Alta Complexidade em Saúde do país. No HU-UFMA, todas as categorias que compõem a área assistencial possuem vagas disponíveis para a RMS.

O regime da RMS compreende o cumprimento de 5.760 horas distribuídas em atividades teóricas (1.152 horas) e atividades práticas (4.608 horas). Para tanto, cada residente deve permanecer, diariamente, por 12 horas no Hospital. Apesar de haver a realização de disciplinas teóricas, como apontado acima, a maior parte da carga-horária envolve a necessidade de aprendizados técnicos que, em resumo, corresponde à apreensão dos processos de trabalho desenvolvidos por cada profissional nos setores do Hospital. Todos os profissionais concursados da UFMA ou contratados da EBSE RH deverão ser, antes de profissionais da saúde, preceptores dos residentes, visando ensiná-los sobre o trabalho no Hospital.

A grande problemática é que, diante da escassez de profissionais para atender toda a demanda de saúde, na prática, os residentes têm sido utilizados como mão-de-obra adicional no Hospital. Diariamente, os residentes devem se apresentar no setor às 7:00 e deixar o Hospital às 19:00. O fato dessa discussão está sendo inserida, justifica-se porque alguns profissionais destacaram o modo de operacionalização da RMS como um fator que por muitas vezes atrapalha as relações de trabalho no âmbito da instituição.

“Eu tento sempre ter uma boa relação com os residentes para não ser injusta, eu sei que eles estão aqui para aprender, mas já soube de algumas categorias e de alguns setores que têm uma demanda tão elevada comparada com o número de trabalhadores que os residentes aprendem a fazer por não ter escolha. Algumas categorias não tem como desempenhar uma inserção do residente mais... O residente chega e já tem muita demanda, então muitos preceptores já fazem a divisão (dos pacientes) contando com esses residentes. É uma forma de dar andamento para o serviço”.
(Carmélia/EBSE RH).

Dentro do HU-UFMA a Coordenação de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) é o setor responsável por tratar dos assuntos vinculados à RMS. Diante disso:

“Eu já participei da COREMU e presenciei muitos debates, de residente que denuncia preceptor por estar atendendo sozinho, por ter que assumir o setor, e querendo ou não eles não estão aqui para isso. Isso às vezes gera tumulto porque alguns preceptores vão ter uma percepção como a minha, mas vão ter aqueles que acham que o residente tem que estar aqui como um funcionário mesmo. É uma situação que acaba gerando certos embates, mas que poderia ser resolvida se chamassem o pessoal que já tá aprovado nos seletivos. É um problema de quantidade de pessoal”. (Carmélia/EBSERH).

Segundo o Ministério da Educação, o valor da bolsa recebida por cada residente equivale a R\$3.330,43. A tabela apontada nesta seção permite inferir que, mesmo desempenhando funções de funcionários, e atuando durante 12 horas diárias, os residentes recebem menos que aqueles que ficam 6 horas diárias no Hospital. Tendo em vista as tendências privatistas da EBSERH, a RMS tem sido utilizada como uma estratégia de redução de custos e, este fato em específico, além de precarizar a RMS tem efervescido divergências nas relações de trabalho do Hospital.

Muitas vezes, a própria divergência de regime trabalhista tende a impactar o âmbito das relações de trabalho. Segundo Antúrio/UFMA “tu quer ver confusão é tu dizer que um funcionário da EBSERH é contratado, tem que dizer que eles são concursados, que eles entram por concurso aqui dentro”. No entanto, de acordo com os próprios seletivos da EBSERH:

13.2. O(A)s candidato(a)s aprovado(a)s no Concurso Público, convocado(a)s para a admissão, que apresentarem corretamente toda a documentação necessária, serão contratado(a)s pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante contrato experimental de 90 (noventa) dias, período em que o(a) empregado(a) será submetido(a) à avaliação, em face da qual se definirá a conveniência ou não da sua permanência no quadro de pessoal.

Ainda, segundo o Regulamento de Pessoal da EBSERH, constam nas penalidades:

Art.55 Segundo a gravidade da falta cometida, havendo ou não reincidência, os empregados estarão sujeitos às penalidades a seguir descritas, observados os princípios da ampla defesa e do contraditório, na forma da lei. I. advertência por escrito; II. suspensão por até 30 (trinta) dias; e III. rescisão contratual por justa causa.

Pouco mais de sete anos da entrada da Empresa no HU-UFMA, a falta de perspectiva do fim da gestão empresarial na instituição deixa aflitos muitos funcionários. A tendência, ano após ano, está sendo a aniquilação de funcionários concursados da UFMA e o domínio da Empresa sobre todo o corpo profissional.

“Eu não sei se posso dizer assim... que melhorou ou piorou, minha percepção em termos de melhoras é só porque a gente teve mais gente, fazendo mais coisas, mas que ainda precisa melhorar entendeu? E aí só a EBSERH vai poder suprir isso, porque como eu digo, eu sou um dos últimos moicanos, a gente vai sair e como a gente não vai entrar mais, vai chegar o momento que todo mundo é EBSERH”. (Tulipa/UFMA).

