

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL  
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

DOLORES LIMA DA COSTA VIDAL

A gestão de equipes de Serviço Social em hospitais  
públicos no Rio de Janeiro

UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
FLUMINENSE

NITERÓI, RJ  
2014

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**

V649 Vidal, Dolores Lima da Costa.  
A gestão de equipes de Serviço Social em hospitais públicos no Rio de Janeiro / Dolores Lima da Costa Vidal. – 2014.  
260 f.

Orientador: Rita de Cássia Santos Freitas.  
Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.  
Bibliografia: f. 235-255.

1. Política de saúde. 2. Brasil. 3. Gestão. 4. Serviço social.  
5. Hospital. I. Freitas, Rita de Cássia Santos. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 361.61098153

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

**A gestão de equipes de Serviço Social em hospitais públicos  
no Rio de Janeiro**

**Tese apresentada por Dolores Lima da  
Costa Vidal como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutora em  
Política Social.**

**Orientadora:  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rita de Cássia Santos Freitas**

**Niterói, RJ  
Outubro/2014**

DOLORES LIMA DA COSTA VIDAL

**A gestão de equipes de Serviço Social em hospitais públicos  
no Rio de Janeiro**

Aprovada em 24 de Outubro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rita de Cássia Santos Freitas – Orientadora  
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Maria de Vasconcelos  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mônica de Castro Maia Senna  
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Janaina Bilate Martins  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Roseli da Fonseca Rocha  
Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente  
Fernandes Figueira (IFF-FIOCRUZ)

*A minha filha Esther Maria, com todo amor que há nessa e em outras vidas.  
A meu marido, por compartilhar comigo obstáculos e desafios, sonhos e alegria.*

## AGRADECIMENTOS

*Ao decidir pelo ponto final de um trabalho fica a certeza de que nesse momento me sinto mais amadurecida para começar a caminhada. Mas, por ora, o tempo se findou. Talvez a sensação de que mesmo diante do fim, não acabou, se dê pelos limites de produzir uma tese em meio a tantas demandas da vida cotidiana (trabalho, família, amigos). Afinal, a vida não para enquanto você estuda. Os acontecimentos são velozes. E quando se estuda, o tempo voa!*

*Quantos acontecimentos foram vivenciados até conseguir chegar a esse momento tão esperado: os agradecimentos. Particularmente, sou fascinada por ler agradecimentos. Consigo visualizar, através deles, os laços de afeto e amizade dos(as) autores(as). O ato de agradecer representa a certeza de que não estamos sozinhos e de que a vida é repleta de dependências, desde o nascimento. E particularmente, acredito que nisso resida a grandiosidade da humanidade. Por isso, adoro agradecer! Então, vamos começar...*

*Junto com o doutorado recebi, logo no primeiro ano, o maior presente da minha vida: Esther Maria! Ela me fez e faz a cada dia pensar e acreditar que devemos lutar sempre por um mundo melhor! Uma menina alegre, que vivenciou o doutorado dos seus pais desde a barriga. E que por último, assim como eu, já estava torcendo pelo fim. Já me pedia: “Mamãe: larga o doutorado e vem brincar comigo!” Filha, por você e com sua ajuda, mamãe conseguiu! Amor da minha vida. Obrigada!*

*O que seria dessa tese se não pudesse contar com o apoio do meu marido, Audrey Vidal? Muito certamente ainda não teria concluído. Além do afeto e carinho compartilhados nesses 17 anos de convivência, sempre foi um dos meus grandes incentivadores. E durante esse curso mostrou que é possível, quando se tem apoio, escrever uma tese com uma bebê/criança pequena. Obrigada por tudo, meu amor!*

*A meu pai, sou eternamente grata por me mostrar, desde que me entendo por gente, a importância do estudo. Sempre me incentivou e me ensinou que o conhecimento, talvez, seja um dos legados mais importantes a serem deixados para os filhos. Essa conquista também é sua!*

*A minha mãe (sempre presente), as lembranças da infância a seu lado e do seu auxílio durante os primeiros anos de estudo, me ensinando o “dever de casa”, me*

*levando para a escola, me esperando na saída, me ensinando os “versos” para as comemorações da escola, nunca se apagarão da minha memória. Você estará sempre em meu coração!*

*A minha irmã, que mesmo distante buscava me incentivar e dizia... no final, tudo dará certo! Com certeza, me agarrei muitas vezes nessas palavras para driblar as dificuldades mediante o pouco tempo para dedicar à tese.*

*A minha sogra, Sueli Vidal, que colaborou em muitos momentos, auxiliando nos cuidados com a minha filha para que eu pudesse investir no doutorado.*

*As minhas amigas queridas, agradeço imensamente a torcida e as energias emanadas, Roberta Oliveira, Adriana Ramos, Letícia Batista, Lícia Neves, Mariana Setúbal, Márcia Damasceno, Mônica Olivar, Janaína Camargo, Ludmila Nunes, Maria Cristina Rodrigues e Daise de Moura. Em especial, a amiga Roseli. Minha parceira de trabalho, com quem consigo compartilhar ideias. Um grande e doce presente em minha vida! Alguém que acredita nas pessoas e que sabe dividir conhecimentos. Adoro você, amiga!*

*A minha atual chefe, Mariana Setúbal, que busca em meio a tantos condicionantes e determinantes internos e externos, empreender esforços na direção de uma gestão mais democrática e participativa. Em particular, nesse processo de construção da tese, agradeço a disponibilidade em testar o instrumento de coleta de dados, onde trouxe contribuições importantes.*

*À equipe de Serviço Social do IFF/Fiocruz, às residentes multiprofissionais (na área de Serviço Social) e à equipe do Ambulatório de Pediatria, que, generosamente, entenderam que durante esse lapso de tempo do doutorado estive presente, mas ausente em alguns momentos, buscando a qualificação profissional.*

*À turma do doutorado, com quem dividi momentos de alegrias, de tensão e conhecimentos. Em especial à querida Ângela Ernestina.*

*A minha orientadora, Dra. Rita, sempre com sua sabedoria, paciência, generosidade e atenção, disponibilizando seu tempo para compartilhar comigo sua experiência e seus conhecimentos! Quando pensava em esmorecer, Rita me incentivava e apresentava caminhos possíveis. Obrigada por respeitar minhas ideias!*

*À banca de qualificação, Dra. Ana Vasconcelos e Dra. Mônica, as contribuições de vocês foram fundamentais para a execução desse trabalho. Vocês mostraram a luz no fim do túnel.*

*Um agradecimento especial às professoras Dra. Ana Vasconcelos e Dra. Maria Inês Souza Bravo, pois a contribuição de vocês para a discussão do Serviço Social na Saúde é histórica. Não imagino a profissão sem as análises que realizaram ao longo desses anos. Seus escritos marcam uma era!*

*À banca de defesa, Dra. Ana Vasconcelos, Dra. Mônica Senna, Dra. Janaína Bilate, Dra. Roseli Rocha, por terem aceitado o convite e por compartilharem seus conhecimentos!*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Política Social, através de seus professores e funcionários.*

*A todas(os) meus professores desde a educação infantil (no antigo Colégio Rio Branco), passando pelo ensino médio (no Colégio Estadual Padre Melo e Colégio Antônio Honório), graduação (UFF - Campos dos Goytacazes); pós-graduação (UFF- Niterói), mestrado (Uerj - Serviço Social) e doutorado (UFF- Niterói), vocês foram fundamentais para o meu amadurecimento intelectual e pessoal.*

*A todas as assistentes sociais, estagiárias e residentes com as quais tive o prazer de me deparar em minha jornada profissional.*

*Às assistentes sociais chefes de equipe de Serviço Social dos hospitais pesquisados, que muito gentilmente abriram as portas, e me possibilitaram a pesquisa de campo. A minha tese sem a participação de vocês não teria sentido. Muito obrigada!*

*Foram muitos os colaboradores desse processo, tanto diretos quanto indiretos. Gostaria de nomear a todos(as), mas mediante a extensão, gostaria de dizer muito obrigada a todos(as) que contribuíram de alguma forma com este processo.*

*E por fim, mas em primeiro lugar, a Deus... Luz que ilumina o meu caminho, meu porto seguro. Obrigada pelo dom da vida e pelo amparo de sempre!*

## RESUMO

O estudo visa analisar como tem se dado o desenvolvimento da atribuição privativa de coordenar/chefiar equipes de Serviço Social no contexto de hospitais públicos vinculados ao âmbito federal, na cidade do Rio de Janeiro. Esta tese considera as especificidades do trabalho das chefias e coordenações em hospitais, pois o Serviço Social atua na saúde desde a década de 1940, sendo este o setor que mais absorveu assistentes sociais desde então (BRAVO, 1991). Portanto, problematizar a inserção das/dos assistentes sociais nos cargos de chefia/coordenações de equipe, a partir do espaço sócio-ocupacional da política de saúde, em especial dos hospitais públicos, traz considerações importantes a respeito do trabalho realizado pelas(os) assistentes sociais, sobretudo em tempos de privatização e mercantilização da saúde pública. Tem por finalidade analisar em que medida essas profissionais, ao ocupar os espaços de chefias de equipe, conseguem operacionalizar uma gestão com características mais democráticas e participativas que garantam relações de trabalho pautadas nos princípios do Projeto ético-político do Serviço Social, diante das demandas por metas, eficácia e eficiência tão presentes nas instituições. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, cuja atividade de campo foi realizada durante o mês de fevereiro de 2014 em seis hospitais públicos federais na cidade do Rio de Janeiro. Utilizou, como técnica de coleta de informações, entrevistas com as seis assistentes sociais responsáveis pela chefia de equipes de Serviço Social de cada um desses hospitais. Como técnica de análise das falas provenientes das entrevistas foi utilizada a análise temática (BARDIN, 2009). A análise do material buscou compreender os sujeitos em seus percursos de trabalho – e a própria profissão – em seus contextos históricos e sociais, com vistas a contribuir para o aprofundamento da discussão, uma vez que estudos que tenham por base analisar a gestão das equipes de Serviço Social na saúde ainda são incipientes. A partir da pesquisa realizada foi possível constatar que as assistentes sociais chefes encontram, em alguma medida, dificuldades no cotidiano da gerência de equipes para realizarem uma gestão com traços mais democráticos e participativos articulados com o Projeto ético-político profissional, mediante as questões da política de saúde atual, dos modos de administração das instituições públicas, dos processos de privatizações crescentes nas instituições hospitalares e da intencionalidade de suas ações profissionais.

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Gestão. Serviço Social. Hospitais.

## ABSTRACT

The study aims to analyze how has given the development of private assignment to coordinate/lead teams of Social Work in the context of public hospitals linked to the federal scope, in the city of Rio de Janeiro. This thesis considers the specificities of the work of the management and coordination in hospitals, because Social Work acts in health since the 1940s, this being the sector that has absorbed more social workers since then (BRAVO, 1991). Therefore, discuss the insertion of social workers in positions leadership/team coordination, from the socio-occupational area of health policy, in particular of public hospitals, brings important considerations regarding the work carried out by the social workers, especially in times of privatisation and commodification of public health. Aims to analyse to what extent these professionals, to occupy the spaces of team leaders can operationalize a management with more democratic and participatory features to ensure working relations based on the principles of ethical-political project social work, in the face of demands for targets, effectiveness and efficiency as present in the institutions. It is a research with qualitative approach, whose field activity was held during the month of February 2014 in six federal public hospitals in Rio de Janeiro. Used as information-gathering technique, interviews with the six social workers responsible for the head of Social service teams of each of these hospitals. As a technique of analysis of the lines from the interviews was used the thematic analysis (BARDIN, 2009). The analysis of the material sought to understand the subject in his work paths – and his own profession – in its social and historical contexts, with a view to contribute to the deepening of discussion, since studies have as their base to analyze the management of Social service teams in health are still incipiente. From the survey it was found that the social workers heads are, in some measure, difficulties in the everyday life of management teams to achieve a democratic and participatory management with traces linked to the ethical-political project professional, using the current health policy issues, the Administration modes of public institutions, the increasing privatization processes in hospitals and the intentionality of their professional actions.

**Keywords:** Health Policy. Social Work. Management. Hospitals

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APH	Adicional por Plantão Hospitalar
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAS	Direção e Assessoramento Superiores
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEDP	Fundação Estadual de Direito Privado
FG	Função Gratificada
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HU	Hospital Universitário
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviço
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
IPPMG	Instituto de Puericultura Pediátrica Martagão Gesteira

MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MPOG	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
OMC	Organização Mundial do Comércio
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PFST	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PL	Projeto de Lei
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPP	Parceria Público Privado
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU	Regime Jurídico Único
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SE	Secretaria Executiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TGA	Teoria Geral da Administração
UFF	Universidade Federal Fluminense
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Número de Assistentes Sociais da equipe por Instituição.....	156
Quadro 1. Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs .....	54
Quadro 2. Refuncionalização de Princípios e Diretrizes do SUS .....	62
Quadro 3. Dados sobre sexo, idade, estado civil, filhos e cor.....	140
Quadro 4. Dados relativos à formação e atuação profissional .....	141
Quadro 5. Dados sobre a estrutura física do Serviço Social nas Instituições.....	146
Quadro 6. Dados que caracterizam a organização do Serviço Social nas Instituições.	150
Quadro 7. Relação entre quantitativo de assistentes sociais e o tipo de vínculo.....	156
Quadro 8. Dados referentes ao ensino e capacitação da equipe .....	159
Quadro 9. Caracterização do cargo de chefia de Serviço Social nas instituições pesquisadas .....	163
Quadro 10. Atividades relacionadas à chefia do Serviço Social.....	180
Quadro 11. Da existência de espaços decisórios na Instituição .....	198
Quadro 12. Da relação entre equipe de Serviço Social e chefia.....	212
Quadro 13. Das demandas da chefia para a equipe de Serviço Social .....	216
Quadro 14. Pontos negativos em relação à gestão .....	219
Quadro 15. Pontos positivos em relação à gestão .....	223

## SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Lista de Ilustrações	
INTRODUÇÃO.....	17
1 OS “MODOS” DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS “NOVOS MODELOS DE GESTÃO” .....	26
1.1 A administração pública brasileira: breve contextualização .....	26
1.2 A política de saúde pública no Brasil .....	45
1.3 Os denominados “novos modelos de gestão” e a política de saúde .....	52
2 AS FORMAS ATUAIS DE GERÊNCIA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E A INFLUÊNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO .....	69
2.1 O hospital e “suas” formas de gerência .....	69
2.2 A gestão nos hospitais públicos e seus determinantes.....	79
2.3 A Política Nacional de Humanização e a gestão na saúde .....	90
3 A GESTÃO DE EQUIPES DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A DEFESA DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL.....	108
3.1 O Projeto ético-político profissional: as competências e atribuições privativas do Assistente Social na atualidade.....	108
3.2 Gestão democrática de equipes na saúde.....	121
3.3 A atribuição privativa de chefiar ou coordenar equipes de Serviço Social na saúde .....	130
4 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO EMPÍRICO: PERCURSO METODOLÓGICO, PERFIL DAS ENTREVISTADAS E O CENÁRIO DA PESQUISA .....	136
4.1 Considerações sobre o caminho percorrido.....	136
4.2 Análise e discussão dos resultados .....	139
4.2.1 Perfil das entrevistadas .....	140
4.2.2 Cenário da Pesquisa: relações entre estrutura física e o exercício da assistente social chefe.....	146
4.2.3 A organização do Serviço Social nas instituições .....	148
4.2.4 O cargo de chefia.....	163
4.2.5 A ocupação do cargo de chefia de equipe e a questão da formação profissional .....	172
5 OS DESAFIOS NA GESTÃO DE EQUIPES DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: EM DISCUSSÃO AS ATRIBUIÇÕES, OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES .....	178

5.1 Das atividades, atribuições e competências da chefia de Serviço Social .....	178
5.2 Dos projetos do Serviço Social e da gestão .....	189
5.3 Dos dilemas entre o modelo de gestão institucional, os modos de administração e a gestão de equipes do Serviço Social .....	195
5.4 A Política Nacional de Humanização e os rebatimentos para a gestão do Serviço Social .....	204
5.5 Os desafios para a construção de uma gestão democrática e participativa.....	208
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	228
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	235
Apêndice - A Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	256
Apêndice - B Roteiro de Entrevista .....	257

*Nada é impossível de mudar  
Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade  
consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve  
parecer impossível de mudar.*

Bertold Brecht (1977, p.45)

## INTRODUÇÃO

Um objeto de estudo é delimitado a partir de diversas motivações, sejam acadêmicas, baseadas em debates construídos ao longo da formação profissional, sejam baseadas na capacidade de reconstituição simbólica das experiências realizadas no dia a dia – isto é, por meio da apreensão dos nexos pelos quais determinados objetos manifestam sentido para o/a pesquisador/a (SEVERINO, 2007). Sendo assim, a construção do objeto ora apresentado está diretamente relacionada à trajetória profissional que se consolida nos 12 anos de exercício da profissão de assistente social na área da saúde<sup>1</sup>. Em grande parte deste período, a atribuição privativa<sup>2</sup> de coordenar equipes de Serviço Social pôde ser exercida em duas unidades de saúde, mais especificamente em hospitais públicos, um no âmbito municipal (em Campos dos Goytacazes) e outro no âmbito federal (no Município do Rio de Janeiro).

Ao experimentar o exercício desta atribuição privativa do(a) assistente social, foram diversos os questionamentos e inquietações, tanto de ordem técnica quanto originários de minha própria formação profissional (em uma universidade pública). Um dos primeiros movimentos realizados ao assumir a função de coordenadora de Serviço Social foi buscar entender que lugar era “aquele” e o que essa atribuição demandava para o(a) profissional. Havia uma certeza de que, independentemente do elenco de atividades a serem realizadas, das tensões surgidas em virtude da posição ocupada, a direção deveria se pautar numa perspectiva democrática e participativa, o que reforça os valores existentes no Projeto ético-político profissional.

Chefiar uma equipe de assistentes sociais é atividade exercida há um longo tempo pelos(as) profissionais de Serviço Social. Todavia, ainda é pouco debatido o desenvolvimento da atribuição privativa de ser coordenador ou chefe<sup>3</sup> de equipe de Serviço Social e tudo que a envolve, tanto em seu aspecto ético e normativo quanto à dimensão pedagógica e técnico-operativa, principalmente após a construção do Projeto ético-político profissional.

---

<sup>1</sup> O(A) assistente social é considerado um(a) profissional de saúde pela Resolução N°. 218, de 6 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A Resolução CFESS N°. 383, de 29 de março de 1999, também o(a) caracteriza como profissional de saúde.