De fato, não há, mediante as configurações políticas atuais, a possibilidade de extinção da empresa, assim como retomar os concursos vinculados à Universidade. Recentemente, esta possibilidade se tornou ainda mais remota. A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4.895 elaborada em 2013 pela Procuradoria Geral da República (PGR) foi vetada, em novembro/2020, pela Ministra do STF Carmem Lúcia. Na ADI, constava como critérios de inconstitucionalidade da Empresa o regime de contratação utilizado pela EBSEH:

Sustenta-se que a autorização para criação da EBSEH seria inconstitucional, diante da ausência de lei complementar federal definindo as áreas de atuação das empresas públicas, quando dirigidas à prestação de serviços públicos, consoante dispõe art. 37, XIX, da Carta Magna. Argui-se, ainda, que se tratando de empresa pública prestadora de serviço público de assistência à saúde, inserida integral e exclusivamente no âmbito do SUS, não seria possível 'emprestar-lhes natureza diversa da pública', submetendo-se, portanto, ao conjunto de normas integrantes do art. 37 da CR, vocacionadas a organizar a prestação do serviço público'. Em razão disso, seriam inconstitucionais as previsões de contratação de servidores pela CLT e de celebração de contratos temporários de emprego. (SEDUFMS, 2020, s.p.).

Diante disso, considerando o contexto de cortes de investimentos sobre as políticas sociais, a EBSEH acaba representando uma forma de racionalizar os custos da Alta Complexidade em Saúde do país. Não é de interesse da Empresa, tampouco do Estado enquanto seu regulador, investirem em mecanismos que eliminem ou minimizem os conflitos interpessoais instaurados no HU-UFMA após a sua privatização, longe disso, o foco tem sido na fiscalização da “produção” dos funcionários independentemente dos reflexos sentidos no âmbito das relações de trabalho.

5 CONCLUSÃO

Conforme apontado ao longo desta pesquisa, a vigência do regime de Acumulação Flexível tem impactado o trabalho no capitalismo contemporâneo. O Brasil, ao se inserir na atual dinâmica de acumulação, vem, desde a década de 1990, flexibilizando as condições e relações de trabalho, fazendo se sobrepor neste cenário as tendências de privatização, terceirização, trabalho informal e um crescente aumento do desemprego estrutural. Os desmontes legislativos apontados ao longo do trabalho justificam a composição do atual contexto trabalhista no Brasil e, sobretudo, sua relação com o cenário macroeconômico configurado a partir da crise da fordista de 1973.

O realinhamento da postura do Estado a partir da década de 1990, também justificou a não-implementação do SUS, tal qual foi instituído. A Reforma Gerencial do Estado, em meio aos demais impactos, refletiu de maneira direta nas políticas sociais do Brasil, de modo que estas passaram a ser alvo do subfinanciamento estatal e constantes investidas de privatização. No caso específico da saúde, boa parte da operacionalização desse contexto se deu mediante os contratos de transferência de gestão, seja através da responsabilização do Terceiro Setor pela prestação de serviços, ou da criação de empresas públicas que pudessem assumir instituições de saúde.

Diante desse contexto, esta pesquisa apresentou um dos reflexos do sucateamento da Política Pública de Saúde do país, em consonância com as tendências de precarização do trabalho trazidas a partir do reordenamento do Estado brasileiro, enquanto contexto decorrente do novo padrão de acumulação capitalista. A entrada da EBSEH no HU-UFMA e, mais especificamente, os reflexos ocasionados sobre seus trabalhadores, compõem o universo de discussões aqui suscitadas.

As falas dos trabalhadores atestaram que a entrada da EBSEH no HU-UFMA não resolveu as problemáticas a que se propôs solucionar, sobretudo, no que tange ao trabalho. Para além disso, muitos outros âmbitos têm sido prejudicados em virtude da organização do trabalho implementada pela Empresa, de modo que, a missão do Hospital de “educar por meio do ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, assistindo aos usuários do SUS em média e alta complexidade, com foco na formação, qualidade e segurança”, tem sido prejudicada em virtude das condições e relações de trabalho estabelecidas.

Ao se fazer um comparativo entre os impactos sofridos nas condições e relações de trabalho percebe-se um reflexo ainda mais negativo neste último aspecto. Muitos dos pontos adversos vinculados às condições de trabalho, apesar de também serem oriundos da gestão da EBSEH, são inseridos em uma lógica de subfinanciamento da saúde pública do país, uma vez que os recursos que competem à EBSEH são oriundos do Ministério da Saúde. Além disso, muitos dos problemas estão vigentes desde momento anterior à entrada da Empresa.