<sup>2</sup> Sendo, portanto, privilégio de uma área, direito e poder de realizar algo (IAMAMOTO, 2012).

<sup>3</sup> Em termos de serviço público, a nomenclatura mais utilizada hoje é a de chefia ou chefe.

Iamamoto (2007, p. 465) pontua que as pesquisas em andamento sobre “as competências profissionais e as atribuições privativas do assistente social, resguardadas na legislação profissional”, ainda aparecem silenciadas. A autora excetua a discussão referente a gestão e avaliação das políticas, programas e projetos sociais.

No entanto, a discussão da questão específica que diz respeito à atribuição privativa de chefia/gerência/coordenação de equipes ainda é escassa. Tal afirmação pôde ser ratificada ao se realizar um levantamento relativo ao período de 2001 a 2011 em dois periódicos de grande circulação entre assistentes sociais, as revistas Serviço Social e Sociedade<sup>4</sup> e Temporalis<sup>5</sup>. Não foram encontrados, nesses dois periódicos, artigos que abordassem o tema das chefias de equipes de Serviço Social ou da gestão de equipes. Em geral, nesses periódicos, o tema da gestão apresenta-se relacionado à gestão das políticas sociais, gestão de pessoal e gestão social.

Vale dizer que, o termo “chefia de equipes” faz referência ao exercício do cargo de coordenação, gerência ou chefia, na administração pública ou privada pelo(a) assistente social, seja dirigindo ou coordenando outros(as) trabalhadores(as) que a ele(a) se subordinam (BARROCO; TERRA, 2012). Enfatiza-se ainda que, para fins deste trabalho, o termo “gestão de equipes” foi empregado de forma similar aos termos coordenação ou chefia de equipes.

Destaca-se que, em alguns momentos desta tese utilizou-se as nomenclaturas gestão de equipes, gerência, coordenação, chefe ou chefia, uma vez que a terminologia para o cargo varia de instituição para instituição. Todavia, após a pesquisa de campo, verificou-se que nas instituições analisadas a identificação que prevalece é a de “Chefe do Serviço Social”. Dessa forma, mesmo tendo dificuldade de concordar com a expressão referida, foi o termo prioritariamente adotado respeitando a nomenclatura institucional.

Embora os estudos sobre o mercado e as condições de trabalho do(a) profissional de Serviço Social tenham seu espaço de protagonismo nas discussões realizadas pelas entidades representativas da categoria, dentre elas o conjunto

---

<sup>4</sup> Revista Serviço Social e Sociedade é um periódico criado em 1979 e que, de acordo com Silva (2009), representa o protagonismo da Editora Cortez, de São Paulo, em apoio ao desenvolvimento acadêmico e técnico-científico do Serviço Social, atuando enquanto espaço mediador entre a produção científica da profissão e os diferentes momentos conjunturais vivenciados pela sociedade brasileira no período.

<sup>5</sup> A Revista Temporalis é um periódico criado em 2000 e editado pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Destina-se à publicação de trabalhos científicos sobre temas atuais e relevantes no âmbito do Serviço Social, áreas afins e suas relações interdisciplinares. <<http://periodicos.ufes.br/temporalis>>. Acesso em: 15/5/2013.

CFESS/CRESS e a ABEPSS, sinaliza-se nesse trabalho a escassa produção sobre a temática específica da atribuição privativa do exercício de chefia ou coordenação de equipes de Serviço Social. Por isso a temática merece ser colocada em debate, bem como seus dilemas e contradições.

Afirma-se que as investigações sobre as chefias de Serviço Social são escassas. Todavia, o conjunto CFESS/CRESS tem-se posicionado sobre o tema. Cita-se como exemplo a existência de duas publicações importantes que constituem referência para as/os profissionais chefes de equipe: “O Serviço Social em hospitais: orientações básicas” (CRESS, 2003) e os “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (CFESS, 2010). Na primeira publicação existe um elenco das atribuições da chefia de Serviço Social. Na segunda, apesar de não serem enfatizadas as coordenações ou chefias de equipe de Serviço Social, há reafirmação da importância da luta por um modelo de gestão democrática, que deve constituir referência para os(as) profissionais que ocupam cargos de chefias.

Iamamoto (2009, p. 349) aponta como um desafio, nos tempos atuais, “atribuirmos transparência aos processos e às formas pelas quais o trabalho do(a) assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade do capital” a fim de identificar sua funcionalidade e o potencial de que dispõe para impulsionar a luta por direitos e democracia. Neste sentido, acredita-se que o estudo sobre a gestão de equipes (que envolve diretamente a atribuição privativa de ser chefe/coordenador/a) possa constituir em uma questão importante na produção do conhecimento na área das Políticas Sociais e do Serviço Social na Saúde. Nesse sentido, é que se embasa o **objeto de estudo** desta tese: **a atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social em hospitais públicos na Cidade do Rio de Janeiro.**

Importa lembrar que dirigir serviços técnicos em instituições públicas ou privadas, ocupando cargos de chefias ou coordenações de equipe de Serviço Social, tem respaldo como atribuição privativa do(a) assistente social, de acordo com o artigo 5 inciso XII da Lei de Regulamentação da Profissão, N.º 8.662, de 7 de junho de 1993 (CFESS, 1993). Apesar de contemplada na legislação, não existe um acúmulo de produção de conhecimento que permita pesquisar sobre como tem se dado o exercício pelas(os) assistentes sociais dessa **atribuição privativa** – e nem como a formação prepara esse(a) profissional(a). Destaca-se assim, a importância de uma formação que considere a questão da gestão e que tenha inseridas em seu currículo questões referentes à gestão, correlacionadas às diretrizes democráticas e participativas.

Iamamoto (2012) faz uma análise detalhada das competências e atribuições privativas do(a) assistente social. Propõe três vias para aprimorar e explicitar a interpretação dos artigos 4º e 5º da Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993a), com vistas a subsidiar o trabalho da Comissão de Fiscalização do conjunto CFESS/CRESS. Em uma das propostas<sup>6</sup> encontra-se “o fortalecimento da política de capacitação profissional”, já desenvolvida pelo CFESS/CRESS, articulada ao trabalho de fiscalização, objetivando ampliar as informações sobre o exercício profissional. Esse processo deve envolver a elaboração e publicação de textos, em articulação com as unidades de ensino, que analisem as atividades e funções dos(as) assistentes sociais no tocante a área, matéria e unidade de Serviço Social, conforme contempladas nos artigos 4 e 5 da Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, de acordo com as orientações do Projeto ético- político.” (IAMAMOTO, 2012, p. 71)

Assim, a autora, ao destacar que o debate sobre as atribuições privativas e competências profissionais, através dos artigos 4 e 5, deve ser realizado para além das questões de ordem técnico-profissionais relacionadas ao direcionamento, conteúdo ou processamento da atividade propriamente dita. Afirma que este debate, necessariamente, encontra-se atrelado às condições de trabalho que vão interferir sobremaneira no exercício profissional. Por isso, defende-se que se torna necessário pensar na atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social, no contexto das condições, das relações de trabalho contemporâneas e das políticas sociais. A partir do crescente movimento implementado pelos processos de privatizações do público na saúde, que imprime novas formas de gerenciar os serviços, acentua-se as relações hierárquicas, impactando na proposta contra-hegemônica de consolidação de relações mais democráticas e participativas.

Quanto à utilização do termo “mais democrático”, pode-se inferir a partir de Marilena Chauí, que é difícil encontrar alguma sociedade que seja, de fato, democrática,

---

<sup>6</sup> As outras duas vias são: (...) “criar mecanismos normativos dentro do Conjunto CFESS/CRESS, de acordo com o poder legal que dispõe, que propicie atribuir maior precisão aos termos da Lei no que diz respeito às atribuições e competências do assistente social, facilitando o trabalho de fiscalização do exercício profissional. (...) E sistematizar a partir do próprio trabalho das Comissões de Fiscalização dos CRESS, que congrega um acervo importante de informações sobre o exercício profissional. Este, submetido a um processo de organização e análise crítica, pode ser socializado para o conjunto da categoria profissional, entidades e comissões de representação e unidades de ensino. Exige efetuar um criterioso levantamento das condições e relações de trabalho do assistente social, nas suas várias áreas de atuação, no sentido de identificar as funções, competências e atribuições que vêm sendo realmente praticadas pelo conjunto da categoria profissional na atualidade, a partir da organização dos dados já obtidos pelas Comissões de Fiscalização. Permitirá traçar um perfil do efetivo desempenho dos assistentes sociais nas unidades de trabalho, acumulando subsídios mais consistentes para precisar o texto legal” (IAMAMOTO, 2012, p. 69-70).

uma vez que “somente numa política socialista os direitos, que definem essencialmente a sociedade democrática, podem concretizar-se” (CHAUI, 2008, p.76). Afirma-se que, da mesma forma, não se encontra uma instituição ou uma chefia de equipe de Serviço Social com uma gestão democrática e participativa. Isso significa que existem “modos de gestão e de administração” com características **mais** ou **menos democráticas**, a depender do grau de informação, de participação e de transparência que se possibilita aos sujeitos.

Como trabalhadores, existem dilemas e desafios no contexto atual da saúde pública, sobretudo nos hospitais, que são postos cotidianamente aos(às) assistentes sociais e trazem conseqüências diretas para a defesa da democracia, dos direitos sociais, da liberdade, da qualidade dos serviços prestados à população e da operacionalização do Projeto ético-político profissional. É nesse processo tenso que é destacado o exercício da profissão, sobretudo o desenvolvimento da atribuição de chefiar equipes de Serviço Social, envolvendo a necessidade de tornar visíveis as formas de enfrentamento dos dilemas, conflitos e contradições desse lugar.

Na esteira desse tema, as análises precisam considerar a totalidade dos processos sociais, articulando dessa forma as esferas das políticas sociais e da economia, que impactam diretamente na gestão das instituições e no trabalho das/os assistentes sociais, sendo chefes ou não nos serviços de saúde.

Esses aspectos têm que ser considerados na análise da atribuição privativa de “chefiar” equipes de Serviço Social no contexto da saúde pública em tempos de privatização e neoliberalismo. Nesse sentido, é que a **gestão de equipes de Serviço Social**, aqui defendida, vai além do exercício da função administrativa e burocrática de atividades que, em muitas situações, corroboram com as demandas do mercado e as tendências neoliberais.

De modo empírico pode-se destacar que a ocupação do cargo de chefia de equipe por um(a) assistente social, num hospital ou em outra instituição, pode se dar por diversas maneiras. Diante disso, pressuponho que as relações cotidianas também se apresentem diferenciadas: tanto podem ser pautadas por movimentos e relações horizontais (tendências mais democráticas) como podem ser exercidas ratificando demarcações hierarquizadas e pautadas em relações de poder desiguais.

Minha hipótese era de que as assistentes sociais, ao exercerem a atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social, em alguma medida têm dificuldades para realizar uma gestão com traços mais democráticos e participativos articulados com o

Projeto ético-político profissional, mediante as questões da política de saúde atual, da hierarquia institucional, dos processos burocráticos e gerenciais, das privatizações crescentes nas unidades hospitalares e da intencionalidade de suas ações profissionais.

Indaga-se dessa forma, se – diante da diversidade de relações institucionais, o modo de gerência atual e a conformação da política de saúde que perpassam a ocupação do cargo de chefia – as assistentes sociais que ocupam este lugar, caminham numa direção com características mais democráticas e participativas? Ou legitimam diretrizes de trabalho que se coadunam com os processos hierárquicos, gerenciais (de poder) e de mercantilização da saúde?

Partindo desses apontamentos e da necessidade de pesquisar esse tema, os questionamentos feitos são os seguintes:

- Como as(os) assistentes sociais têm exercido a atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social em hospitais públicos, em tempos de privatização nas instituições públicas de saúde?
- Até que ponto as(os) assistentes sociais, enquanto trabalhadoras(es) assalariados(as) ocupando cargos de chefias de equipe de Serviço Social, conseguem imprimir a defesa de um projeto profissional com faces mais democráticas e participativas?
- Quais as mediações que as(os) assistentes sociais chefes de equipe têm realizado para fomentar nos espaços institucionais as possibilidades de efetivação do Projeto ético-político da profissão, no âmbito das chefias de equipes de Serviço Social?

A fim de responder a essas questões, definiu-se:

Como **objetivo geral**:

Analisar como tem se dado o desenvolvimento da atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social no contexto dos hospitais públicos federais na Cidade do Rio de Janeiro e sua relação com o Projeto ético-político do Serviço Social.

E como **objetivos específicos**:

1- descrever as principais ações/atividades dos(as) assistentes sociais ao ocuparem cargos de chefia de equipes de Serviço Social nos hospitais públicos federais do Rio de Janeiro;

2- identificar as dificuldades e as facilidades compartilhadas pelos(as) assistentes sociais ao ocuparem cargos de chefia de equipes de Serviço Social nos hospitais públicos federais do Rio de Janeiro;

3- problematizar em que medida os(as) assistentes sociais, que ocupam os cargos de chefia de equipes, conseguem operacionalizar uma gestão com características mais democráticas e participativas que garanta relações de trabalho pautadas nos princípios do Projeto ético-político do Serviço Social.

Além de questões como: a condição de trabalhadoras(es) assalariadas(os), a formação sócio-histórica da sociedade brasileira, a conformação das políticas sociais, as configurações nas formas de administração das instituições públicas, entre outras; as quais as(os) assistentes sociais chefes estão submetidas(os), conta-se ainda com a dimensão da intencionalidade das ações dos profissionais, as correlações de forças existentes nos espaços do trabalho, além da imagem<sup>7</sup> que se faz dessa profissão.

Destaca-se assim, a importância de analisar esse objeto a partir da totalidade, a fim de identificar articulações com o movimento da realidade, buscando ir além do imediatismo dos fenômenos sociais, considerando os diversos aspectos constitutivos dessa realidade que é dinâmica, complexa e contraditória.

Este estudo se vincula às contribuições de inspiração marxista. Portanto, o exercício da atribuição privativa do(a) assistente social nos espaços de coordenação ou chefias de equipes de Serviço Social na saúde está sendo entendido, neste trabalho de investigação, dentro de um processo fundamentado na base material da produção e reprodução da profissão e da política de saúde, considerando as características históricas, sociais e econômicas que estas apresentam, bem como seus sujeitos.

A pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa. Foi realizada uma pesquisa de campo com assistentes sociais chefes em instituições/hospitais com vinculações diretamente relacionadas ao tripé **ensino, pesquisa e assistência**. Trata-se de um estudo que apresenta resultados parciais em relação à realidade das assistentes sociais chefes de equipes na saúde de modo geral. Partiu-se de um determinado universo, isto é, assistentes sociais que exercem a atribuição privativa de chefiar equipes no âmbito federal. Esta particularidade pode acarretar algumas diferenciações na forma do exercício da chefia, se comparadas às profissionais que estão inseridas, por exemplo, nos hospitais nos âmbitos estadual e municipal do Rio de Janeiro. Por isso, este estudo não se propõe a generalidades.

Acredita-se que os benefícios deste estudo estão relacionados à possibilidade de reflexões sobre um tema ainda pouco frequente na agenda das discussões da categoria

---

<sup>7</sup> Sobre a discussão da imagem social e da autoimagem dos(as) assistentes sociais ver Ortiz (2010).

profissional, mesmo sendo uma atribuição privativa exercida por um número significativo de profissionais de Serviço Social. Os resultados também poderão subsidiar as próprias entidades da categoria – Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) – diante da necessidade de pautar o tema nas discussões.

Ainda é válido apontar para a importância dessa temática ser inserida e discutida amplamente nos processos de formação, inclusive com os(as) alunos(as) de graduação – já que estes, ao se formarem de acordo com as atribuições privativas da profissão, tornam-se “habilitados” ao exercício de chefiar ou coordenar equipes de Serviço Social e multiprofissionais.

A presente tese foi organizada em cinco capítulos.

O primeiro capítulo inicia com uma discussão sobre as “configurações” da administração pública no Brasil. Partiu-se da categoria de totalidade, negando assim uma visão fragmentada da realidade. Realizou-se um breve percurso histórico sobre as formas de administração na esfera pública. A partir dessa análise buscou-se destacar os principais dilemas enfrentados para a permanência da saúde como um direito universal, mediante o contexto da contrarreforma do Estado, que vem implantando na saúde os denominados “novos modelos de gestão”, o que acarreta consequências para as políticas públicas, com rebatimentos para o campo da gestão de equipes de Serviço Social.

No segundo capítulo, buscou-se situar o espaço complexo dos hospitais e as relações hierárquicas de poder, em suas formas de gerência, de maneira a refletir sobre os aspectos (gerenciais, sociais, econômicos e políticos) que influenciam a função de chefes ou gerentes de equipes na saúde. Deu-se ênfase aos hospitais porque o campo empírico refere-se ao trabalho das chefias nesses espaços. Para tanto, foi realizada ainda uma reflexão sobre a influência da Política Nacional de Humanização (PNH), uma vez que essa política perpassa atualmente a operacionalização das atividades nos hospitais públicos, sendo recomendação do Ministério da Saúde. Destacou-se a forma contraditória como a PNH, em sua proposta e desenho, traz rebatimentos para o trabalho em saúde, que, em nome de processos de qualidade, certificações, responsabilizações individuais, provocam mudanças estruturais nos modos de gestão dos hospitais públicos e, conseqüentemente, das equipes de Serviço Social.

Já no terceiro capítulo toma-se como ponto de análise o Projeto ético-político profissional, como base de sustentação teórica que viabiliza análise da atribuição

privativa de chefiar equipes de Serviço Social, a partir de mediações que permitem elucidar em que direção têm se dado as relações de gestão de equipe do Serviço Social nos hospitais. Ou seja, possibilita refletir até que ponto as(os) assistentes sociais chefes conseguem realizar uma gestão que se pretende mais democrática e participativa frente às requisições gerenciais postas pelo ideário neoliberal.

O quarto capítulo versa sobre o percurso metodológico, explicitando as fases da pesquisa de campo realizada com seis assistentes sociais chefes de equipes no Rio de Janeiro (o processo de coleta de dados e o método de análise). Também é apresentado o perfil das entrevistadas, bem como o cenário da pesquisa, a organização do Serviço Social nas instituições pesquisadas e a discussão sobre o cargo da chefia e sua relação com a formação profissional.

No quinto capítulo faz-se a análise das atividades, atribuições e competências da chefia de Serviço Social, dos projetos do Serviço Social e da gestão, destacando os dilemas entre o modelo de gestão institucional, os modos de administração e a gestão de equipes do Serviço Social. Ao final, discute-se a respeito dos desafios enfrentados pelas chefias de Serviço Social para a construção de uma gestão com tendências mais democráticas e participativas.