Apesar disso, a pesquisa apontou elementos que sofreram consequências negativas frente à entrada da EBSEH e que, durante o desenvolvimento dos processos de trabalho, têm impactado a rotina dos trabalhadores. De maneira geral, após análise das falas apontadas, entende-se que o maior impacto refere-se ao fato de a entrada da EBSEH representar a impossibilidade de mais trabalhadores estarem vinculados ao RJU e, conseqüentemente, terem que aderir a um tipo de contratação mais desgastante, com menos garantias e menor remuneração.

É diante desse contexto que se fala em “retrocesso”. Certamente, os padrões de contratação anteriores à EBSEH não eram os ideais. Analisar a Fundação Josué Montello significa abordar modelos de contratação frágeis, que não protegiam os trabalhadores e estavam igualmente marcados por dicotomia em relação às formas de contratação da própria Universidade. Apesar disso, ainda havia a vigência de concursos e todas as lutas que permeiam o SUS desde a década de 1980 também consideravam a necessidade de garantir estabilidade e boas condições de trabalho para todos aqueles que estavam atuando na saúde pública. Diferentemente disso, a EBSEH representou a institucionalização da precarização que já existia, estremecendo relações de trabalho e distanciando o alcance da igualdade trabalhista no âmbito do HU-UFMA.

No que tange às relações de trabalho, os impactos foram maiores. Apesar das falas de profissionais que atestam que se tratou de algo voltado ao momento de inserção da Empresa, algumas percepções apontam que até hoje existem profissionais que não conseguem igualar a forma de tratamento para funcionários vinculados à UFMA e à EBSEH. De maneira geral, percebe-se que muitos aspectos de divergência dos próprios formatos de contratação tendem a impactar o desenvolvimento das relações de trabalho, isto é, impactos causados nas condições de trabalho têm refletido nas relações que estão sendo desenvolvidas na instituição.

A demissão dos colegas que foram vinculados à Fundação Josué Montello ainda é algo que comove os funcionários concursados da Universidade e que justificou a falta de receptividade na entrada dos primeiros trabalhadores da EBSEH. Apesar de alguns terem conseguido permanecer após a aprovação em seletivo da Empresa, a maior parte foi desligada.

Merece destaque o fato de que os dois profissionais que anteriormente foram vinculados à Fundação e que hoje são contratados da EBSEH avaliam a vigência da Empresa como negativa e, no que tange aos aspectos vinculados ao trabalho, como piores em relação à época da Fundação.

O fato de os servidores da UFMA possuírem melhores condições de trabalho faz com que muitos destes funcionários acabem se sentindo superiores, ao ponto de não acharem que possuem motivações para realizar greves. Ao mesmo tempo, alguns funcionários vinculados à EBSEH passam a se utilizar das mesmas estratégias da Empresa e tentam se auto afirmar, não conseguindo reconhecer os aspectos que têm configurado na precarização de suas condições de trabalho.

Muito da divergência que paira as relações de trabalho e acaba velando-se uma espécie de rivalidade, diz respeito às próprias condições para que os concursados da UFMA tenham capacitação. Estar vinculado à UFMA, basicamente, já é uma indicação de que o profissional terá uma titulação mais elevada, diferentemente daqueles vinculados à EBSEH. Consequentemente, esses funcionários tenderão a ocupar os cargos vinculados ao ensino e à pesquisa e extensão.

Fato que merece ser destacado se refere à crescente redução dos funcionários vinculados à Universidade, uma vez que muitos já estão se aposentando. Nesse sentido, chegará o momento em que, até mesmo as funções vinculadas às obrigações pedagógicas do HU-UFMA serão desempenhadas por funcionários vinculados à EBSEH. Tendo em vista que a maior parte destes não dispõe de titulação *strictu sensu*, conforme exige-se na assumpção de tais cargos, a perspectiva é a de que as funções de ensino do Hospital sejam cada vez mais descredibilizadas em favor do aumento da produção que, nesse contexto, compreende o aumento de atendimentos independentemente da ausência de condições para tal.

A Reforma Gerencial do Estado, conforme apontado em seção anterior, em meio às suas justificativas de execução, defendeu a necessidade de transferir à gestão das instituições públicas do país um padrão de excelência que, segundo Bresser-Pereira, costuma ser observado nas instituições privadas. A grande contradição aqui estabelecida deve-se ao fato de que, apesar da entrada da EBSEH nos HU estar situada no âmbito da Reforma Gerencial, a sua vigência ainda não corresponde aos discursos gerenciais permeados de celeridade, resolutividade e prestação de serviços de excelência.

As falas que apontaram dificuldades de estabelecimento de rotinas de trabalho, assim como a ausência do conhecimento das especificidades dos serviços de saúde comprovam que a

gestão da EBSEH dentro do HU-UFMA, apesar de vinculada aos modernos padrões de gestão, não tem resolvido as problemáticas da instituição, ao contrário disso, tem trazido novas.

Merece destaque o sistema de avaliação por metas que tem prejudicado os dois âmbitos. A priori, não é habitual se tratar do cumprimento de metas, sobretudo com o rigor apontado, em meio à Política Pública de Saúde. Costuma-se relacionar às instituições privadas que trabalham com a aquisição de lucros. Em meio aos conceitos de privatização nos quais esta pesquisa se referenciou, levar estes critérios de avaliação a uma instituição de saúde pública representa a tentativa de inviabilizar as diretrizes do SUS e, conseqüentemente, retomar preceitos anteriores às reivindicações dos movimentos pela Reforma Sanitária.

A própria divergência dos processos de avaliação tem causado confusão nas relações da instituição. Chama a atenção o fato de todos os trabalhadores da EBSEH afirmarem que o cumprimento de metas deve ser para todos os funcionários independentemente do vínculo. De fato, conforme apontaram os trabalhadores vinculados à Universidade não consta no RJU nenhuma obrigatoriedade que justifique tais servidores serem avaliados aos moldes exigidos pela EBSEH.

No entanto, certamente, durante uma rotina de trabalho não deve ser cômodo observar um grupo de trabalhadores que pode atender conforme suas capacidades e disponibilidades enquanto um outro é obrigado a cumprir metas, inclusive, para garantir as progressões salariais. Além disso tudo, o mesmo grupo que é obrigado a trabalhar mais, é o que tem maior carga-horária de trabalho e menores salários.

As relações de trabalho, conseqüentemente polarizadas, não contribuem para o fortalecimento da luta dos trabalhadores em torno de melhores condições de trabalho para ‘todos’ os profissionais de saúde do HU-UFMA. Não há a união em torno de objetivos comuns, tendo em vista que uma das categorias ainda tem como intenção a conquista de garantias já efetivadas ao outro grupo. De maneira geral, para o Estado burguês inserido no bojo da luta de classes, a impossibilidade de unificação dos trabalhadores em torno de mobilizações que visem a garantia de direitos é algo benéfico. E, nesse caso, menciona-se o Estado, por ser ele quem tem financiado e operado pela permanência da EBSEH dentro dos HU do país.

Ao longo da pesquisa foram abordados os principais aspectos do regime de Acumulação Flexível que têm impactado o universo do trabalho. Os aspectos de flexibilização que em um primeiro momento poderiam estar mais vinculados à iniciativa privada passam agora a invadir as instituições públicas do país. Esta pesquisa demonstrou quais as estratégias utilizadas para efetuar a adequação de uma instituição pública aos moldes privatistas. Diante desse contexto,

entende-se que a instituição de uma Empresa Pública representou uma estratégia de redução de investimentos por parte do Estado o que, conseqüentemente, tem ocasionado reflexos negativos sobre as condições e as relações de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Beatriz Penha Rodrigues. **Privatização e Mercantilização da saúde-educação: um estudo sobre a EBSEH no HUUFMA**. 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas – PPGPP). Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão – São Luís/MA, 2017.

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 275-284, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 set. 2018.

ANTUNES, Ricardo. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporânea de estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 23-45, 2002.

_____. **O Privilégio da Servidão**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

_____. O trabalho, sua nova morfologia e a era da precarização estrutural. **Theomai**, Buenos Aires, n. 19, p. 47-57, 2009.

_____; DRUCK, Graça. A Terceirização como regra? **Rev. TST**, Brasília, v. 79, n. 4, 2013.

_____; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015.

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte; PINHEIRO, Helano Diógenes. Reforma gerencial do Estado e rebatimentos no sistema educacional: um exame do REUNI. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 69, p. 647-668, 2010.

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (ADUSP). **No plebiscito, 60 mil recusam a EBSEH**, [online], 29 abr. 2013. Disponível em: <<https://www.adusp.org.br/index.php/privatizacao/1624-no-plebiscito-60-mil-recusam-a-ebserh>>. Acesso em: 15 set. 2018.

BATISTA, P. N. O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. In: BATISTA, P.N. (et al.). **Em defesa do interesse nacional: desinformação e alienação do patrimônio público**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. p.99-144.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. Ascensão e crise do Governo Dilma Rousseff e o Golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. **Rev. Econ. Contemp.**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, may/aug. 2017.

BEHRING, Elaine. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, Ana Elizabete Simões da (Org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2000.

_____; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e história**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.3, p.380-98, 1996.

BORGES, Janiele Cristine Pires; BARCELOS, Márcio; RODRIGUES, Marcio Silva. Empresarização da Saúde Pública: o caso da EBSEH. **RPCA**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 75-90, 2018.