## **1- OS “MODOS” DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS “NOVOS MODELOS DE GESTÃO”**

A fim de discorrer sobre a gestão das equipes de Serviço Social na saúde é importante contextualizar as “configurações” da administração pública no Brasil, quais sejam a patrimonial, a burocrática e a gerencial, a partir da categoria de totalidade, negando assim uma visão fragmentada da realidade. Nesse sentido, considera-se a complexidade e a dinamicidade da sociedade brasileira e sua formação histórica, política, social, e cultural. Para tanto, faz-se necessário, inicialmente, realizar um breve percurso histórico sobre as formas de administração na esfera pública.

Essa análise contribui para observar como são operacionalizados esses “modos” de administração, com destaque para os rebatimentos nas políticas públicas na área da saúde e, conseqüentemente, para as chefias de equipe de Serviço Social. Tem a intenção de refletir sobre os principais dilemas enfrentados para a permanência da saúde como um direito universal, mediante o contexto da contrarreforma do Estado. Desta forma, pretende-se discutir, nos limites de um capítulo, os “novos modelos de gestão” implantados a partir dos anos 2000 no âmbito da saúde pública.

### **1.1 A administração pública brasileira: breve contextualização**

Na literatura sobre a administração pública brasileira é possível identificar três configurações com atributos específicos: a patrimonial; a burocrática e a gerencial, conforme destacado por Martins, 1997; Torres, 2004; Amoroso Lima, 2006; Chiavenato, 2008; Costa, 2012. Em concordância com os autores citados, nega-se a ideia de que essas configurações se caracterizem como modelos rígidos e lineares<sup>8</sup>. Acredita-se que essas “formas” ou configurações da administração pública são permeadas de complexidade, e, portanto, devem ser compreendidas a partir da dinâmica das condições sociais, econômicas e culturais da realidade brasileira.

Enfatiza-se também que, para realização desse debate, é fundamental explicitar qual a concepção de Estado e sociedade adotada para a realização da análise em curso, a despeito de uma apreciação linear e pragmática do tema. Não se pretende, porém, fazer

---

<sup>8</sup> Para Torres (2004) e Costa (2012), a categorização das configurações patrimonialista, burocrática e gerencial em “modelos” de administração atende a uma lógica didática. Trata-se um esquema difundido pela bibliografia especializada da administração pública, o que, em certa medida, pode dificultar uma análise a partir da totalidade dos fenômenos.

um estudo exaustivo sobre a relação Estado/Sociedade e Administração Pública, o que fugiria ao objetivo deste trabalho. A proposta é situar as formas de administração pública existentes no contexto do Estado capitalista, e pensar se ainda existem traços característicos dessas configurações no modo de exercer as gerências no âmbito das instituições públicas contemporâneas – já que se parte do princípio de que esses atributos podem influenciar a forma de chefiar equipes de Serviço Social na saúde.

Existem diversas doutrinas e teorias sobre o Estado e sobre a Sociedade, que não serão objeto da presente análise. Importa situar, para fins deste estudo, que o Estado está sendo entendido “enquanto um conjunto de relações criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes ou frações de classe se confrontam e se digladiam em defesa de seus interesses particulares” (PEREIRA, 2001, p. 26). Entende-se o Estado não como um fenômeno dado, neutro, genérico e pacífico, mas um Estado que – conforme Pereira, 2001, e Souza Filho, 2006 –, sob o domínio capitalista, em suas articulações com a sociedade acomoda alguns interesses da classe trabalhadora, mantendo, assim, os seus próprios interesses.

A partir deste entendimento de Estado é que as formas de administração pública serão abordadas, buscando-se identificar os traços característicos dessas configurações nas instituições públicas e suas influências na gestão atual das políticas sociais, das instituições ou das equipes de trabalho. Central, portanto, nesse processo é entender que os “modelos” ou configurações da administração pública estão sendo “considerados dentro de movimento global do capitalismo brasileiro, devendo ser entendidos sob esse prisma e não como um processo de racionalização da administração” (SOUZA FILHO, 2006, p. 196).

Para identificar as características dessas formas, configurações ou modelos de administração recorreu-se a alguns teóricos (WEBER, 1999; FRANCO, 1983; HOLANDA, 1995; CARVALHO, 1991, 2009; FAORO, 2001; IANNI, 2004; PRADO JUNIOR, 2004; FERNANDES, 2006, 2008) que se debruçaram sobre o assunto na tentativa de conhecer a relação histórica que envolve o Estado e a sociedade. Esses pensadores realizaram estudos detalhados e analíticos, que, em certa medida, acabaram abordando esses modelos de administração pública, em que pesem as diferenças teóricas entre eles.

Max Weber é o responsável pela introdução da discussão sobre patrimonialismo nas ciências sociais. Uma das grandes preocupações do pensamento político de Weber consistia na compreensão da racionalidade do mundo moderno e a forma como essa

racionalidade encontra-se presente na configuração do Estado (BOBBIO, 2003). Para tanto, Weber utilizou o conceito de patrimonialismo. Em sua obra *Economia e Sociedade*, Weber (1999) refere-se ao patrimonialismo como o trato da coisa pública pela autoridade como se fosse do âmbito do privado.

Mencionar a obra de Weber, de maneira a contextualizar o patrimonialismo, faz-se necessário mesmo que isso possa parecer distante do tema discutido. Contudo, a partir da análise de autores brasileiros (IANNI, 2004; PRADO JUNIOR, 2004; FERNANDES, 2006, 2008), percebe-se algumas afinidades com o objeto de estudo, sobretudo com relação às questões que permeiam a gerência nas instituições públicas atuais.

As formas como o exercício de poder persistem socialmente foram objeto de pesquisa de Weber (1999) que buscou conhecer como se processa o fenômeno da dominação no interior das relações sociais. Nesse sentido, o autor utilizou como recurso metodológico de análise para a legitimação desse poder os “tipos ideais de dominação”: o tradicional<sup>9</sup> (autoridade dada pelo peso das tradições); o carismático<sup>10</sup> (alicerçado nas qualidades e na força pessoal de um indivíduo que é capaz de arrebatrar multidões, no poder heróico, no carisma e na devoção) e o racional-legal<sup>11</sup> (baseado na legitimidade da ordem estatuída, nas leis, no direito do mando, nos códigos e regras racionalmente criadas).

O patrimonialismo seria uma forma de exercício da dominação por uma autoridade, a qual está legitimada pela tradição, cujas características principais estão no “... poder individual do governante que é amparado pelo aparato administrativo e recrutado com base em critérios unicamente pessoais” (WEBER, 1999, p. 33).

---

<sup>9</sup> “(...) Uma dominação tradicional ocorre quando sua legitimidade repousa na crença na santidade de ordens e poderes senhoriais tradicionais (...). O dominador não é um superior, mas senhor pessoal; seu quadro administrativo não se compõe primariamente de funcionários mas de servidores pessoais, e os dominados não são membros da associação, mas 1) companheiros tradicionais ou 2) súditos. Não são os deveres objetivos do cargo que determinam as relações entre o quadro administrativo e o senhor: decisiva é a fidelidade pessoal de servidor” (WEBER, 1999, p. 148).

<sup>10</sup> A carismática é a dominação fundada na “qualidade pessoal” e em virtude da qual se atribuem a uma pessoa poderes ou qualidades sobrenaturais, “sobre-humanas”, ou, “extracotidianos específicos”, onde o quadro administrativo do “senhor carismático” não é um grupo de funcionários profissionais. É escolhido de acordo as “qualidades carismáticas” (WEBER, 1999, p. 158-159).

<sup>11</sup> Para maior aprofundamento sobre os “tipos de dominação” ver WEBER, 1999.

Ao ser aplicada à realidade do Brasil, a teoria weberiana sobre patrimonialismo sofreu algumas alterações. Autores como Faoro (2001)<sup>12</sup>, Franco (1983)<sup>13</sup> e Holanda (1995)<sup>14</sup> defendem, por exemplo, ideias como “a supremacia do Estado em relação à sociedade”, “o status econômico como o principal critério para participação no poder” e “a política e os assuntos do Estado em conformidade com a noção do ambiente familiar”. A diversidade entre esses pensadores contribui para analisar a complexidade das formas de administração pública existentes na sociedade brasileira.

Em perspectiva mais crítica sobre o tema encontra-se Florestan Fernandes (2006), que, de acordo com análise de Aguiar (2000, p. 318), “adota um modelo interpretativo assentado em duas tradições analíticas quando estuda os processos de transformação da sociedade patriarcal no Brasil, elaborando uma fusão dos enfoques marxista e weberiano”. Ou seja, o autor considera as singularidades do processo histórico brasileiro de formação de uma sociedade nacional.

Conforme Aguiar (2000), Florestan Fernandes discute a colonização portuguesa no contexto do desenvolvimento de um complexo Estado Patrimonial. Destaca que mediante as concessões de sesmarias (doações territoriais efetuadas pela Coroa a um estamento administrativo) ocorreu a concentração da propriedade ou posse da terra nas mãos de alguns, e a exclusão da massa da população que não tinha acesso aos postos burocráticos.

Junior (2012), na mesma direção de Aguiar (2000), faz uma sistematização da utilização do conceito de patrimonialismo a partir de Fernandes, onde destaca dois momentos distintos do uso do termo pelo autor. Em um primeiro momento, considera que o patrimonialismo é analisado por Fernandes de maneira mais descritiva. No período da monarquia compreenderia um Estado não só composto por um quadro administrativo, como também um Estado cujas funções e benefícios são apropriados de forma privada pelo Rei e seus quadros (JUNIOR, 2012).

Essa característica do Estado português, nesse momento específico da história brasileira, é significativa, pois indica como o processo de colonização vai se desenvolver, no sentido de beneficiar os interesses

---

<sup>12</sup> Faoro (2001) defende a existência do patrimonialismo estatal. Segundo o autor, o Estado se projeta e surge independente da sociedade, a ponto de serem realidades diversas, que se desconhecem e se antagonizam. Ele acredita no poder que emana do centro.

<sup>13</sup> Franco aposta no patrimonialismo societal. De acordo com a autora, “a distribuição de bens se dava de acordo com critérios estritamente sociais” (FRANCO, 1983, p. 220).

<sup>14</sup> Para Sérgio Buarque de Holanda (1995), o “homem cordial” era propenso a não considerar a fundamental diferença entre seu interesse privado e a dimensão da esfera pública/coletiva.

dos setores ligados à Coroa Portuguesa, por meio de “relações patrimoniais”. (JUNIOR, 2012, p. 19)

Como uma das conseqüências desse tipo de relação estabelecida inicialmente no Brasil, tem-se a formação dos latifúndios, onde a grande massa da “população livre” foi excluída do controle do poder local e do direito de ter vínculos diretos com o Estado (JUNIOR, 2012). Devido a essa composição estrutural do período imperial, a maior parte da população brasileira adulta acabou por não ter participação direta na vida política, ou o acesso a essa participação limitou-se ao exercício de atividades subordinadas aos interesses das camadas dominantes.

Formaram-se, assim, duas orientações de comportamento, que eram sancionadas pela tradição e reforçadas por uma longa prática: de um lado, nas camadas populares, a de alheamento e de desinteresse pela vida política; de outro, nas camadas dominantes, a de que o exercício do poder político fazia parte dos privilégios inalienáveis dos setores “esclarecidos” ou “responsáveis” da nação. (FERNANDES, 2008, p. 99)

Num segundo momento, de acordo com Junior, Fernandes modifica seu entendimento sobre patrimonialismo, qualificando o conceito.

Não se trata mais, nesse momento, de compreender um padrão de relações sociais que foi transplantado de Portugal, mas sim as transformações que ele sofre quando se insere em uma nova conjuntura nacional e internacional. Por isso, “patrimonialismo” e “dominação patrimonial” são categorias que não serão mais utilizadas, do mesmo modo, para qualificar as relações do âmbito do “domínio” e aquelas que se referem à sociedade nacional. Fernandes vai se valer agora de uma variação dessas categorias, ainda calcada em Weber: a da “dominação patrimonial-estamental”. (JUNIOR, 2012, p. 22)

Independentemente do ângulo de análise dos estudiosos sobre as práticas patrimonialistas no Brasil, que, como visto, se diferencia em uma perspectiva mais crítica como a de Fernandes (2008) ou mais conservadora como a de Faoro (2001), a análise de Costa (2012) sintetiza de maneira bastante explícita como essas práticas se configuram nos dias de hoje. Para este autor, são práticas da espécie apropriação do público pelo privado, tendo como gêneros o compadrio, a camaradagem, o clientelismo, o corporativismo, o favoritismo e, nos dias de hoje, a corrupção.

De acordo com análises de Costa (2012, p. 50), em que pese não encontrar no capitalismo terreno fértil para sustentação do patrimonialismo, na acepção do conceito, “a configuração patrimonial subsiste representada por interesses privados individuais e de grupos que insistem em se apropriar do que é público”. Nesse sentido, pode-se

afirmar que muitas dessas características se encontram presentes no estilo político e nos modelos da administração pública das instituições brasileiras.

Na mesma direção de Florestan Fernandes (2006) encontra-se Ianni (2004). Ambos tomam como ponto de partida histórica para a análise do Brasil a sociedade escravista do tempo do Império, sendo esta considerada como escravocrata, senhoril e patriarcal.

Ianni (2004) afirma que o Brasil, até 1822, não tinha conseguido estabelecer um ritmo da história, mesmo com os movimentos e lutas populares. Com a proclamação da república e a abolição da escravatura, o autor aponta que o Brasil busca a modernidade, com base nas forças econômicas e políticas interessadas na agricultura, indústria e comércio.

(...) os prenúncios do Brasil moderno esbarravam em pesadas heranças de escravismo, autoritarismo, coronelismo, clientelismo. As linhas de castas, demarcando relações sociais e de trabalho, modos de ser e pensar subsistiam por dentro e por fora das linhas de classes em formação. O povo, enquanto coletividade de cidadãos continuava a ser uma ficção política. Ao mesmo tempo, setores do pensamento brasileiro vacilavam em face de inclinações um tanto exóticas e demoravam-se para encontrar-se com a realidade social brasileira. (IANNI, 2004, p. 33)

Como se observa, o peso da herança colonial e do passado imperial do Brasil “marcou profundamente a formação da sociedade brasileira”, através do clientelismo e do coronelismo, tendo deixado como herança o patrimônio negativo da imagem de um Estado a “serviço do poder privado” como afirma Ianni(2004). Importa destacar nesse sentido, que tanto o clientelismo quanto o coronelismo são termos empregados para delinear as possibilidades em que a política se processa, através da “distribuição de recursos públicos em troca de apoio, e no qual as lideranças políticas se caracterizam pela intermediação entre os governos e os diferentes tipos de clientela” (COSTA, 2012, p. 65). Nessa perspectiva, coronelismo e clientelismo se caracterizam como expressões da política de cooptação da população.

Fernandes (2006) defende que, com a consolidação do Estado Nacional no Brasil, teremos novas configurações da forma de administração brasileira, apesar do patrimonialismo<sup>15</sup> ainda permanecer, conformando interesses privados individuais e de

---

<sup>15</sup> Guardadas as diferenças de análise entre os autores e seus posicionamentos conceituais, fato é que práticas patrimonialistas, oriundas da indistinção entre público e privado, enraizaram-se estruturalmente

grupos que prevalecem sobre o que é público. Esse cenário se mantém nas práticas políticas mesmo com o fortalecimento do poder central do Estado pós-1930.

O ano de 1930 representa um divisor de águas na história do país. Carvalho (2009) aponta que a Revolução de 1930 foi conseqüência de uma convicção reformista de pensadores políticos que foi ganhando força na década de 1920, sob o argumento de que era necessário fortalecer novamente o poder central, como condição para implantar as mudanças que se faziam necessárias.

Primordial para a compreensão desses processos é reconhecer que as reformas ou contrarreformas são processuais e parte dos aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais (BEHRING, 2003). Por isso, não podem ser considerados como lineares.

Embalados pelo contexto, pós-quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque, em 1929, os países buscavam proteger suas economias (BERQUÓ, 2004). No Brasil, deu-se ênfase à industrialização e ao fortalecimento do empresariado nacional. O governo varguista pretendia a modernização administrativa do aparelho do Estado.

(...) a reforma do ciclo Vargas, inserida num projeto de modernização autoritária, representou um amplo conjunto de medidas voltadas para a desarticulação do Estado oligárquico, característico da chamada República Velha (1889-1930). De teor centralizador, envolveria, em seu aspecto administrativo, a modernização e a racionalização do aparelho burocrático. A reforma implantou um novo modelo de Estado, caracterizado por vasto poder de intervenção na ordem econômica e social. Além disso, com a criação de empresas no setor de infraestrutura industrial, delineou-se a formação do Estado-empresário, criando-se as bases para o futuro Estado desenvolvimentista. (DINIZ, 2000, p. 32)

Desde então houve uma aceleração das mudanças sociais e políticas. O movimento político militar de 1930 assumiu uma nova configuração ao reconhecer a questão social (CARVALHO, 2009). Esse reconhecimento garantiu por um lado a contenção de diversos sujeitos, em especial o movimento operário. E por outro, permitiu um avanço na legislação social<sup>16</sup>. Do ponto de vista dos direitos<sup>17</sup>, a mudança mais

---

no processo de burocratização do Estado, mediante a interferência do personalismo, do clientelismo e da troca de favores na própria esfera estatal (COSTA, 2012).

<sup>16</sup> A análise de Boschetti (2010) em relação a esta conjuntura, em termos mundiais, aponta que a criação de políticas sociais neste período constitui respostas à crise de 1929 (da qual a queda da bolsa de Nova Iorque constitui a maior expressão). A ampliação do papel do Estado na prestação de serviços vinculados às políticas sociais (saúde, habitação, previdência, educação, programas sociais) acabou assegurando o aumento de empregos no setor público, bem como a ampliação indireta dos salários e conseqüentemente, o consumo de massa.

<sup>17</sup> Para Carvalho (2009), os direitos políticos tiveram uma evolução mais complexa. O Brasil entrou em uma fase de instabilidade, alternando-se entre ditaduras e regimes democráticos.

importante, de acordo com o autor, foi o avanço dos direitos sociais. Uma das primeiras medidas do governo de Getúlio Vargas foi a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio em 1930. A seguir veio a legislação trabalhista e previdenciária, completada em 1943 com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A partir desse impulso, a legislação social ampliou seu alcance, apesar dos grandes problemas financeiros e gerenciais que até hoje afligem sua implementação.

No que tange a uma possível categorização da administração pública no Brasil tanto Fernandes (2006) quanto Holanda (1995) concordam que a administração burocrática<sup>18</sup> no Brasil inicia-se na década de 1930, com o governo de Getúlio Vargas. Ainda a esse respeito, Pimenta (1998, p. 185) destaca que, a administração burocrática “caracteriza-se pela centralização das decisões, a hierarquia baseada no princípio da unidade de comando, a adoção de estruturas piramidais de poder, a rigidez e impessoalidade das rotinas, e o controle dos processos administrativos”.

A partir de 1936, iniciou-se a primeira reforma administrativa promovida por Luís Simões Lopes, no governo de Getúlio Vargas. É a burocracia descrita por Max Weber, baseada no princípio do mérito profissional (BRESSER-PEREIRA, 1997). Nesse período, observa-se a criação de diversas organizações burocráticas públicas. Destaca-se a criação do Conselho Federal do Serviço Público Civil, que depois de dois anos foi transformado no Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) – inspirado no modelo inglês da *Civil Service Commission*<sup>19</sup>. Passou a ser o órgão executor e formulador da nova forma de pensar e organizar a administração pública (DINIZ, 2000; BERQUÓ, 2004; AMOROSO LIMA, 2006; COSTA, 2012).

O governo argumentava, à época, que a implantação do modelo de organização burocrática melhor serviria à nova fase econômica do país. A função de racionalização administrativa conferida ao DASP foi “influenciada pela teoria da administração científica de Taylor”, cuja proposta era, de acordo com Amoroso Lima (2006) de:

(...) racionalização mediante a simplificação, padronização e aquisição racional de materiais, revisão de estruturas e aplicação de métodos na definição de procedimentos, além da elaboração da proposta

---

<sup>18</sup> As características do estado burocrático são nos moldes da dominação racional-legal conceituada por Weber (1999) como: a impessoalidade, a padronização, formalismo, controles rígidos de comando, profissionalização.

<sup>19</sup> O DASP foi criado pelo Decreto-lei 579, de junho de 1938. Era, essencialmente, um órgão central de pessoal, material, orçamento, organização e métodos. Absorveu o Conselho Federal do Serviço Público Civil, que havia sido criado pela Lei nº 284, de outubro de 1936, que instituía também o primeiro plano geral de classificação de cargos e introduzia um sistema de mérito (BRESSER-PEREIRA, 2001).

orçamentária federal e a fiscalização e a execução do orçamento (AMOROSO LIMA, 2006, p. 20).

Isso significa que a proposta era de adequação ao projeto de “modernização” autoritária. Torres (2004, p. 149) afirma que o DASP “representou um instrumento político vastamente utilizado na tarefa de garantir a sustentação do poder ditatorial” do governo Vargas.

Do ponto de vista conceitual, Souza Filho (2006) chega a uma definição de burocracia a partir de uma análise crítica da apreciação weberiana.

A burocracia é a forma legítima de obter obediência de um grupo de pessoas e exercer o poder de classe para atingir objetivos voltados para a expansão capitalista, através do emprego econômico de recursos materiais e conceituais e do esforço humano coletivo, assim como da adequação desses recursos aos fins visados, que se expressam, também, pela necessidade de atender determinadas demandas da classe dominada. (SOUZA FILHO, 2006, p. 91)

A proposta de implantação da burocracia estava em sintonia com a emergência do capitalismo industrial, cujos objetivos eram atender aos interesses dos produtores econômicos.

A administração pública burocrática foi adotada para substituir a administração patrimonialista<sup>20</sup>. Todavia, não existe uma linearidade nessa suposta substituição dos modelos de administração pública. Segundo as análises de Souza Filho (2006, p. 115), a administração pública brasileira “nasce, desenvolve-se e se consolida a partir de uma espinha dorsal que combina patrimonialismo e burocracia, configurando uma unidade contraditória”, o que se encontra em consonância com a particularidade do capitalismo de tipo periférico do Brasil. A proposta do modelo de administração pública burocrática

(...) surge com a preocupação de combater os excessos do modelo patrimonialista, caracterizado pela confusão entre o interesse público e o privado: o Estado, nessa visão, era quase que uma extensão da família real e tinha como atribuição fundamental administrar os bens da realeza. As conseqüências inevitáveis dessa abordagem foram: corrupção, clientelismo, fisiologismo, etc. (FERREIRA, 1996, p. 8)

Todavia, as características da gestão patrimonialista (com a ausência de distinção entre público e privado) ainda se faziam presentes. Um dos fatores para a

---

<sup>20</sup> A proposta de mudanças da configuração patrimonialista para a burocrática teve o apoio das elites brasileiras, uma vez que a proposta dessa forma de administração as beneficiava. Nesse sentido, concorda-se com Fernandes (2006) em que as elites brasileiras não apoiariam qualquer proposta de mudança social que, de alguma forma, as desprivilegiasse.

continuidade desse processo está no fato de as “reformas” terem sido impostas de cima para baixo, além de não corresponderem às reais necessidades da população, conforme sinaliza Holanda (1995).

Nessa mesma direção, Prado Junior (2004, p. 124) pontua que no processo de modernização da sociedade brasileira, o poder público “favoreceu o enriquecimento privado”, o que proporcionou que o governo se tornasse “instrumento do desenvolvimento econômico, (...) assim como beneficiou o surgimento de uma burguesia que se alimentou e progrediu da ação estatal e das iniciativas públicas” (PRADO JUNIOR, 2004, p. 161). O autor aponta que “(...) a administração pública se tornou uma densa trama de negócios particulares” (PRADO JUNIOR, 2004, p. 165), situação que acabou favorecendo o distanciamento da maior parte da população da esfera política<sup>21</sup>.

No período que se segue, após o fim dos 15 anos de Getúlio Vargas no poder, mudanças na administração pública foram realizadas no governo de Juscelino Kubistchek de Oliveira. Buscou-se descentralizar e modernizar a Administração Pública, criando o que foi denominada Administração Paralela. Berquó (2004, p. 145) destaca que “foi possível executar o Plano de Metas que tinha como um de seus princípios a eficiência”. Desta forma, no pós-Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento característico dos anos de 1950 no Brasil foi o próprio processo de expansão das multinacionais, pela necessidade de expansão do capital norte-americano. Importante destacar que se trata de colocar em prática medidas destinadas a aperfeiçoar o *status quo*. Isso significa, em última instância, “(...) reformar alguma coisa para que nada se transforme” (IANNI, 2004, p. 100). Portanto,

(...) a ênfase das tentativas de mudanças administrativas ocorridas no governo Juscelino Kubistchek de Oliveira privilegiaram os sentidos formais da administração pública, mantendo grande parte dos funcionários, principalmente aqueles das burocracias superiores, na condição de ocupantes de cargos de confiança – portanto, servidores dos interesses próprios do governante (AMOROSO LIMA, 2006, p. 28).

Foi nessa perspectiva que o projeto desenvolvimentista se consolidou no Brasil, tendo, de um lado, a preocupação do governo em superar o subdesenvolvimento

---

<sup>21</sup> A esse respeito, José Murilo de Carvalho (2009) destaca que, a própria herança colonial personificada pela escravidão; além da grande propriedade rural e um Estado comprometido com o poder privado constituem empecilhos ao exercício da cidadania civil (participação). A escravidão foi “abolida” em 1888 no Brasil, contudo, é fato que os donos das grandes propriedades rurais ainda exercem seu poder em algumas áreas do país, sendo este um tema presente na agenda atual das reformas.

brasileiro, com foco no processo de modernização, o que ocorre através do incentivo da expansão das multinacionais; e, de outro lado, a grande massa dos trabalhadores vivenciando um processo de pauperização intensificada a partir do aumento de desemprego. O final do período 1945-64 foi marcado por uma forte radicalização política, em meio ao cenário da Guerra Fria. Como resultado, o Brasil vivenciou a realização de um golpe de Estado, com apoio de líderes civis e capitaneado pelos militares. Instalou-se um regime político militar que durou cerca de 20 anos (NETTO, 2002).

A instauração da ditadura militar em 1964 teve como conseqüências a suspensão dos direitos civis<sup>22</sup> e políticos e uma retomada de valores tradicionais centrados na manutenção da ordem social e na intervenção estatal na vida das pessoas. Ocorreu, nesse período, uma série de ações visando ao “desmantelamento”, ou seja, ao controle ou fim das organizações sociais existentes, a exemplo da intervenção estatal nos sindicatos e do fechamento de associações civis. O Estado atuou com base no “binômio repressão-assistência”, conforme afirma Netto (2002), buscando sua legitimidade no poder. Nesses termos, a burocracia apresentou-se como funcional ao Estado, visando à manutenção da ordem. “A burocracia responde a uma dada organização social que supõe a existência de dominados e dominantes, social e economicamente” (SOUZA FILHO, 2006, p. 68).

Esse regime autoritário e burocrático promoveu a reforma administrativa de 1967, consubstanciada no Decreto-Lei 200. Bresser Pereira (2001) destaca que:

Em síntese, o Decreto-Lei 200 foi uma tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerado como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil. A reforma teve, entretanto, duas conseqüências inesperadas e indesejáveis. De um lado, ao permitir a contratação de empregados sem concurso público, facilitou a sobrevivência de práticas clientelistas ou fisiológicas. De outro lado, ao não se preocupar com mudanças no âmbito da administração direta ou central, que foi vista pejorativamente como burocrática ou rígida, deixou de realizar concursos e de desenvolver carreiras de altos administradores. O núcleo estratégico do Estado foi, na verdade, enfraquecido indevidamente através da estratégia oportunista ou ad hoc do regime militar de contratar os escalões superiores da administração através das empresas estatais. (...) É certo que surgiu uma burocracia pública de alta qualidade, bem preparada, bem paga, que teve um papel fundamental na execução dos projetos de desenvolvimento industrial de então. Por outro lado, (...) as carreiras de Estado foram em grande parte abandonadas, exceto a magistra-

---

<sup>22</sup> A noção de cidadania que vigorou no período anterior ao de 1964 permanecia no pós-1964, só que de forma ainda mais dificultosa para a classe trabalhadora, de vez que, devido ao controle sindical e ao controle do salário profissional, os benefícios eram cada vez mais estratificados.

tura, a diplomacia e as carreiras militares. Os concursos públicos espaçaram-se, os salários decaíram. Surgiu um grave problema de pessoal qualificado nas funções exclusivas de Estado. (BRESSER-PEREIRA, 2001, p. 16)

Todo esse cenário, de foco extremamente autoritário, conviveu com o chamado “milagre econômico”, que se constituiu em um grande crescimento da economia. Enriqueceu os que já eram ricos e, de certa forma, permitiu uma ascensão da classe média, até então desconhecida no país, que passou a ter acesso ao consumo em massa<sup>23</sup>.

O Brasil vivenciava certo descompasso com o plano internacional, já que em termos mundiais ocorria a reação burguesa à crise do capital, iniciada no final dos anos 1960, com conseqüências para a política social (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Vale recordar que, em termos mundiais, após uma era de prosperidade na história do capitalismo, denominada de “anos de ouro”, esse modelo entrou em crise<sup>24</sup> em meados da década de 1970 (NETTO; BRAZ, 2006). O sucesso desse período alicerçava-se basicamente numa intervenção estatal ativa, resguardada por um forte consenso social (o pacto socialdemocrata). No aspecto social, essa intervenção era estruturada a partir do Welfare State ampliado e consolidado no mundo desenvolvido, conforme defendem Netto e Braz (2006). O Estado de Bem-Estar Social reforçou sua capacidade redistributiva e compensatória, ampliando o leque de políticas sociais e o número de pessoas atingidas.

Na dimensão econômica predominava uma orientação Keynesiana, marcada pela existência de vários mecanismos macroeconômicos de regulação e indicação do investimento privado. Era preconizada uma participação estatal em setores produtivos considerados estratégicos, além da busca pelo pleno emprego (NETTO; BRAZ, 2006; BEHRING; BOSCHETTI, 2006). No âmbito administrativo, através do modelo burocrático weberiano, era objetivo da estrutura governamental tornar-se cada vez mais eficaz, meritocrática e impessoal.

Como resultado da crise vivenciada pelo capitalismo, políticas recessivas foram postas em prática. Os Estados entraram em uma era marcada por uma crise fiscal intermitente, uma vez que as receitas diminuíram, mas as despesas não reduziram. Para financiar as despesas, os governos tiveram que se endividar buscando recursos no

---

<sup>23</sup> Fruto da introdução da produção quer seja de automóveis, eletrodomésticos e até mesmo do mercado imobiliário.

<sup>24</sup> Netto e Braz (2006, p. 157) defendem que “as crises são inevitáveis sob o capitalismo; mas é perfeitamente possível e viável uma organização da economia estruturalmente diferente da organização capitalista, capaz de suprimir as causas das crises”.

mercado financeiro internacional. Abriu-se o ciclo da desregulamentação e globalização financeira. O endividamento público restringiu a capacidade de os países aumentarem seus investimentos e os gastos correntes, ao passo que o pagamento dos juros elevou sua participação nos orçamentos nacionais<sup>25</sup> (ABRUCCIO; COSTA, 1998).

Nos finais dos anos 1970 do século passado ocorreu a eleição de Margareth Thatcher, em 1979, na Inglaterra, e a vitória do Republicano Ronald Reagan, em 1980, nos Estados Unidos. Ambos adotaram o neoliberalismo como experiência estatal. As medidas neoliberais tiveram expressões diferenciadas entre os países do capitalismo central e os de capitalismo periférico.

Nos países do capitalismo central a consequência foi a restrição das políticas sociais, estabelecimento de condicionalidades para acesso às políticas sociais, abandono dos princípios da universalidade e da redistributividade (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

No Brasil, os impactos da crise chegaram em um período diverso, já que o país vivenciava um processo de luta pela democracia, após um longo período de ditadura militar. Com a retomada do regime democrático no país, os desafios se acentuavam. Do ponto de vista político, apesar do fracasso da luta pelas eleições diretas e da frustração causada pela morte de Tancredo Neves (que era o presidente da República à época), iniciou-se o que os historiadores vão chamar de Nova República<sup>26</sup>.

Após um longo período de trabalho da Assembleia Nacional Constituinte, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, orientada pelos princípios da universalidade, responsabilidade pública e gestão democrática, trazendo inovações para a ampliação dos direitos sociais. Contudo, tornou-se consenso entre estudiosos no assunto (BRAVO, 1991; ABRUCCIO; COSTA, 1998; BEHRING; BOSCHETTI, 2006) que a Constituição de 1988 acabou convivendo com limites postos pela desfavorável correlação de forças à época da sua aprovação.

---

<sup>25</sup> (...) “a onda longa expansiva é substituída por uma onda longa recessiva: a partir daí e até os dias atuais, inverte-se o diagrama capitalista: agora, as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas” (NETTO; BRAZ, 2006, p. 214).

<sup>26</sup> A Nova República apresentava várias implicações, como: sucessão de planos que buscam vencer as taxas “estratosféricas” de inflação, o que gerava instabilidade financeira; dívida externa que gerou moratória e conseqüentemente diminuição dos investimentos estrangeiros; desemprego na faixa da população mais jovem e mais idosa; medidas sociais insuficientes para dar conta das expressões da questão social; manutenção de programas tradicionais, o que imputava à política social daquele período um caráter compensatório, seletivo e fragmentado (ABRUCCIO; COSTA, 1998).

Os anos de 1990 iniciaram-se com a gestão do Presidente Fernando Collor<sup>27</sup> de Melo, que foi afastado de seu exercício, via *impeachment*, assumindo assim o seu Vice-presidente, Itamar Franco.

Durante o período em que Collor permaneceu no poder configurou-se um novo retrocesso na administração pública brasileira. O seu estilo autocrático e centralizador de governar levou-o a utilizar indiscriminadamente medidas provisórias para a implementação do seu plano de ação. Seu comportamento atentou gravemente contra as instituições e provocou um retrocesso autoritário, à medida que certas garantias constitucionais foram subvertidas pelo próprio chefe do Estado e que a tecnocracia incorporava ainda mais poderes e atribuições. (AMOROSO LIMA, 2006, p. 49)

No governo de Itamar Franco foi criado o Plano Real. Itamar nomeara Fernando Henrique Cardoso (FHC) como Ministro da Fazenda, e o Plano Real, de junho de 1994, funcionaria como sustentação para a eleição de FHC, em 1995, como Presidente da República. A bandeira da necessidade de “reforma” se propagava em vários países. Dentre outros fatores, o processo de globalização e neoliberalismo reduziu a autonomia do Estado. A reformulação do aparelho estatal tornou-se uma questão universal independente do perfil ideológico dos governos, e mesmo levando em conta as diferentes respostas dadas às crises fiscal e administrativa (ABRUCCIO; COSTA, 1998; ALMEIDA, 1999; AMOROSO LIMA, 2006).

A onda das “reformas”<sup>28</sup>, no Brasil, foi propagada a partir de 1990 (ALMEIDA, 1999; BEHRING, 2003). A chamada “era Fernando Henrique Cardoso” foi marcada por esse mote já iniciado, mas sem êxito, pelos governos Sarney (1985-1989) e Collor (1990-1992). Ambos os governos, de acordo com Abrucio e Costa (1998), foram incapazes de sustentar qualquer tipo de reforma. O primeiro acabou transformando a administração pública em um vasto campo para loteamento de cargos sem concursos. E o segundo realizou um verdadeiro “desmanche” do setor público federal, piorando a qualidade dos serviços públicos oferecidos<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Cabe destacar que, no governo de Fernando Collor de Melo, no que tange à administração pública, as tentativas de reforma foram equivocadas. O então presidente iniciou um desmonte na administração pública, com corte de funcionários, redução dos salários reais e diminuição do tamanho do Estado (ABRUCCIO; COSTA, 1998).

<sup>28</sup> Behring (2003) considera que o termo mais adequado para caracterizar essas mudanças seria contrarreforma, pois estas vêm na direção da supressão de direitos. Já as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressivas.

<sup>29</sup> O descrédito no serviço público, enfatizado no governo de Fernando Collor de Melo, e ainda hoje, pelos meios de comunicação, serviu de pano de fundo, à época, para a “demissão” em massa de vários

Com o Plano Real iniciou-se uma nova etapa da “reforma” estatal, com ênfase nas privatizações e na reforma da previdência social. O baixo nível de eficiência, de eficácia e efetividade somado à precariedade dos serviços prestados pela administração pública foram e ainda são os argumentos utilizados para realização das “reformas” – aqui entendidas como contrarreformas (BEHRING, 2003) – na administração pública no Brasil (ABRUCIO; COSTA, 1998).