BORLINI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 321 - 333, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. A política da seguridade social no Brasil. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRANDÃO, Rafael Vaz da Mota. Reformas Neoliberais na América Latina. **Aedos**, Porto Alegre, v. 9, n. 21, p. 31-56, dez. 2017. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/aedos/article/viewFile/76430/47330>>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. **MP nº 927 de 22 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

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

_____. **Lei Complementar nº 96/99**. Disciplina os limites das despesas com pessoal, na forma do art. 169 da Constituição. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp96.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº 11.196/2005 de 21 de novembro de 2005**. Institui o Regime Especial de Tributação para a Plataforma de Exportação de Serviços de Tecnologia da Informação – REPES dentre outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111196.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº 11.442/2007 de 5 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre o transporte rodoviário de cargas por conta de terceiros e mediante remuneração e revoga a Lei nº 6.813, de 10 de julho de 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/L11442.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº 11.603/2007 de 5 de dezembro de 2007**. Altera e acresce dispositivos à Lei nº 10.101, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/L11603.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº 13.152 de 29 de julho de 2015**. Dispõe sobre a política de valorização do salário-mínimo e dos benefícios pagos pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS) para o período de 2016 a 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/L13152.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº 13.467/2017 de 13 de julho de 2017.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) dentre outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº 8.949/94 de 9 de dezembro de 1994.** Acrescenta parágrafo ao art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para declarar a inexistência de vínculo empregatício entre as cooperativas e seus associados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8949.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº 9.637/98 de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 17 mai. 2020.

_____. **Lei nº 9.801/99 de 14 de junho de 1999.** Dispõe sobre as normas gerais para perda de cargo público por excesso de despesa e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9801.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº Lei 9.601/98 de 21 de janeiro de 1998.** Dispõe sobre o contrato de trabalho por prazo determinado e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9601.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999.** Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9790.htm. Acesso em: 17 mai. 2020.

_____. **MP nº 905 de 11 de novembro de 2009.** Institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, altera a legislação trabalhista, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do Controle Social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, 2012.

BRULON, Vanessa; OBAYON, Pierre; ROSENBERG, Gerson. A Reforma Gerencial brasileira em questão: contribuições para um projeto em construção. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 3, n. 63, p. 265-284, 2012.

CAMPOS, A. G. **Breve histórico das mudanças na regulação do trabalho no Brasil.** Rio de Janeiro: IPEA, 2015.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. Conteúdo e forma da crise atual do capitalismo: lógica, contradições e possibilidades. **Crítica e Sociedade**, Uberlândia, v. 1, n. 3, p. 73-84, 2011.

CHESNAIS, François. Mundialização do capital, regime de acumulação predominantemente financeira e programa de ruptura com o neoliberalismo. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 184-212, 1998.

_____. Mundialização: o capital financeiro no comando. **Outubro Revista**, São Paulo, v. 2, n.5, p. 7-28, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Conselho Nacional debate Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, [online], 17 out. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/17_out_ebserh.html>. Acesso em: 06 out. 2018.

CORIAT, Benjamin; SABÓIA, João. Regime de acumulação e relação salarial no Brasil: um processo de fordização forçada e contrariada. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v.9, n.2, 1988.

DANELIU, Josnei et al. A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.121, 2019.

DE PAULA, Alisson Slider do Nascimento. O desmonte da universidade: o REUNI como política de Estado no PNE (2014-2024). **Em Debate**, n. 11, p. 132-144, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5007/1980-3532.2014n11p132> .Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emdebate/article/view/1980-3532.2014n11p132> . Acesso em 15 abr. 2019.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

DRUCK, Graça et al. A terceirização no serviço público: particularidades e implicações. In: CAMPOS, Gambier André (org.) **A Terceirização do Trabalho no Brasil**, IPEA, 2017.

DUARTE, Adriana. A crise do fordismo nos países centrais e no Brasil. **Trabalho&Educação**, Belo Horizonte, v.7, n.7, p. 48-61, 2000.

EBSERH – Ministério da Educação. **Código de Ética e Conduta** – Comissão de Ética. Brasília: Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2017.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo; MORAES, Douglas Bezerra; NASCIMENTO, Alex Marques. Reformas Administrativas nos Estados Brasileiros: o caso da reforma administrativa do estado do Piauí. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 20, n. 67, p. 194-213, 2015.

FERNANDES, Rafaela Bezerra. **Da conquista ao desmonte**: um estudo sobre os descaminhos da política de saúde em tempos de EBSEH. 2017. 144 f. Dissertação (Mestrado em Política Social - PPGPS). Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília – Brasília/DF, 2017.

FILGUEIRAS, L. O Neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do Modelo Econômico. In: MASUALDO, B.; ARCEO, E. (Org.). **Neoliberalismo y sectores dominantes**: Tendencias globales y experiencias nacionales. Buenos Aires: CLACSO, 2006, p. 179-206.

_____. A crise geral do capitalismo: possibilidades e limites de sua superação. **Revista Crítica Marxista**, Campinas, n. 30, p. 21-27, 2010.

FINKELMAN, J. (Org) **Caminhos da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FIORI, José Luís. Estado de Bem-Estar Social: padrão e crises. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 129-147, 1997.

FONSECA, Ilva Santa Santos et. al. Apoio social e satisfação no trabalho em funcionários de uma empresa de petróleo. **Psicologia para América Latina**, São Paulo, n. 25, p. 43-56, 2013.