Uma das características marcantes da “era Cardoso” foi a retomada da reforma do Estado, com objetivo de diminuir o papel do Estado. A implantação desse modelo de administração pública denominado de gerencial visava, de acordo com Pereira (2008), a superação do modelo burocrático de gestão. Mediante a adoção de mecanismos cujos objetivos estão relacionados à excelência administrativa, pode-se encontrar significativas mudanças econômicas, a partir de procedimentos voltados para o mercado, tais como: o ajuste fiscal, a privatização e a desregulamentação.

Por tratar-se de um modelo pós-burocrático, buscou importar ferramentas de gestão provenientes do setor privado, bem como a aplicação da lógica de mercado dentro do setor público, focalizando o aumento da eficiência econômica do Estado. Em harmonia com as experiências internacionais que estavam em curso, inicia-se, assim, um amplo processo de revisão das formas de prestação dos serviços públicos no Brasil. (PEREIRA, 2008, p. 75)

Em tese de doutorado, Souza Filho (2006), de maneira crítica, aponta que o modelo gerencial<sup>30</sup> não supera nem suprime a burocracia. Pelo contrário:

(...) indica a manutenção da burocracia através de um processo que combina “burocracia monocrática”, para os centros de decisão, com “flexibilização burocrática”, via descentralização, para a periferia da ordem administrativa, possibilitando a incorporação de traços patrimonialistas na gestão pública. (SOUZA FILHO, 2006, p. 31)

Desta forma, o modelo gerencial acaba sendo, em essência, uma proposta vinculada ao neoliberalismo, com base na sugestão de procedimentos “gerenciais flexíveis”, num quadro de “centralização burocrática, para adequar a ordem administrativa a uma nova forma de comando, mais direta e mais explícita, efetivada pelas classes dominantes” (SOUZA FILHO, 2006, p. 320-321).

---

servidores públicos. “O efeito produzido, no entanto, demonstrou que a demissão em massa não resolveria a ineficiência da burocracia estatal” (PIERANTONI, 2001, p. 344).

<sup>30</sup> Souza Filho (2006) discorda das análises que consideram o gerencialismo um paradigma de ordem administrativa do mesmo estatuto teórico do patrimonialismo e da burocracia.

A elaboração, em 1995, pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) (BRASIL, 1995)<sup>31</sup> foi coordenada por Bresser Pereira, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso. A proposta era aprofundar a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial.

(...) o executivo aprovou no Congresso uma reforma profunda do capítulo da ordem econômica, eliminando os mecanismos de reserva do mercado, protecionismos e monopólio estatal que inibiam o investimento privado e a privatização ou concessão dos setores de infraestrutura; de outro, empenha-se em aprovar reformas na Previdência e na Administração Pública. No caso da reforma administrativa, o principal objetivo é reduzir os gastos públicos, sobretudo nos Estados, e flexibilizar a administração pública, para tornar possível a modernização da gestão dos órgãos públicos, com a criação de novas formas de provisão dos serviços – como se propõe no Plano Diretor para Reforma do Aparelho do Estado. (ABRUCIO; COSTA, 1998, p. 13)

Pereira (2008) contribui afirmando que a reforma do Estado brasileiro iniciada em 1995 teve como objetivo manter o equilíbrio das contas públicas e, ao mesmo tempo, elevar a capacidade reguladora da ação estatal, além de contemplar a parceria com a sociedade civil e a implementação de privatizações. Os textos oficiais, de acordo com Teixeira (2009, p. 561), tinham a intenção de “justificar a subsunção das políticas públicas do governo às pressões dos organismos internacionais, (...) transferir aos servidores públicos a responsabilidade pelo sucateamento da coisa pública”, além de ocultar os determinantes da retração de verbas e de pessoal, imputando às questões gerenciais a causa dos problemas dos serviços públicos, retirando o foco da política governamental sob o ideário neoliberal.

Nessa direção, foram propostas iniciativas como

(...) a criação de Agências Executivas em áreas de telecomunicações, energia elétrica, gás e combustíveis; a implementação de um modelo de publicização das atividades consideradas não-exclusivas, por meio das organizações sociais, entidades públicas não-estatais, abrangendo hospitais, universidades, institutos de pesquisa, entre outras, que receberiam recursos do Orçamento da União para a execução de atividades mediante contratos de gestão. (AMOROSO LIMA, 2006)

---

31 Os argumentos ideológicos que sustentam as propostas da Reforma do Estado de Bresser Pereira (1997) defendem que serviços não exclusivos do Estado – tais como saúde, educação, cultura, assistência social, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público (art. 40, §§ 14 e 15, da CF), comunicação social e promoção do turismo nacional – possam ser executados por entidades público/privadas, tomando por base a idéia do mercado como provedor, e não o Estado.

Deste modo, pode-se observar que a intenção da reforma administrativa coordenada por Bresser Pereira (2001) trouxe consequências danosas para as políticas sociais, com repercussões cada vez mais assustadoras para a classe trabalhadora.

O plano coordenado por Bresser Pereira (2001) apresentou a terceirização como proposta para transformar a gestão pública, sob diferentes modalidades. São propostos os Contratos de Gestão, com a inserção das Organizações Sociais (OSs) (1998) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) (1999). Essas modalidades surgem como um “novo modelo de gestão”, como será visto no item 1.3 deste capítulo.

A perspectiva de análise sustentada pelo governo desde a fundamentação do Plano Diretor de Reforma Administrativa (PDRE) em 1995, até os dias de hoje, “é de que o Estado brasileiro é burocratizado e não busca resultados, por isso, é ineficiente” (TEIXEIRA, 2012, p. 74). Trata-se de construir um novo tipo de Estado capaz de atuar como parâmetro fundamental para os países enfrentarem os dilemas econômicos e sociais. Esse Estado teria por objetivo ser essencialmente regulador, e não executor. As atividades mantidas sob sua responsabilidade deverão ser preferencialmente executadas de forma descentralizada, com a contratação de entidades ou empresas privadas (TEIXEIRA, 2012).

É importante sinalizar que a aposta na modernização do processo de gestão, centrado no modelo gerencial, está vinculada a organismos internacionais, dentre eles o Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD), cuja missão é:

(...) colaborar para a difusão e o debate das idéias e práticas sobre a reforma do Estado, particularmente da Administração Pública, [que] tem um papel estratégico: promover a Reforma Gerencial do Estado latino-americano. Isto porque a Reforma Gerencial da Administração, que vem ocorrendo em um número crescente de países, é a que oferece as melhores respostas aos desafios econômicos, sociais e políticos presentes na América Latina. (CLAD, 1998, p. 5)

Sob o argumento da redução dos gastos públicos, através do ajuste fiscal e da modernização das burocracias, torna-se evidente o crescimento da área empresarial financeira. Pode-se encontrar um processo de privatização, terceirização e implantação da parceria com a sociedade civil, entre outras medidas. Deste modo, a partir da redução dos gastos na área social, com a minimização das políticas sociais e o fortalecimento do “Estado mínimo para o social”, são desencadeadas consequências danosas para a

política social. Este processo rompe com o que estabelece a Constituição Federal de 1988 e toda a legislação social dela derivada (LOAS, SUAS, ECA, entre outras), cujos princípios democratizam a vida social. E, em se tratando de saúde, destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo processo de implantação se consolida na década de 1990.

Nos anos 2000, o Brasil vivenciou um marco político importante na sua história. Em 2002, pela primeira vez “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p. 49) vence as eleições para a presidência. Havia toda uma expectativa e até esperança<sup>32</sup>, por parte da população, de que o Presidente eleito Luiz Inácio Lula da Silva fosse imprimir uma tônica bastante diferenciada do seu antecessor, principalmente no que se refere às políticas de ajustes impostas pelo cenário internacional.

Contudo, a vitória e a posse de Lula, em 2003, na Presidência do Brasil não alteraram substancialmente o quadro de efetivação das “reformas” iniciadas no governo anterior. Apesar da manutenção, em alguns aspectos, da “era Fernando Henrique Cardoso”, houve um diferencial no governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Trata-se do redimensionamento da ação do Estado na área social. Foi criado “um novo padrão de intervenção, com mais recursos e investimentos, possibilitando a criação de novos programas sociais e a reativação de programas suspensos e extintos em governos anteriores” (NETTO, 2004, p. 13).

Antunes (2011) e Pereira (2012) fazem uma análise do governo Lula. De maneira simplificada, afirmam que, por um lado, esse governo melhorou as condições sociais de muitos brasileiros. Por outro, fortaleceu a remuneração do capital financeiro, industrial e do agronegócio no país. Foi no governo Lula que o enfrentamento da pobreza absoluta teve a maior visibilidade política, com a implantação do Programa Bolsa Família. Mas isso foi acompanhado da garantia de altos lucros para o mercado.

O governo da atual presidente Dilma Roussef, utilizando os preceitos neoliberais, avança nas proposições de fortalecer os processos de privatização e de terceirização. Entretanto, nega que esses movimentos constituam uma estratégia de fortalecimento do setor privado, através da submissão a ditames mercadológicos de compra e venda de serviços (BRAVO; MENEZES, 2011; TEIXEIRA, 2012).

O momento atual desse governo gira em torno da discussão sobre a implantação de “modelos de gestão”, representados pelas OSs, OSCIPs, a Fundação Estadual de

---

<sup>32</sup> Recorda-se que o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva utilizou essa palavra diversas vezes durante a campanha eleitoral e também após sua vitória, tendo afirmando que “a esperança venceu o medo”.

Direito Privado (FEDP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a justificativa de maior eficiência e eficácia na operacionalização dessas políticas e dos serviços públicos. No entanto, a proposta continua sendo de desresponsabilização do Estado relativamente aos direitos sociais, com destaque para a política de saúde <sup>33</sup> (BRAVO; MATOS, 2004; BRAVO; MENEZES, 2011).

A partir do resgate até aqui realizado nota-se que as características dos “modelos” de administração pública permanecem mesclando influências de conceitos como o **patrimonialismo**, **burocracia**<sup>34</sup> e **gerencialismo**<sup>35</sup>. Assim, têm constituído cada vez mais prática comum no âmbito dessa administração, com rebatimento direto para as instituições e serviços, os processos de privatização, a burocratização, a terceirização, precarização, flexibilização e produtividade em detrimento da qualidade.

Defende-se que somente com a implementação de um modelo de gestão democrática (COUTINHO, 2000, 2006; CHAÚÍ, 2007; SOUZA FILHO, 2006) que prime para a construção da universalização e aprofundamento de direitos sociais, com envolvimento e participação dos sujeitos, seja capaz de ampliar o escopo de intervenção do Estado em prol das classes trabalhadoras.

Todavia, o caráter privado da administração pública tem sido reafirmado pelo governo atual. Isso tem “desmontado” muitas das conquistas relativas aos direitos e às políticas sociais, com destaque mais especificamente para a política de saúde, como será discutido a seguir.

---

<sup>33</sup> Na interessante análise de Bravo e Matos (2001, p. 208) sobre o assunto, os autores pontuam que “a reforma do Estado atinge o setor saúde notadamente no terceiro núcleo, já que neste estão incluídos os serviços de saúde”.

<sup>34</sup> Concorde-se com a afirmação de Souza Filho de que “a redução dos mecanismos processuais da administração não indicam o desaparecimento da burocracia, mas sua adequação à sociedade capitalista atual. A agilidade exigida pelo capitalismo para a tomada de decisão foi atendida pela organização burocrática. Hoje, como a velocidade das informações e processos aumentou, necessita-se de outros procedimentos (descentralização em determinados níveis, por exemplo) como forma de garantir a agilidade das respostas administrativas. Porém, isso não altera o caráter burocrático da organização” (SOUZA FILHO, 2006, p. 311).

<sup>35</sup> As análises de Costa (2012, p. 222-223) apontam que a administração pública brasileira apresenta hoje uma configuração múltipla, por apresentar cumulativamente atributos do patrimonialismo como herança da burocracia - como (dis)funções -, do gerencialismo, como prática, e também, do Estado em rede, como novos arranjos.

## 1.2 A política de saúde pública no Brasil

Falar de política de saúde hoje significa falar de pessoas, de trabalhadores, de lutas, de angústias, de direitos, de poder, de financiamento<sup>36</sup>, de economia, de acesso, de transporte, de medicamentos, enfim, de tudo que envolve a vida. Por isso, não se trata apenas de uma relação automática, esporádica e sistêmica. Deve pressupor, conforme estabelecido após muita luta na Constituição Federal de 1988, uma relação pactuada e participativa. A partir desse momento, a saúde passou a ser considerada um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante 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 (artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988)). O texto constitucional demonstra a concepção da saúde como política social pública implicando, portanto, em mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político jurídico, institucional e técnico- operativo.

A definição de um Sistema Único de Saúde encontra-se no artigo 198 da Constituição Federal, da seguinte maneira:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988)

Apesar de o Sistema Único de Saúde ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a). A concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, consolidando-o como um direito de cidadania<sup>37</sup>. Essa visão refletia o momento político pelo qual passava a

---

<sup>36</sup> O financiamento na saúde é questão central e permeada de complexidades. O foco deste estudo não tem por intenção aprofundar essa discussão, mas não se pode deixar de pontuar que o SUS continua subfinanciado. Portanto, a recomposição do orçamento da saúde pública no Brasil se torna urgente (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011).

<sup>37</sup> A proposta do modelo de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e defendido pelo movimento de Reforma Sanitária está em consonância com o conceito de cidadania defendido por Coutinho, que diz respeito (...) “à capacidade conquistada (...) por todos os indivíduos de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida

sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar. Embalada pelos movimentos sociais, a exemplo das “Diretas Já”, a sociedade procurava garantir na nova Constituição os direitos e valores da democracia e da cidadania<sup>38</sup>.

A construção do SUS sofreu influência de momentos históricos, políticos e econômicos do país. Os avanços e recuos foram frutos de grandes lutas político-ideológicas em que se envolveram diferentes sujeitos sociais, como os intelectuais/profissionais de saúde, os movimentos sociais e estudantil, resultando em um amplo debate em busca de uma totalidade de mudanças, congregados pelo denominado Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2001; VASCONCELOS, 2002; FEUERWEKER, 2007). Nessa direção, vale situar a importância do entendimento de democracia, dada à vinculação existente entre democracia e saúde.

De acordo com Fleury (1997), existe um conjunto diferenciado de concepções sobre democracia. Nesse sentido, torna-se importante elucidar a qual entendimento se refere este trabalho, que concorda com a análise de Coutinho (2006) de que a definição de democracia é imprescindível, de vez que a questão democrática não pode se ater a procedimentos formais. É preciso, inclusive, que as regras:

(...) sejam efetivamente democráticas, ou seja, que contemplem a presença não só de formas de representação, mas também de institutos de democracia direta e participativa; e por outro, que existam também as condições jurídicas e econômico-sociais para que tais regras sejam efetivamente cumpridas. (COUTINHO, 2006, p. 27)

Coutinho (2006) e Fleury (1997) destacam que, na ótica da teoria política liberal, entre os principais “modelos de democracia” encontra-se o elaborado por Schumpeter (1984). Segundo este, o método democrático é “aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelo voto da população” (SCHUMPETER, 1984, p.337).

Chauí (2007) aponta quais são os principais traços do modelo de Schumpeter:

a) a democracia é um mecanismo para escolher e autorizar governos, a partir da experiência de grupos que competem pela governança, associados em partidos políticos e escolhidos por voto; b) a função dos votantes não é a de resolver problemas políticos, mas a de escolher homens que decidirão quais os problemas políticos e como

---

social em cada contexto historicamente determinado” (COUTINHO, 1999, p. 42). Contudo, o mesmo autor afirma que essa universalização acaba sendo incompatível com a atual sociedade de classes.

<sup>38</sup> Conforme apontam Fleury (1997) e Paim (1997), entre outros.

resolvê-los (...); c) a função do sistema eleitoral, sendo a de criar o rodízio dos ocupantes do poder, tem como tarefa preservar a sociedade contra os riscos da tirania; d) o modelo político baseia-se no mercado econômico fundado no pressuposto da soberania do consumidor e da demanda que, na qualidade de maximizador racional de ganhos, faz com que o sistema político produza distribuição ótima de bens políticos; e) a natureza instável e consumidora dos sujeitos políticos obriga à existência de um aparato governamental capaz de estabilizar as demandas da vontade política pela estabilização da “vontade geral”, através do aparelho do Estado, que reforça acordos, aplana conflitos e modera as aspirações. (CHAUÍ, 2007, p. 145)

Esta concepção é bastante criticada, principalmente por seu caráter de “representatividade”. Para Coutinho (2006) e Chauí (2007), seria reducionista e minimalista.

A partir de uma contraposição ao modelo formulado por Schumpeter, McPherson propõe o que chamou de “democracia participativa”. Chauí (2007, p. 147) afirma que o modelo mcphersoniano “ênfatisa os movimentos sociais e, portanto, apóia-se na ampliação do espaço político pela sociedade civil”<sup>39</sup>.

A breve referência a esses dois modelos de democracia (um representativo e outro participativo) foi feita no sentido de situar a oposição entre as duas concepções, além de reiterar que se tratam de modelos vinculados à concepção liberal da democracia. Existem outras concepções de democracia, muitas das quais tomam como ponto de partida esses dois modelos.

No âmbito da concepção de democracia para os marxistas contemporâneos destaca-se o conceito de “democracia de massas”, através da ampla participação social que deve conjugar as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais, democráticos, conforme defende Netto (1990). Coutinho (2000) contribui pontuando que a “democracia de massas” é sinônimo da defesa do “interesse comum”, da construção de hegemonia no pluralismo, da formação de consensos no interior das classes sociais.

A democracia seria, para o autor, “a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social” (COUTINHO,

---

<sup>39</sup> Para uma análise mais aprofundada desses dois modelos de democracia conferir Chauí (2007).

1999, p. 42). Sendo assim, percebe-se que o debate em torno da democracia, no interesse deste trabalho, está diretamente associado à participação e à cidadania.

Foi exatamente com a valorização da democracia nos anos 1980 (expressa pelo fim da ditadura militar) no Brasil que o discurso da participação ganhou visibilidade.

Por definição, a idéia da participação social impõe a presença explícita e formal no interior do aparato estatal dos vários segmentos sociais, de modo a tornar visível e legitimada a diversidade de interesses e projetos. Esse referencial é que presidiu o aparecimento progressivo na área de saúde e ao longo dos anos 80, de órgãos colegiados no âmbito do aparelho estatal compostos por representações mistas de segmentos da sociedade e de repartições estatais. (CARVALHO, 1995, p. 26)

Nesse processo, há que sinalizar a importância dos diversos segmentos sociais, em especial a sociedade civil organizada, que protagonizaram processos de lutas importantes para as conquistas de muitos direitos sociais. Portanto, é imprescindível mencionar as décadas de 1970 e de 1980, uma vez que muitos dos direitos assegurados na Constituição de 1988 foram frutos de conquistas nesse período e demonstram um longo processo histórico de luta pela consolidação da saúde. O Estado brasileiro, desde o final da década de 1970 e, sobretudo, nos anos de 1980, passou por várias transformações aceleradas pela crise econômica<sup>40</sup>, bem como pela crise do regime autoritário, que estimulou o processo de democratização. O Brasil convivia com a crise econômica, caracterizada por baixo desempenho do crescimento econômico, aumento da recessão, do desemprego e da inflação, quadro agravado pela subordinação do país às exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI). Neste período (década de 1970) e nos anos seguintes ocorreu uma retração do crescimento da economia, o que gerou a diminuição da arrecadação da contribuição sobre a folha de salários.

A sociedade brasileira vivenciava um momento de democratização política, através da superação do regime militar, além de um novo processo de organização da sociedade através da ação sindical e partidária. Por outro lado, experimentava uma profunda crise econômica, conforme afirma Bravo (2006).

---

<sup>40</sup> Para aprofundamento da discussão da crise econômica na década de 1980 ver Mota (2000). Para a autora, “a discussão da crise econômica deste período é marcada, fundamentalmente, pela estagnação da economia e o agravamento das condições de vida da população brasileira. Em geral, a crise vem sendo tematizada como herança do modelo econômico implantado no pós-64, ou como produtor da crise econômica internacional” e assume características peculiares no Brasil. Contudo, está diretamente relacionada a proporções mais amplas que atingem o capitalismo contemporâneo. A autora utiliza o termo *crise* “na perspectiva de apreender as transformações por que passam o Estado e a sociedade, e as novas relações que se estabelecem entre essas esferas” (MOTA, 2000, p. 100). É importante destacar ainda que, na contramão desta crise econômica da chamada “década perdida”, o Brasil passou pelo processo de redemocratização, com intenso debate e mobilização da sociedade civil em torno da discussão da saúde.

No bojo de todo esse processo, ainda sob a vigência do regime militar, ganharam impulso as lutas pela redemocratização<sup>41</sup> do país. Bodstein (1993, p. 31) afirma que o “processo de redemocratização do Brasil tem o mérito de colocar as políticas sociais no centro do debate político, enfatizando a responsabilidade do Estado diante do agravamento da questão social”. A autora aponta que o regime militar tinha no crescimento econômico uma de suas bases de sustentação, porém, perde legitimidade a partir de meados da década de 1970, pelo esgotamento da era desenvolvimentista, pela revitalização da sociedade civil e dos ideais de democracia que percorrerão toda a década de 1980.

Tendo por referência o princípio da democratização é que se formaram as estratégias de mudanças no setor saúde visando à construção de um sistema de saúde público. A questão saúde, nesse período de democratização, contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população e das propostas governamentais. Destaca-se o movimento da Reforma Sanitária, que surgiu em meados da década de 1970 e lutou por um modelo de democracia com bases, fundamentalmente, na garantia da saúde como direito individual e na construção de um poder local fortalecido pela gestão social e democrática (FLEURY, 1997), articulado ao movimento popular na perspectiva de reversão do sistema de saúde perverso que vigorava. O movimento sanitário, conforme afirma Soares (2010), implementou uma luta contra-hegemônica à racionalidade não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista.

Parcela da intelectualidade inserida nas universidades e profissionais da área da saúde foram os sujeitos que primeiro defenderam, no Brasil, um novo projeto que valorizasse o sistema público. Em comum, esse grupo apresentava a idéia de que a saúde, pelo seu conceito ampliado, significava melhores condições de vida e de trabalho. Havia, também, a intenção de mobilizar a sociedade para discutir e participar na elaboração de uma política de saúde que fosse a base para uma mudança societária. Outros segmentos da sociedade foram incorporados à luta da saúde, como os movimentos populares de saúde, o sindical, o feminista, as Comunidades Eclesiais de Base e alguns parlamentares, que passaram a fazer parte da mobilização, que buscava, naquele momento, fazer frente ao Estado ditatorial instalado em 1964 e produzir mudanças na sociedade brasileira. (BRAVO; MARQUES, 2012, p. 204)

---

<sup>41</sup> A este respeito, SOARES (2012a, p. 42) aponta que “a redemocratização da sociedade permitiu que novos elementos ocupassem o cenário sociopolítico brasileiro no sentido da ampliação e da garantia dos direitos, embora tenham sido adequados às características socioculturais anteriormente instituídas na vida social”.

As ideias centrais da Reforma Sanitária, muitas das quais foram incorporadas pela Constituição Federal de 1988, são a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização<sup>42</sup> com controle social, integralidade e equidade das ações de saúde. A premissa básica está na saúde como direito de todos e dever do Estado (PAIM, 1997; BRAVO; 2001).

De maneira geral, a Reforma Sanitária Brasileira pode ser definida como:

(...) uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde (...) reconhecimento do direito à saúde (...) acesso universal e igualitário ao SUS e participação social; b) democratização do Estado e seus aparelhos, (...) assegurando a descentralização e o controle social, ética e transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, p. 173).

Na década de 1980, a dinâmica dos movimentos sociais, bem como dos partidos políticos vinculados aos trabalhadores e sindicatos, consegue imprimir diferencialmente uma ação de interlocutores na cena política brasileira. Nesse contexto se realiza a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada até hoje um marco histórico na luta pela saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Os movimentos sociais conseguem avançar e assegurar a inclusão de vários direitos sociais na Constituição<sup>43</sup>.

É válido registrar que os movimentos sociais estão sendo entendidos, conforme Gohn, enquanto:

(...) ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores sociais pertencentes a diferentes classes e camadas sociais. Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. (...) As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum (...). (GOHN, 2000, p. 44)

---

<sup>42</sup> A respeito da descentralização, ver Senna e Cohen (2002) e Bodstein (1993). “Pode-dizer que, ao final dos anos 1990, a engenharia institucional do setor saúde no país foi reformatada, com a transferência de atribuições de gestão aos níveis subnacionais, especialmente os municípios. A implementação do SUS trouxe o município como espaço privilegiado na gestão dos serviços de saúde, acarretando a necessidade de recuperação dos atores políticos e das instituições que definem o sistema local” (SENN A E COHEN, 2002, p. 525).

<sup>43</sup> As bandeiras de luta dos movimentos sociais variavam de interesses, contudo convergiam na discussão sobre a ampliação dos direitos sociais, e na participação direta de homens e mulheres nos diversos territórios sociais, desde o acesso a educação como a trabalho, arena política, saúde, habitação, dentre outros.

Contudo, o cenário político e econômico dos anos 1990 gerou mudanças substantivas que impactaram as políticas sociais de maneira bastante negativa, sobretudo a política de saúde<sup>44</sup>. Nesse período, o enxugamento do Estado, via abandono do modelo keynesiano e substituição pelo padrão neoliberal, chega ao Brasil reforçado pelas propostas do Consenso de Washington. Esse novo padrão tem, no projeto social neoliberal, o seu meio de realização do ataque frontal à organização sindical dos trabalhadores, às instituições democráticas e às formas de regulação decorrentes do pacto social keynesiano, disseminando as ideias neoliberais para justificar a minimização da intervenção estatal em políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

O neoliberalismo, conforme aponta Laurell (1997), opõe-se radicalmente à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços sociais. Tem caráter conservador, tanto pela naturalização do capitalismo e das desigualdades sociais inerentes a este quanto pelo desmonte das conquistas sociais, resultantes dos embates das classes trabalhadoras (IAMAMOTO, 2006). O crescimento da desigualdade se amplia, e os ditos valores da modernidade (liberdade, igualdade, autonomia, subjetividade, justiça, solidariedade) vão ganhando outros sentidos.

Na mesma direção, Iamamoto afirma que o neoliberalismo:

(...) subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica, em especial às dotações orçamentárias. Observa-se uma inversão e uma subversão: ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição de verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recursos. São as definições orçamentárias – vistas como um dado não passível de questionamento – que se tornam parâmetros para a implementação dos direitos sociais implicados na seguridade social, justificando as prioridades governamentais (IAMAMOTO, 2007, p. 149).

---

<sup>44</sup> Nesse sentido, Lobato (2000, p. 7-24) considera que “a reforma sanitária tem-se caracterizado por diversas rupturas e descontinuidades”. A autora aponta que são consideráveis as mudanças que ela introduziu no sistema de saúde e no próprio padrão nacional de política social, com destaque para o acesso à saúde, que pela primeira vez será universal, além de mudanças substantivas na estrutura organizacional e de poder. Cita como exemplos a importância das novas formas de financiamento, dos novos papéis para os distintos níveis de governo, as novas formas de gestão e participação social. Entretanto, o sistema ainda exhibe baixos níveis de financiamento, de qualidade dos serviços e de impacto na melhoria da saúde da população. “Essa conjuntura desfavorável gerou conflitos importantes na regulamentação dos princípios constitucionais pela Lei Orgânica da Saúde. Foram vetados vários artigos da Lei 8.080/90, entre eles os que orientavam para a descentralização e a participação da comunidade. O repasse automático de recursos federais para os municípios, peça chave da descentralização, também foi vetado, mantendo-se o mecanismo de convênio, o que contribuiu para a lentidão do processo de descentralização” (LOBATO, 2000, p. 24).

A proposta do Estado neoliberal é de redução de despesas e da restrição de meios financeiros, materiais e humanos para implantação dos projetos sociais. Para Teixeira (2012, p. 58-89) o fenômeno de redução do Estado, a partir dos anos 1990, combinou o abandono com o sucateamento da rede pública de saúde, o que contribuiu “de forma direta e indireta para a instalação e expansão da rede privada e de serviços terceirizados”, colaborando com o desmonte de tudo o que foi conquistado e consubstanciado com o SUS. Dessa forma, o modelo empresarial passa a ser considerado o “tipo ideal” para a “boa administração”.

As mudanças atualmente verificadas nos fundamentos e na prática da política social brasileira não ocorrem de forma isolada, unilateral e autônoma. “Fazem parte do processo mundial de reestruturação capitalista, iniciado no final dos anos 1970, que guardam relação direta com o ideário neoliberal” (PEREIRA, 2012, p. 730). A política social brasileira, conforme aponta a autora, mesmo tendo peculiaridades é influenciada diretamente pelas hegemonias internacionais. Nesse sentido, importa compreender que os rumos da política social atual, principalmente na saúde, apresentam contornos que não estão descolados da política econômica.

A proposta de implantar a terceirização, sob diferentes modalidades, como será discutido a seguir, vem trazendo impactos importantes no campo democrático do setor saúde<sup>45</sup>, sobretudo com efeitos negativos para a população. A partir da referência de autores como: Rezende (2008), Bravo (2010), Bravo e Menezes (2011), Correia (2011), Ditterich (2011), Sodré et al. (2013), que vêm se debruçando sobre o assunto, é que se busca descrever os “novos modelos de gestão”, situando os enfrentamentos realizados pela sociedade civil organizada para fazer frente ao desmonte do Sistema Único de Saúde.

### **1.3 Os denominados “novos modelos de gestão” e a política de saúde**

As diferentes modalidades de gestão iniciam-se com a criação das Organizações Sociais (OSs), em 1998, e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), em 1999. Em 2007 foi criada a Fundação Estadual de Direito Privado (FEDP) e, em 2010, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

---

<sup>45</sup> Bravo (2010, p. 7) destaca que as contrarreformas na saúde nos anos 1990 se caracterizam por “contenção dos gastos com racionalização da oferta por meio de políticas focais através do pacote básico para a saúde; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços em nível local; desfinanciamento da saúde”.

As OSs constituem pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificados como tal para fins de celebrar contratos de gestão que têm por objeto a execução de serviços públicos de saúde, seja em equipamentos próprios, seja em equipamentos estatais (SODRÉ, et al., 2013).

O modelo institucional das OSs foi implementado pelo governo federal com a medida provisória Nº. 1.591, de 09 de outubro de 1997 (BRASIL, 1997a). Em 1998 foi promulgada através da Lei Nº. 9.637, de 15 de maio (BRASIL, 1998). Estas foram concebidas no Brasil como “instrumento de viabilização e implementação de políticas públicas, conforme entendidas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” (DITTERICH, 2011, p. 19).

Os argumentos em defesa das OSs baseiam-se, dentre outros, na ineficiência da administração pública, no corporativismo das categorias funcionais, na manipulação política dos governos, na morosidade dos atos administrativos. Contudo, sob esses argumentos desconsidera-se que as OSs não dependem de prévia licitação pública para funcionar, o que pode propiciar a prevalência de interesses privados em prejuízo dos interesses da sociedade. As OSs recebem verbas públicas, podendo ser autorizadas a utilizar bens públicos e receber a cessão de servidores públicos. Tal fato estimula a minimização do papel do Estado e até a extinção do órgão público que prestava o serviço público antes da instalação da OS (SIMÕES, 2009a).

Em 1999, a Lei Federal Nº. 9.790, de 23 de março (BRASIL, 1999) instituiu as OSCIPs, na esfera Federal de Governo. Esta Lei “propõe a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse” (DITTERICH, 2011, p. 20). Para Simões:

Esta nova qualificação propicia um meio diferenciado de acesso a recursos públicos federais, estaduais e municipais, que é o termo de parceria. Até a sua instituição, a principal forma de transferência de recursos públicos, para o setor privado, no campo social, eram e continuam sendo os convênios, para os quais é exigido o registro no CNAS; e os contratos, cujos termos obedecem à lei de licitações (Lei n. 8.666, de 21/06/1993). O termo de parceria constitui-se, assim, em uma terceira alternativa. (SIMÕES, 2009a, p. 425)

Rezende (2008) elaborou uma análise onde é possível visualizar, de maneira bastante nítida, as principais características destes dois “novos modelos de gestão”. A autora fez um comparativo entre os postulados do SUS (universalidade e integralidade da atenção; participação da comunidade; controle social, com conselhos de saúde que

acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos; gestão única em cada esfera de governo; descentralização; hierarquização dos serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único; financiamento solidário entre as três esferas de governo; regionalização) e os dois “novos modelos de gestão”: as OSs e as OSCIPs.

**Quadro 1. Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs**

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OS)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços)	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OSCIP.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OS.	Autonomia Gerencial dos Serviços de Cada OSCIP.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contra partida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OS.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. O Controle Social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida de consulta (?) aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

Fonte: REZENDE, C. A. P. Modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M.I.S. et al. (Org). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Uerj, Rede Sirius/Adufrij-SSind, 2008.

As OSs foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e implementação de políticas públicas, de acordo com a concepção do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Além dos pontos apresentados no quadro acima,

Rezende (2008) aponta ainda que as OSs podem contratar funcionários sem concurso público e adquirir bens e serviços sem processo licitatório.

No caso das OSCIPs, “a prestação de serviços públicos é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias”, diferentemente do Programa de Publicização, que promove a extinção de órgãos ou entidades administrativas já existentes” (REZENDE, 2008, p. 26). Seguindo a mesma lógica das OSs, este modelo, diferentemente do estabelecido no SUS, é regido pela lógica de implementação da terceirização de serviços públicos como regra e pelo fim do concurso público; repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado; desmonte da Gestão Única do SUS. A hierarquização dos serviços de saúde estará comprometida na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS. Fica comprometido o Sistema de Referência e Contra-Referência.

Correia (2011) aponta que a proposta, apesar das diferenças internas existentes entre os “os novos modelos de gestão” (OSs, OSCIPs e FEDP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)<sup>46</sup>, eles são da mesma natureza. Suas finalidades são repasse do fundo público<sup>47</sup> para o setor privado, flexibilização da gestão e dos direitos sociais e trabalhistas, fim de licitações e da prestação de contas, privatização do que é público.

Neste contexto, segundo Cislighi (2011), o grande beneficiário de todas essas modificações não serão a saúde pública nem os trabalhadores e usuários do SUS, mas sim a iniciativa privada. E por sua vez, Bravo e Correia (2012) afirmam que se trata 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, equipamento, instalações e pessoal.

---

<sup>46</sup> Esses dois últimos modelos, tanto o da FEDP quanto o da EBSERH, serão enfatizados a seguir.

<sup>47</sup> Para maior aprofundamento na discussão do fundo público, ver: Oliveira (1998) e Behring e Boschetti (2006). Para Oliveira, “o fundo público constitui um elemento fundamental para a reprodução do capital e também para a reprodução da força de trabalho. Atualmente, no capitalismo contemporâneo, a formação da taxa de lucro passa pelo fundo público, o que o torna um componente estrutural insubstituível” (OLIVEIRA, 1998, p. 21). Behring (2010, p. 20) colabora com a discussão afirmando que o fundo público “é parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda da terra e que é apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções. O fundo público atua na reprodução do capital, retornando, portanto, para seus segmentos especialmente nos momentos de crise; e na reprodução da força de trabalho, a exemplo da implementação das políticas sociais”.

Ao invés de investir no público, o Estado acaba colaborando com o desmantelamento da saúde pública, à medida que investe pouco no SUS. As despesas relativas aos gastos totais em saúde no Brasil, que compreendem os gastos privados e os gastos públicos em saúde, segundo dados da Organização Mundial de Saúde publicado no documento *Estadísticas Sanitarias Mundiales* (OMS, 2012), em 2009 corresponderam a 8,8% do (PIB). Sendo que 56,4% foram gastos com a saúde privada e 43,6% com a saúde pública. O gasto brasileiro é inferior aos países da Argentina, que no mesmo ano teve um gasto de 9,5% do (PIB), onde 33,6% relativo a saúde privada e 66,4% públicos. Como também Costa Rica, cujo investimento em 2009 foi de 10,5% (PIB), onde 32,6% privados e 67,4% públicos. Vale destacar que ambos os países não possuem um sistema de saúde universal, como o Brasil. Isso colabora para demonstrar como o SUS no Brasil continua subfinanciado, com índice alto de investimento em gastos privados.