GALA, P. **Complexidade Econômica**: uma nova perspectiva para entender a antiga questão da riqueza das nações. Rio de Janeiro: Contraponto, 2017.

GIDDENS, A. **The Third Way**: The Renewal Of Social Democracy. :Políty Press, 1998.

COUTINHO, Joana A; GOMES, Ilse. Estado, movimentos sociais e ONGs na era do liberalismo. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, nº 89, out. 2008. Disponível em: http://www.espacoacademico.com.br/089/89gomes_coutinho.pdf. Acesso em: 11 mar. 2021.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, 1999.

GRANEMANN, Sara. Trabalho, sobretrabalho e financiamento das políticas sociais. In: **Serviço Social e Sociedade**. Nº 94. São Paulo: Cortez: 2008.

HARVEY, D. **Condição Pós-moderna**: uma pesquisa sobre a origem da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

_____. **O Neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Edições Loyola. 2008.

IANNI, Octávio. Globalização: novo paradigma das Ciências Sociais. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 8, n. 21, p. 147-163, 1994.

KRAMER, Gustavo Garcez; FARIA, José Henrique. Vínculos Organizacionais. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p.83-104, 2007.

KREIN, José Dari. A reforma trabalhista de FHC: análise de sua efetividade. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região**, Campinas, n. 24, p. 270-299, 2004.

_____. **O aprofundamento da flexibilização das relações de trabalho no Brasil nos anos 90**. 2001. 202 f. Dissertação (Mestrado em Economia Social e do Trabalho) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2001.

_____. **As mudanças no padrão de regulação do trabalho pós 1990**. 2017. Disponível em: http://www4.pucsp.br/eitt/downloads/v_ciclo_debate/V_Ciclo_EITT_JoseDariKrein.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

LEITE, Marcio Nolasco. **Um olhar geográfico sobre o processo de inserção do Hospital Universitário da UFGD no Programa Nacional De Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais**. Dissertação (UFGD), Dourados, 2020.

LENIN, V. I. Sobre as greves (1899). In AGUENA, Paulo (Org.). **O Marxismo e os Sindicatos**. São Paulo: Sundermann, 2008a.

LESSA, Jandir. **A Construção do Poder Pessoal**. Rio de Janeiro: SAEP, 1999.

LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almada. A insegurança do trabalho em meio à pandemia da Covid – 19. In: GONÇALVES, C. M. C. **Vulnerabilidades sociais em tempo de pandemia**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

_____. A QUESTÃO DO NEODESENVOLVIMENTISMO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: o debate contemporâneo. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 17, n. 2, p. 285-288, jul/dez. 2013.

LISBOA, Reno Alexandre de Sousa. **O modelo de gestão da EBSEH no gerenciamento dos Hospitais Universitários vinculados à UFCG**: uma análise dos múltiplos vínculos dos seus trabalhadores. 2018. 94fl. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública - PROFIAP). Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande. - Sousa/PB - Brasil, 2018.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 87-97, dez/ 2016.

LUCKAS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MACHADO, Eliel. Governo Lula, Neoliberalismo e Lutas Sociais. **Lutas Sociais**, São Paulo, n. 21, p. 23-34, 2009.

MACIEL.D.O. O governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992). **Revista UFG**, a. XIII, n 11, p. 98-108, 2011.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. **Manuscritos Econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. **O Capital**: Crítica da Economia Política. São Paulo: Boitempo, 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MERCADANTE, O. A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org) **Caminhos da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOLLO, Maria de Lourdes Rollemberg. Financeirização como desenvolvimento do capital fictício: a crise financeira internacional e suas consequências no Brasil. **Série Textos para Discussão**, Brasília, n. 358, 2011.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**; crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MORAIS et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018.

NEGRÃO, J. J. **O governo FHC e o neoliberalismo**. São Paulo: Lutas Sociais, 1996.

NETTO, J. P. N.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2012.

NEULLS, Talita Fernandes. **Humanização em Saúde frente ao processo de precarização do trabalho**: análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS. 2016. 173 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão - São Luís/MA, 2016.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**. nº 61, Ano 27, n.1, 2012, p. 31-42.

OMS. **World health statistics 2017**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. 2017.

ORLANDI, Daniele de Paula. **Análise dos impactos da EBSEH no desempenho dos hospitais universitários federais**. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública - PPGGP). Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória/ES – Brasil, 2016.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, 2014.

PAULA, L. F.; PIRES, M. **Crise e perspectivas para a economia brasileira**. **Estudos Avançados**, vol. 31, n. 89, p. 125-144, 2017.

PEREIRA FILHO, J. J. **A Empresa Brasil de Comunicação (EBC) e o desafio da participação social**: estudo sobre o Conselho Curador. 2015. 160 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) – Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

PEREIRA, Luís Carlos Bresser. Da administração burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, 1996.