A contrarreforma do governo Fernando Henrique Cardoso abriu caminho, conforme aponta Teixeira (2012, p. 61) para que “os governos subnacionais implantassem a terceirização da prestação dos serviços de saúde, possibilitando o surgimento de distintas formas de gestão diferentes do formato SUS”. Esse processo é acentuado no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, com alguns avanços e retrocessos.

No tocante à política de saúde, as análises realizadas por Bravo e Menezes (2011) apontam um diferencial entre o primeiro e o segundo mandato do governo Lula<sup>48</sup>. No primeiro mandato, “a saúde é apresentada como direito fundamental e existe todo um discurso em defesa da universalidade do acesso e da integralidade das ações e serviços, somada à expectativa de fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 17). Contudo, o que se percebeu, de acordo com análise de Bravo (1999; 2004; 2006) foi a manutenção da disputa entre os dois projetos existentes na saúde, isto é, o Privatista<sup>49</sup> e o da Reforma Sanitária<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> As análises que se seguem tomam por base a produção de autores como Bravo (2004 e 2006); Bravo e Menezes (2011); Paim (2008); Correia (2011), que vêm discutindo de forma consubstanciada a política de saúde no Brasil.

<sup>49</sup> Bravo (2006, p. 101) aponta que o projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

<sup>50</sup> O Projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias “o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de

De um lado, fortalecendo o Projeto de Reforma Sanitária, o governo optava pela escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério, cuja estrutura organizativa passava por mudanças. Para tanto, fez convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003. Também escolheu um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, em certa medida, respondeu à expectativa de que o governo Lula fosse fortalecer o Projeto de Reforma Sanitária. Por outro lado, como continuidade da política de seu antecessor, fortalecendo o Projeto Privatista, Bravo (2004) destaca a ênfase na focalização<sup>51</sup>, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento, e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

Soares (2010) em consonância com as análises de Bravo (2004), afirma que a partir da gestão de Luiz Inácio Lula da Silva é possível identificar mais um projeto, para além dos sinalizados anteriormente. A autora afirma que, fundamentalmente, existem três grandes projetos em confronto na política de saúde: o Projeto privatista, o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto do “SUS possível”. O “SUS possível” é defendido pelas lideranças que, diante dos limites da política econômica, defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo de “reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta” (SOARES, 2012, p. 93).

Menicucci (2011) considera que é possível fazer uma apreciação positiva do primeiro mandato do governo Lula, mesmo faltando recursos e ousadia para intervenções mais amplas. A autora avalia como positivas as ações referentes à atenção básica, que assinalam um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento do Programa Saúde da Família. Isso ocorre através do aumento do financiamento e da ampliação de equipes de saúde da família. Ressalta ainda a Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências; o Programa Farmácia Popular<sup>52</sup>, constituído por

---

Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2006, p. 101).

<sup>51</sup> Em direção oposta a esse pensamento, para Cohn (2005), a focalização na saúde no Brasil não está referida ao foco nos mais pobres, mas assume outros sentidos; refere-se a focos específicos a serem atingidos para a solução de um determinado problema e envolve grupos sociais a partir de determinadas características particulares. Para Menicucci (2011, p. 525), “a focalização na saúde emerge no interior de uma concepção universalista, como estratégia de implantação da universalização como um direito”.

<sup>52</sup> Discorda-se da análise da autora, principalmente no que se refere a avaliação da positividade da farmácia popular. Vale lembrar que a Lei nº 8.080/90 em seu art. 2º, §1º diz que a saúde por ser um direito fundamental do ser humano, é dever do Estado dispor condições indispensáveis com objetivo de

uma rede de drogarias privadas credenciadas para vender produtos com até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental.

Na área de medicamentos, destaca-se a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Camed) e a fixação de normas para o controle de preços desses produtos; o apoio aos laboratórios oficiais; a isenção de ICMS para medicamentos de alto custo; o reforço aos medicamentos genéricos; além da convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – expressão da prioridade dada ao tema na agenda governamental. (...) Cabe registrar a ênfase em ações voltadas para grupos específicos, como a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (2004-2007); ações voltadas para a saúde da criança e do adolescente, entre essas a tentativa de articular o *Programa Saúde e Prevenção nas Escolas* ao *Programa Nacional de DST/Aids*, além da educação sexual nas escolas, tentando prevenir DST e gravidez na adolescência; ações para a Saúde do trabalhador, buscando implantar a *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador* (Renast); ações relativas à saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados. No campo de ações focalizadas em grupos específicos, cabe ainda mencionar a aprovação, em 2003, do Estatuto do Idoso, com um capítulo específico voltado para a saúde e com uma sinalização no sentido de suprimir o processo asilar e atuar na promoção e recuperação da saúde do idoso (MENICUCCI, 2011, p. 525).

Numa análise não tão otimista, Bravo e Menezes (2011) sinalizam que nesse primeiro mandato de Lula:

A política de saúde sofreu os impactos da política macroeconômica. As questões centrais não foram enfrentadas, tais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 18)

No segundo mandato do Presidente Lula foi apresentado um plano de governo sem o estabelecimento de um compromisso com a Reforma Sanitária (PAIM, 2008). Ao analisar o Plano de Governo para os anos de 2007-2010, o autor constata que não há menção a eixos centrais da Reforma Sanitária, como o controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão de trabalho.

---

reduzir os riscos de doença e outros agravos e estabelecer condições que assegurem o acesso universal e equânime as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo assim, a assistência farmacêutica faz parte do SUS, devendo ser garantida a distribuição gratuita de medicamentos a todos que necessitarem. Portanto, o investimento deveria ter se dado não pela via do fortalecimento da indústria farmacêutica privada para venda de produtos com preço de custo e sim pelo fortalecimento da dispensação racional de medicamentos essenciais visando um tratamento gratuito para a população, através da farmácia básica. O copagamento realizado pelos usuários ao comprarem medicamentos na Farmácia Popular acaba, de certa forma, ferindo o princípio da universalidade do SUS.

Contudo, a expectativa de fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária ainda se fazia presente, pois foi escolhido para ministro da saúde, neste período, um médico sanitarista que participou do Projeto de Reforma Sanitária, José Gomes Temporão. O Ministro, de certa forma, pautou algumas questões importantes no primeiro ano à frente do Ministério da Saúde, como:

(...) a polêmica em torno da legalização do aborto, enquanto um problema de saúde pública, a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de fiscalizar as farmácias. Além de ter conseguido a quebra de patente do medicamento Efavirenz (Stocrin), da Merk Sharp & Dohme. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 21)

Como destaque de ações importantes no governo Lula, durante seu segundo mandato, ainda estão:

(...) o debate público à chamada “Judicialização da Saúde”, ao criticar publicamente as ações na justiça para a obtenção de cobertura de procedimentos não regulamentados. Esse debate se expressou em Audiência Pública realizada na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, em setembro de 2007, e no encaminhamento de Projeto de Lei estabelecendo parâmetros para as coberturas a serem feitas pelo SUS, dado que o teor genérico do direito à saúde consagrado na Constituição de 1988 deixa brechas para interpretações jurídicas amplas, com sérios riscos para o orçamento da saúde a partir das decisões judiciais. (MENICUCCI, 2011, p. 526-527)

Ainda assim, muitos eixos centrais do ideário da Reforma Sanitária não foram enfrentados, como a concepção de Seguridade Social. Somada a essas questões ainda há uma considerada “mais grave”, nos dizeres de Bravo e Menezes (2011), que gira em torno da defesa e adoção de um novo modelo jurídico institucional para a rede de hospitais, isto é, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado.

Em 2007, logo no início do segundo mandato do governo Lula, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar Nº. 92 de 13 de julho (BRASIL, 2007b), com o objetivo de:

(...) instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, nas áreas de saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, ciência e tecnologia, meio-ambiente, previdência complementar do servidor público, para os efeitos do art. 40, §§ 14 e 15 da Constituição Federal, comunicação social e promoção do turismo nacional. (BRASIL, 2007b)

Mesmo não tendo sido aprovada no Congresso Nacional, no mesmo ano a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado foi aprovada em diversos Estados. O Estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a aprovar a Lei Nº. 5.164, de 17 de dezembro de 2007 (RIO DE JANEIRO, 2007). Em seguida, vieram os Estados da Bahia, Sergipe, Pernambuco, Acre e Tocantins, conforme apontam Bravo e Menezes (2011).

De acordo com Granemann (2011):

O projeto das Fundações Estatais menciona seu objetivo de regulamentar a Emenda Constitucional n. 19 de 04 de junho de 1998, conhecida como a emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. A Emenda Constitucional n. 19/98, em seu artigo 26, conforme o invocam os autores do Projeto Fundação Estatal, definiu que as entidades de administração indireta deveriam rever seus estatutos quanto à natureza jurídica em razão de sua finalidade e de sua competência. (GRANEMANN, 2011, p. 51)

Baseado nesse argumento, o governo federal justifica a necessidade de realização das contrarreformas do Estado sob a forma de Fundações Estatais. Isso representa a continuidade do processo de reforma administrativa de Bresser Pereira, iniciado no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Em 2008, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, o Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Saúde (2008 a 2011)<sup>53</sup> ou o “PAC da Saúde”, reforçando o Projeto de Lei Complementar Nº. 92 de 13 de julho (BRASIL, 2007b). Segundo análises de Teixeira,

(...) as medidas mais gerais propostas no Programa parecem visar a criação de “novos modelos de gestão”, como as Fundações, com autonomia para o setor privado administrar e comprar; com uma parte da clientela das unidades públicas garantidas pelo Estado e/ou financiados por órgãos públicos; com a compra dos produtos industriais, como equipamentos e medicamentos, e/ou prestação de serviços, viabilizados pelo SUS, entre outras facilidades. (TEIXEIRA, 2012, p. 74)

---

<sup>53</sup> Trata-se de um Programa que envolve os três níveis de governo. O Programa é denominado Mais Saúde, Direito de Todos (2008-2011). Esse plano pode ser considerado, segundo Soares (2012, p. 95) “como um segundo marco na contrarreforma da política de saúde, pois concebe a saúde como espaço de integração do país num novo patamar de desenvolvimento, vinculando-se predominantemente à racionalidade da contrarreforma”. Contudo, nem todos os estudiosos da política de saúde pensam assim. Menicucci (2011, p. 527), por exemplo, sinaliza que “o Programa Mais Saúde apresenta um plano detalhado de investimento e atuação de caráter prioritário do Ministério da Saúde, cujos pontos mais significativos são a reiteração do elo entre saúde e desenvolvimento socioeconômico, a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, tendo a intersectorialidade no centro da estratégia, e a percepção da importância do setor sob o ponto de vista da geração de emprego, renda e produção”.

É fato que os governos não excluem a preocupação com a política de saúde, como visto anteriormente. Nesse sentido, Soares (2012) enumera, em sua tese de doutorado, duas principais características da política de saúde no Brasil, colaborando com a afirmação de que seria inevitável os governos não se debruçarem sobre a política de saúde. A primeira seria a condição de direito público universal da saúde, que constitui fruto da luta e organização do movimento da Reforma Sanitária. A segunda característica diz respeito à condição da política de saúde enquanto um direito humano fundamental, configurada como política pública estatal, com o que dificilmente algum agente sociopolítico irá se contrapor a este direito de maneira expressiva sem levantar grande resistência. Presencia-se a implantação de estratégias que, no plano do discurso, buscam exatamente a mudança dos elementos considerados difíceis para a implantação do SUS. Todavia, a realidade empírica demonstra que o SUS real encontra-se ainda distante do SUS Constitucional (BRAVO; MENEZES, 2011).

Analistas da política de saúde, como Bravo (2010), Soares (2010; 2012), Granemann (2011), Paim (2008) e outros sinalizam que os princípios do SUS não são negados explicitamente, mas sim “refuncionalizados”, ganhando conteúdos distintos dos propostos pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Como seus princípios são refuncionalizados, os defensores da contrarreforma apresentam-se como defensores do SUS, da saúde pública e da reforma sanitária, quando, na verdade, o que está em gestação é um SUS que se concretiza de forma bem diversa do SUS histórico. As mudanças no sistema são apresentadas como continuidade da reforma sanitária e a contrarreforma realiza-se de maneira implícita, por dentro do próprio sistema. (SOARES, 2012, p. 57)

O Quadro 2, elaborado por Soares (2012), demonstra as diferenças entre o SUS histórico e o SUS materializado:

**Quadro 2. Refuncionalização de Princípios e Diretrizes do SUS**

Princípios / diretrizes organizativas	SUS histórico	SUS materializado
Universalidade	“Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.*	Acesso focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema.
Equidade	Todos têm direito ao atendimento de acordo com a diversidade de suas necessidades, de modo que seja garantida a igualdade na diferença.	Focalização precarizada do atendimento no segmento populacional mais pobre, sob a justificativa de que este é mais “vulnerabilizado”. Fere-se, desta forma, o princípio da igualdade, da universalidade e da própria equidade.
Integralidade	“Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.**	Atenção básica, média e alta complexidade precarizadas e focalizadas na pobreza, principalmente através da expansão focalizada do Pacs,*** da ESF**** e dos atendimentos emergenciais com fragmentação do sistema e quebra da referência e contrarreferência.
Descentralização	Descentralização político-administrativa, com direção única em cada nível de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços.***** Portanto, com responsabilização de todos os níveis de acordo com as suas especificidades.	Descentralização com desresponsabilização da União principalmente no que se refere ao financiamento. Centralização do planejamento de modelos de atenção à saúde padronizados, como o Pacs e a ESF.
Participação da comunidade	Direito de participação envolvidos com o sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências, de caráter paritário e deliberativo.	As instâncias de controle social vêm sendo continuamente desvalorizadas e burocratizadas. As importantes decisões sobre a política têm passado ao largo dos conselhos e conferências, centralizando-se nos gabinetes de gestores e no poder legislativo, quase sempre ignorando completamente as deliberações daqueles.
Financiamento	“Financiamento solidário entre as três esferas de governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.”*****	Subfinanciamento e maior responsabilização do nível municipal.
Gestão	Gestão pública, com controle social público e orientada pelos princípios e diretrizes públicos.	Gestão através de organizações sociais ou fundações estatais de direito privado, sem controle social e orientada pelas diretrizes e princípios do mercado.

\* Lei n. 8.080/1990, art.7. (BRASIL, 1990a).

\*\* Lei n. 8.080/1990, art.7, § II. (BRASIL, 1990a).

\*\*\* Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

\*\*\*\* Estratégia Saúde da Família ou simplesmente Saúde da Família (SF).

\*\*\*\*\* Lei n. 8.080/1990, art.7. § IX. (BRASIL, 1990a).

\*\*\*\*\* (REZENDE, 2008, p. 31).

Fonte: SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. de M. Saúde e Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. Editora Cortez, São Paulo, p. 85-108, 2012.

Soares (2012) defende ainda a existência de uma racionalidade da contrarreforma na política de saúde, enquanto um mecanismo da racionalidade

instrumental burguesa, vinculado ao Projeto privatista. Para Soares (2010), essa racionalidade estrutura-se em três eixos centrais que se complementam: 1) Saúde e Desenvolvimento; 2) Redefinição do Público Estatal; 3) Novos Modelos de Gestão e Instrumentos de Gestão<sup>54</sup>.

No primeiro eixo, Soares (2012, p. 98) elenca que a política de saúde é “considerada tanto um direito quanto uma área objeto de investimento público e privado lucrativo”. Sendo assim, as condições para a expansão da saúde podem ocorrer através das modalidades de Parceria Público-Privado (PPP). A fim de melhor qualificar essa parceria dentro das políticas sociais, incluindo a saúde, surge o segundo eixo, de “Redefinição do Público Estatal”, caracterizado pelo movimento do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Planejamento, na proposição do Projeto de Lei das Fundações Estatais de Direito Privado.

Cria-se uma entidade que se afirma ser meio pública e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. No entanto, esta criação é ideal ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que, ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado. (SOARES, 2012, p. 100)

Portanto, a lógica privada de lucro, metas, produtividade estaria adentrando a saúde pública de maneira institucionalizada, conforme sinaliza a autora. Ao reduzir o papel do Estado amplia-se o horizonte de atuação do capital (GRANEMANN, 2008). Nessa direção, o terceiro eixo ganha sentido, pois os chamados “Novos Modelos e Instrumentos de Gestão”, ainda que sob denominações diferentes, estão presentes no interior da gestão pública, tanto nas unidades e instituições geridas por fundações, quanto nas Organizações Sociais e até mesmo nos serviços conveniados ao SUS (SOARES, 2012).

O Ministério da Educação (MEC), junto ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), elaborou a Medida Provisória Nº. 520 de 31 de dezembro de 2010, que autoriza o Poder Executivo a criar a EBSEH, que tem, entre outras competências, administrar unidades hospitalares, assim como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010b).

---

<sup>54</sup> Os fundamentos aqui apresentados por Soares (2010) constituem fruto da sua pesquisa de doutorado. Para maior detalhamento, ver (SOARES, R.C, 2010).

(...) Sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde, o governo Lula se despede de seu mandato deixando a herança das Fundações Estatais de Direito Privado, ainda que sob nova roupagem: a EBSEH. (SODRÉ et al., 2013, p. 371)

O prazo para aprovação da Medida Provisória Nº. 520 de 31 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010b) expirou e por isso não pôde ser votada. Contudo, em 20 de setembro de 2011, através de iniciativa do MEC e do MPOG, foi proposto e aprovado o Projeto de Lei Nº 1.749/2011, sancionado pela atual Presidente da República, Dilma Roussef, por meio da Lei Nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a), que autoriza a criação da EBSEH, empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio.

Desse debate se origina a proposta de repassar a gestão tanto de universidades como de hospitais para organizações sociais, fundações públicas de direito privado e, mais recentemente, para empresa pública. O documento que orienta a contrarreforma do Estado de Bresser Pereira chama esse processo de “publicização”. Essas organizações público/privadas passariam a ter sua dotação orçamentária atrelada à celebração de contratos de gestão com o Estado. O objetivo seria o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços a um custo menor. (CISLAGHI, 2011, p. 59)

Em meio a essa avalanche de medidas que buscam o fortalecimento “do Projeto privatista na saúde e do SUS possível” merecem destaque, diante das propostas mercantilizantes e privatizantes da saúde, os enfrentamentos que vem sendo realizados para o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 19). Destaca-se que, “em junho de 2005, foi realizado na Câmara dos Deputados o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com o tema *SUS - o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção*. (...) Ao final do Simpósio, foi lançada a Carta de Brasília, onde foram destacadas propostas de afirmação do compromisso com o direito a saúde, com o Sistema Único de Saúde, com o Projeto de Reforma Sanitária e com a Seguridade Social” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 19). Este simpósio teve a participação de representantes da Frente Parlamentar de Saúde e de diversas entidades da saúde, além de representantes da população usuária, dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de serviços e gestores.