_____. Pequena história da Reforma Gerencial de 1995. In: COSTIN, C. **Administração Pública**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2010.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília –DF, 1995.

Disponível em:

<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 26 abr.2020.

_____. Reforma gerencial do Estado, teoria política e ensino da administração pública. **RGPP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-6, 2011.

_____. Um novo estado para a América Latina. **Novos Estudos Cebrap**, Rio de Janeiro, p. 91-98, 1998.

PIMENTA, Aparecida Linhares. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde soc.**, São Paulo, v.2, n.1, 1993.

PINTO, Geraldo Augusto. O Toyotismo e a mercantilização do trabalho na indústria automotiva do Brasil. **Caderno CRH**, Salvador, v. 25, n. 66, p. 535-552, 2012.

POLETTTO, Emílio Rafael. **A nova territorialidade dos movimentos sociais na América Latina**: do ajuste neoliberal à construção de alternativas. 2009. Disponível em: <http://egal2009.easyplanners.info/area02/2141>.

PORTO, M. C. S. Estado e Neoliberalismo no Brasil Contemporâneo: implicações para as políticas sociais. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS – JOINPP, **Anais**. ...2012. São Luís: 2012. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1_Mundializacao/estado-e-neoliberalismo-no-brasil-contemporaneo.pdf. Acesso em: 30 jun.2019.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A Saúde nos períodos dos governos Dilma (2011-2016). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul 2018.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade de Campinas, Campinas/SP, 2000.

SARRETA, F. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

SEDUFMS. Ministra do STF vota contra ação que pede revogação da lei que criou a Ebserh. 220. Disponível em: <https://www.sedufsm.org.br/index.php?secao=noticias&id=6352>. Acesso em: 03 fev. 2021.

SELIGMANN-SILVA, Edith et. al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SILVA, M. O. S. (Org). **O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Norte e Nordeste**. São Paulo: Cortez, 2019.

SEGURA, Fabiano Fernandes. **A questão previdenciária na primeira república: a excepcionalidade da Lei Eloy Chaves**. 114 f. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Faculdade de Ciências e Letras – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araraquara – SP, 2017.

SILVA, Jediane Freitas da; TENÓRIO, Luciana Dantas. Privatização das Políticas Sociais na Conjuntura Neoliberal: os novos modelos de gestão e os desafios ao projeto ético-político do serviço social brasileiro, p. 65 -84. In: **Capitalismo, Trabalho e Política Social - Vol. 2**. São Paulo: Blucher, 2017.

SILVA, Lindomar Pinto da; FADUL, Élvia Mirian. Uma análise dos efeitos da Reforma Gerencial sobre as Instituições das Organizações Públicas. **AEDB**, 2007. Disponível em: https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos07/1437_1437_Institucionalismo%20em%20organizacaoes%20publicas.pdf. Acesso em: 17 mai. 2020.

SILVA, Mauri Antônio da. Aporte histórico sobre os direitos trabalhistas no Brasil. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 126-152, 2020.

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (SINTUFF). **Plebiscito confirma: EBSE RH NÃO!**, [online], 22 abr. 2013. Disponível em: <<http://sintuff.blogspot.com/2013/04/>>. Acesso em: 15 set. 2018.

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (ANDES-SN). **Apruma denuncia manobra que levou à aprovação da EBSE RH em conselho do HU-UFMA**, [online], 10 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=5734>>. Acesso em: 15 set. 2018.

TROVÃO, Cassiano José Bezerra Marques; ARAUJO, Juliana Bacelar de. Desigualdades brasileiras nos anos 2000: uma abordagem multidimensional. **Geosul**, Florianópolis, v. 34, n. 70, p. 56-86, 2019.

VAKALOULIS, Michel. Acumulação Flexível e regulação do capitalismo. **Outubro Revista**, São Paulo, v. 2, n.4, p. 45-53, 2000.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila and SILVA, Hudson Pacifico da. **Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde**. Rio de Janeiro, Ciênc. saúde coletiva, v.23, n.7, p.2107-2118, 2018.

WORD BANK. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90** (1995)

_____. **Argentina: provincial finances study - selected issues in fiscal federalism**. Washington, D.C., 1996 (Report 15487-AR). The state in a changing world. Washington, D.C., 1997a (World Development Report).

_____. **Argentina's privatization program: experience, issues, and lessons**. Washington, D.C., 1993 (Series Development in Practice).

_____. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto (1990)** .

_____. **Mexico: memorandum economic - fostering private sector development in the 1990s**. Washington, D.C., 1994 (Report 11823-ME).

_____. **Mexico: mobilizing savings for growth**. Washington, D.C., 1997b (Report 16373-ME).

_____. **The reform of Public Sector Management**. Washington, D.C., 1991.

ZARIFIAN, Phillipe. Engajamento Subjetivo, Disciplina e Controle. **Novos Estudos**, São Paulo, v. 1, n. 64, p. 23-31, 2002.

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**Dados Gerais:**

Nome:

Profissão:

Setor em que atua:

Tipo de vínculo empregatício: () UFMA () EBSEH

1. Em seu exercício profissional você percebe diferenciações entre os profissionais vinculados à UFMA e os profissionais vinculados à EBSEH? Especifique e Justifique.
2. Como o seu trabalho é avaliado pela gestão do Hospital? (metas, indicadores de desempenho, sistemas de avaliação).
3. Na prática, você possui condições para realizar greves ou manifestações voltadas às melhorias nas condições de trabalho?
4. Quais as condições para que você tenha direito ao afastamento para capacitação profissional?
5. Qual a sua carga horária de trabalho semanal?
6. Como funciona o seu sistema de férias?
7. Quais as principais dificuldades que você encontra durante a execução dos seus processos de trabalho?
8. Seu vínculo profissional interfere ou contribui em uma possível ascensão de cargo ou função dentro do hospital?
9. Há redução salarial em virtude de faltas? Qual o procedimento para justificá-las?
10. Qual a sua percepção acerca dos impactos da entrada da EBSEH no HUUFMA do ponto de vista das condições e relações de trabalho?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a) esta pesquisa é sobre **EBSERH E TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA**: impactos da privatização da gestão do HUUFMA sobre as condições e relações de trabalho, e está sendo desenvolvida por Enaire de Maria Sousa da Silva aluna do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação de e Valéria Ferreira Santos de Almada Lima. A pesquisa possui por objetivo Analisar os principais impactos nas relações e condições de trabalho dos profissionais de saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) ocasionados pela privatização pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O presente projeto de pesquisa situa-se no contexto da ofensiva neoliberal sobre a política pública de saúde, buscando analisar, em âmbito estadual, um processo que se estende em todo o país desde a década de 1980 e que vem ganhando força ao longo dos anos. Solicitamos a sua colaboração para prestar informações referentes à sua rotina e condições de trabalho em resposta a uma entrevista semiestruturada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa elencou como possíveis riscos a divulgação de dados que podem ser considerados confidenciais. Para tanto, assegura-se a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

São Luís, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Enaire de Maria Sousa da Silva, telefone: (98) 99233-3278 ou para o Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, e-mail: cepufma@ufma.br.

ANEXO C

PARECER DE APROVAÇÃO – CEP/UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EBSERH E TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: impactos da privatização da gestão do HUUFMA sobre as condições e relações de trabalho

Pesquisador: VALERIA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39851620.7.0000.5087

Instituição Proponente: Centro de Ciencias Sociais, Saúde e Tecnologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.486.824

Apresentação do Projeto:

Desde 1990 estão em execução no país políticas neoliberais em consonância às orientações das instituições internacionais que passaram a reordenar o planeta após a Segunda Guerra Mundial. A entrada dessas políticas nos países da América Latina tem provocado a mudança de postura dos Estados nacionais, com impactos sobre o contexto socioeconômico das nações. No Brasil, a Reforma Gerencial do Estado provocou a retração estatal no que tange às políticas públicas, em especial à saúde, fazendo com que tenham sido instituídos desde então mecanismos que tiram do Estado a responsabilidade pela execução dos serviços. Dentro desse contexto, a pesquisa tem por intuito analisar os principais impactos nas relações e condições de trabalho dos profissionais de saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) ocasionados pela privatização/ mercantilização da gestão através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), considerando este ser uma expressão do contexto macroeconômico que tem permeado os países subdesenvolvidos desde o final do século XX. Para tanto, o trabalho será

baseado, inicialmente, em um levantamento histórico sustentado em bibliografias pertinentes que caracterizem o processo da recomendação neoliberal e seus impactos sobre a saúde. Por fim, aplicar-se-á roteiro de entrevista semi estruturada a trabalhadores do HUUFMA a fim de contextualizar vivências cotidianas ao cenário sócio histórico atual.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA**



Continuação do Parecer: 4.486.824

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os principais impactos nas relações e condições de trabalho dos profissionais de saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) ocasionados pela privatização/mercantilização da gestão através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos referem-se à divulgação de alguns dados que podem ser considerados confidenciais.

Benefícios:

Assegura-se a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Os dados coletados serão úteis para a formação de conhecimento acerca da Política Pública de Saúde na contemporaneidade e os principais desafios intrínsecos a mesma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1590311.pdf	05/11/2020 18:15:43		Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA**



Continuação do Parecer: 4.486.824

Parecer Anterior	PARECER.pdf	05/11/2020 18:14:28	VALERIA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/11/2020 18:10:57	VALERIA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	05/11/2020 18:08:16	VALERIA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	07/07/2020 17:05:21	VALERIA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	07/07/2020 17:03:42	VALERIA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	07/07/2020 16:59:16	VALERIA FERREIRA SANTOS DE ALMADA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 30 de Dezembro de 2020

**Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br