Vale lembrar, conforme aponta Rezende (2008), que a deliberação do Conselho Nacional de Saúde n. 001, de 10 de março de 2005, foi totalmente contrária à

terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, bem como contra a administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das OSs, das OSCIPs ou outros mecanismos com objetivo idêntico. Também opôs-se a toda e qualquer iniciativa que atentasse contra os princípios e diretrizes do SUS. O Conselho Nacional de Saúde recusou a proposta de Fundação Estatal para o Sistema Único de Saúde, em sua 174ª Reunião, de 13 de junho de 2007. O CNS tem divulgado, de acordo com Bravo e Menezes (2011), vários documentos que explicitam o retrocesso que a saúde pública brasileira e o SUS vêm sofrendo nos últimos tempos. Nesse sentido, as autoras destacam a importância dos conselhos de saúde, que, articulados com o CNS, têm promovido debates e seminários em torno da defesa da saúde pública.

As mobilizações em torno dos princípios do Projeto da Reforma Sanitária têm se materializado através de diversas lutas, entre as quais, no contexto atual, Bravo e Menezes (2011 e 2013) enfatizam o protagonismo da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. A Frente foi formada em 2010, com proposta de lutar contra as OSs, a EBSEH (Lei Nº. 12.550 de 15 de dezembro de 2011) e pela Procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade das OSs (ADIn Nº. 1.923/1998), entre outras. A Frente Nacional<sup>55</sup> tem realizado várias ações de saúde nos Estados e Municípios. No sentido de denunciar as OSs, construiu o documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”<sup>56</sup>. O documento tem como objetivo apresentar aos Ministros do Supremo Tribunal Federal fatos ocorridos nos Estados e Municípios brasileiros que já implantaram as Organizações Sociais como modelo de gestão de serviços públicos e que trouxeram prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário.

Os fatos elencados no documento foram baseados em depoimentos de usuários e trabalhadores dos serviços das OSs e em pesquisa na imprensa que noticia a realidade desses serviços, a situação dos trabalhadores e as diversas fraudes que envolveram vultosos recursos públicos, em prejuízo da Administração Pública. Eles atestam a necessidade de o Supremo Tribunal Federal considerar procedentes os pedidos de inconstitucionalidade formulados no âmbito da ADIn Nº 1.923/98 (ADIn,1998).

---

<sup>55</sup> Para aprofundamento na síntese das estratégias utilizadas pela Frente Nacional ver Bravo e Menezes (2013).

<sup>56</sup> Documento disponível no endereço eletrônico: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico\\_frentecontrasOS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf)>.

É importante destacar, conforme afirma Souza (2012), que no dia 9 de outubro de 2012 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou moção contra a adesão dos Hospitais Universitários (HUs) à EBSERH, fato que demarca mais uma vez seu posicionamento em prol da saúde pública e universal.

Dilma Rousseff, primeira mulher do país a ocupar o cargo de Presidente da República, apontou em seu discurso de posse que a consolidação do Sistema Único de Saúde seria uma prioridade em seu governo. Na mesma ocasião, porém, destacou que iria estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde. Esse posicionamento gerou grandes preocupações para a defesa do SUS, conforme apontam Bravo e Menezes (2011).

Dentre as principais ações do Ministério da Saúde neste governo está a implantação das UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas) em todo o Brasil. Vale dizer que as UPAs foram idealizadas ainda no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a partir da Política Nacional de Urgência e Emergência (BRASIL, 2003b)<sup>57</sup>.

As UPAs foram criadas em um contexto de superlotação nas portas de emergência e urgência dos hospitais, situação merecedora de atenção e intervenção por parte do poder público, conforme ressalta Souza (2012). Todavia, tomando por base o modelo proposto pelo SUS, estudiosos da política de saúde como Bravo e Menezes (2011, 2013) fazem críticas à implantação dessas Unidades de Pronto Atendimento. As UPAs não encontram respaldo na concepção de hierarquização proposta pelo SUS, que estabelece como porta de entrada do sistema a atenção básica. As UPAs fortalecem o modelo hospitalocêntrico, além de ampliar a terceirização e a precarização dos trabalhadores (BRAVO; MENEZES, 2011; SOUZA, 2012). Entende-se que, a fim de consolidar o SUS, o importante seria pensar no fortalecimento da atenção primária, através da Estratégia Saúde da Família<sup>58</sup> e do sistema de referência e contra-referência, dentre outros.

---

<sup>57</sup> Em análise de Souza (2012), a autora aponta que as UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, e, em conjunto com estas, compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), que organiza o fluxo de atendimento e encaminhamento. Ver: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1791](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1791)>.

<sup>58</sup> A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem por objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Em 1994 o Ministério da Saúde regulamentou

A proliferação de modalidades alternativas à administração direta nos hospitais públicos, envolvendo “novas formas de gestão”, vem se multiplicando cada vez mais na área da saúde no atual governo<sup>59</sup>. É notório que, nesse contexto de “reorganização” da política de saúde, os interesses privados estão mais que presentes. A lógica da mudança vem também imbuída de concepções extremamente conservadoras. Em muitos momentos, podem significar a ampliação da cobertura de atendimentos, sem a ampliação de recursos financeiros e humanos. Essas modificações encontram-se centradas no “controle”, na “flexibilidade”, na “polivalência”, entre outros fatores. A baixa qualidade dos serviços sociais prestados bem como sua ineficácia e ineficiência constituem argumentos que fortalecem o discurso governamental a fim de transferir para os “novos modelos de gestão” a gerência das políticas sociais (BRAVO; MENEZES, 2011; CISLAGHI, 2011; TEIXEIRA, 2012).

Desde a década de 1990, o projeto de contrarreforma privatista tem implementado uma série de estratégias, como enxugamento do Estado através do incentivo a destinação do fundo público ao setor privado; delegação da execução das políticas sociais aos denominados “novos modelos de gestão”; desmantelamento dos direitos dos trabalhadores. Diante do sucateamento do sistema de saúde proporcionado pela diminuição progressiva de investimentos do próprio poder público, a proposta dos “novos modelos de gestão” surge como argumento único para caracterizar maior eficiência e eficácia para o SUS<sup>60</sup>.

---

a ESF, cuja proposta é de que, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios, estes se constituam em porta de entrada do SUS, ampliando o acesso da população à rede de saúde (BRASIL, 1997).

<sup>59</sup> É importante destacar que a proposição das Fundações Estatais, apesar do debate estar mais avançado na área da saúde, tem como objetivo atingir todas as áreas que não sejam exclusivas do Estado, como a saúde, a educação, ciência e tecnologia, previdência complementar, assistência social e outras (BRAVO; MENEZES, 2011).

<sup>60</sup> Neste sentido, existe todo um empenho dos defensores da esfera privada para demonstrar como foi “positiva” a mudança no padrão de qualidade nas instituições gerenciadas pelas OSs. São tomadas como exemplos: a experiência de São Paulo, onde vários hospitais são geridos por OSs, e a de Porto Alegre, cujo Hospital de Clínicas constitui uma empresa pública de direito privado (CISLAGHI, 2011). Todavia, em consulta ao site da Secretaria de Estado de São Paulo, não há uma listagem informando a quantidade de hospitais geridos por OSs. A informação do site aponta que o Estado de São Paulo possui 34 hospitais públicos geridos por OSs, alguns por meio de convênios com fundações de universidades públicas e a maioria por contratos de gestão executados por instituições privadas ou filantrópicas (LEMES, 2011). Já no Rio de Janeiro, a título de exemplo, dentre os hospitais públicos geridos pelas Organizações Sociais estão os estaduais: Hospital Getúlio Vargas, na Penha; Rocha Faria, em Campo Grande; Carlos Chagas, em Marechal Hermes; na Região Metropolitana, o Hospital Alberto Torres, no município de São Gonçalo; o Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro, no município de Itaboraí; e as UPAs <http://www.saude.rj.gov.br/>. Acesso em 08 de dezembro de 2013.

Isso significa que a luta pela implementação do Projeto de Reforma Sanitária visando à defesa da saúde pública e de qualidade enquanto um direito precisa fazer parte da bandeira dos trabalhadores da saúde, da população, dos movimentos sociais enfim, de todos os segmentos comprometidos com a ampliação da democracia e cidadania no Brasil. A partir desse movimento, é preciso manter a pauta, junto ao Estado, das questões cruciais no âmbito da política de saúde que precisam ser enfrentadas, tais como o subfinanciamento, as dificuldades de acesso integral e com qualidade aos serviços públicos, a terceirização, privatização, o modelo clínico, modelo de gestão burocratizado, dentre outros (BRAVO et al., 2008).

A proposta da implantação dos “novos modelos de gestão”, que encontra respaldo em uma forma burocratizada e gerencial de administrar a saúde, está na contramão da política de saúde aqui defendida, que visa à afirmação do fortalecimento da esfera pública nos diversos âmbitos das políticas sociais. A centralidade dos referidos “modos de administrar” encontra-se impregnada nas instituições de saúde, causando impactos substantivos para o trabalho coletivo nesses espaços, modificando as relações sociais e as de trabalho de maneira que as intensifica, quantifica e flexibiliza. Esses elementos trazem repercussões para o trabalho das chefias de Serviço Social e se confrontam diretamente com o Projeto ético-político profissional. Assim, no próximo capítulo será realizada uma abordagem sobre a gestão dos hospitais, mediante a conjuntura atual e seus rebatimentos para a gerência de equipes.

## **2- AS FORMAS ATUAIS DE GERÊNCIA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E A INFLUÊNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO**

A proposta deste capítulo é situar o espaço complexo dos hospitais e as relações hierárquicas de poder, em suas formas de gerência, de maneira a refletir sobre os aspectos (gerenciais, sociais, econômicos e políticos) que influenciam a função de chefes ou gerentes de equipes na saúde, com destaque para as chefias de Serviço Social.

Também será feita uma reflexão sobre as “modalidades de gestão” que vêm demandando cada vez mais eficiência<sup>61</sup> e eficácia<sup>62</sup> no âmbito da gestão, visando à reprodução da lógica capitalista. Optou-se ainda por uma análise da influência da Política Nacional de Humanização (PNH), que, de forma contraditória, cria rebatimentos para as mudanças no trabalho em saúde, para a gestão dos hospitais públicos e, conseqüentemente, para as equipes de trabalho.

### **2.1 O hospital e “suas” formas de gerência**

Para focar as atuais formas de gestão no âmbito dos hospitais, faz-se necessário uma breve análise de como foi concebida essa instituição ao longo da história.

O hospital, como cenário de práticas terapêuticas, constitui fato relativamente recente e tem como marco da transformação de suas atribuições o final do século XVIII (FOUCAULT, 2011). A partir da realização de uma série de viagens-inquérito na Europa, entre as quais a do inglês Howard e do francês Tenon, a pedido da “Academia de Ciências”, surgiu a proposta do desenvolvimento de um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. Esse processo teve início em torno de 1780, num momento

---

<sup>61</sup> A Emenda Constitucional (EC) Nº. 19, de 4/6/1998 (BRASIL,1998a), acrescentou no *caput* do artigo 37, como princípio que rege a Administração Pública, o conceito de eficiência. Esse conceito está associado à diminuição de gastos e, diretamente, à contrarreforma do Estado. Na eficiência, de acordo com Timm e Toniolo (2007), a preocupação está focada nos mecanismos que foram usados para a obtenção do êxito na atividade do Estado. Desta maneira procura-se buscar os meios mais econômicos e viáveis para maximizar os resultados e minimizar os custos. Os autores fazem uma análise muito interessante sobre a eficiência na saúde, na qual afirmam que a “eficiência, no entanto, não significa necessariamente qualidade. Se, por exemplo, os recursos à saúde forem escassos, mas, mesmo assim, houver número grande de atendimentos com poucos erros na execução dos serviços (boa relação de custo e benefício), haverá eficiência, todavia não haverá necessariamente qualidade do serviço público” (TIMM; TONIOLO, 2007, p. 53).

<sup>62</sup> A eficácia está atrelada à “capacidade de produção de resultados” (TIMM; TONIOLO, 2007, p. 45).

que se colocava em pauta a reconstrução dos hospitais, tendo como exemplo o Hotel-Dieu<sup>63</sup> (FOUCAULT, 2011, p. 99).

A necessidade de realização de um diagnóstico sobre os hospitais baseava-se na proposta de reformulação ou construção de um novo modelo de instituição. Existia um certo entendimento de que nenhuma teoria médica por si mesma seria suficiente para definir esse novo modelo, por isso a importância dessas viagens para estabelecimento de uma espécie de diagnóstico das dificuldades (FOUCAULT, 2011).

Contudo, em que pese a intenção, essas viagens-inquérito não deixaram de ter um aspecto mais descritivo e bastante clínico, próprio do pensamento da época, em que o desenvolvimento científico era ainda bastante incipiente, conforme sinalizam Foucault (2011) e Pitta (1994).

O rápido desenvolvimento capitalista na Europa, no século XIX, impulsionou o crescimento das grandes cidades e da indústria. Com isso, o número de trabalhadores nesses centros sofreu aumento considerável. A miséria também crescia, contrapondo-se à acumulação de ganhos por parte dos empregadores (BRAVO, 2013). Sem investimento em infraestrutura para os operários, as condições de saúde da massa trabalhadora se agravaram, e cresceram os descontentamentos econômicos e sociais<sup>64</sup> (FOUCAULT, 2011; BRAVO, 2013).

Esse cenário acabou provocando grandes revoluções, denominadas por Hobsbawm (1982) de “dupla revolução”: a Revolução Francesa, de 1789, e a Revolução Industrial em 1780 na Inglaterra. Esse período revolucionário coincidiu, na Saúde, “com uma ênfase na medicina social e com a emergência do pensamento progressista na área, que vinculava a questão da saúde às condições de vida” (BRAVO, 1991, p.16). Posteriormente, essa ênfase perderia relevância para a atenção médica.

Foucault (2011) afirma que a mudança do hospital, de um lugar de assistência aos pobres para um lugar de “cura” está diretamente relacionada a descobertas científicas e à própria maturação do capitalismo que, no século XX, alcançou uma fase de desenvolvimento caracterizada como imperialismo ou etapa do monopólio<sup>65</sup>,

---

<sup>63</sup> Hospital mais antigo de Paris. Representava o símbolo da caridade e da hospitalidade.

<sup>64</sup> Marx (1989), em sua obra intitulada “O Capital”, retrata as péssimas condições dos trabalhadores no período da Revolução Industrial, em especial a situação das mulheres e crianças, destacando sobretudo a destruição da condição de saúde, com acometimento de diversas doenças, que muitas vezes culminaram em mortes.

<sup>65</sup> As fases do capitalismo foram e são alvo de diversas discussões e proposições. Considera-se aqui a periodização de Mandel (1982), que distingue a formação de três estágios do capitalismo: o mercantilista (1500-1780); o competitivo (1780-1890); o monopolista (a partir de 1890).

sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. A partir do desenvolvimento do capitalismo monopolista, o eixo de intervenção do Estado redirecionou-se para garantir os lucros dos monopólios. Para tanto, o Estado acabou desempenhando diversas funções, entre elas a de exercer a organização da economia, a de atuar para propiciar um conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização dos monopólios (MANDEL, 1982). No que se refere à intervenção do Estado burguês na era do capitalismo monopolista, esse procura administrar os processos de preservação e controle da força de trabalho conformando sistemas de consenso. Desta forma, administra as expressões da questão social com objetivo de garantir condições adequadas ao desenvolvimento monopolista (NETTO, 2005).

Com o capitalismo monopolista, o Estado responde a algumas das necessidades sociais da população via políticas sociais, que “decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, e que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas” (NETTO, 2005, p. 33).

A forma de organização dos serviços de saúde surge na era dos monopólios, tanto pela forma de intervenção das classes hegemônicas no processo político, quanto por pressão da classe operária em busca de melhores condições de vida, conforme aponta Bravo (1991). As modificações que aconteceram na Europa (especificamente na Inglaterra, França e Alemanha) no final do século XVIII e início do século XIX, principalmente nos níveis econômico e político, vão gerar mudanças na atenção à saúde e na prática médica. Esse sentido justifica as mudanças e intervenção nos hospitais.

As transformações ocorridas com a constituição do capitalismo passaram por diversas fases. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, bem como um local de separação e exclusão. Portanto, não era voltado de maneira direta para a cura.

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (FOUCAULT, 2011, p. 101)

O hospital manteve essas características até o começo do século XVIII, sendo um lugar de internação, onde se misturavam doentes, loucos, prostitutas e outros. Até meados do século XVII, o hospital funcionava como uma espécie de instrumento de segregação<sup>66</sup>, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 2011). Vale dizer que até meados do século XVIII quem detinha o poder dentro do ambiente hospitalar eram os religiosos. Eram esses que “administravam” as instituições. O médico subordinava-se a eles, que tinham, inclusive, autoridade para demiti-lo.

Com o desenvolvimento do espaço urbano e da medicina como forma de intervenção sobre o meio, iniciou-se todo um processo de mudança do hospital. Todavia, na medida em que o hospital passa a ser concebido como um instrumento de cura e de distribuição do espaço tornou-se um instrumento terapêutico e “o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (FOUCAULT, 2011, p. 109), e, em última instância, “gerente” da instituição<sup>67</sup>.

Importa dizer, nesse contexto, para além da imagem que se constituiu em torno do profissional médico, que o hospital adquire um novo lugar a partir do momento que passa a ser considerado um local de cura e o médico assume o “poder” nesse espaço. Também passa a ser considerado um lugar de registro, de acúmulo e formação de saber. Todas essas características estão diretamente relacionadas ao próprio conceito de saúde, que acaba se modificando a partir da dinâmica das relações sociais.

Uma nova forma de compreender a prática clínica e o hospital tem início durante o século XIX, quando ocorre a emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, no diagnóstico, na terapêutica individual (FOUCAULT, 2011; NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Após as revoluções Francesa e Industrial, quando ocorre o aumento da urbanização nos países europeus e ascende o sistema fabril, a doença é vista como de causa social, relacionada às condições de vida e de trabalho das

---

<sup>66</sup> Durante a época das grandes epidemias, a lepra, a malária e a sífilis já foram consideradas desde formas de purificação, a partir do Cristianismo (quando ocorria a cura), até castigo divino (sendo por isso necessária a segregação fora das cidades) (FOUCAULT, 2011).

<sup>67</sup> A análise descritiva feita por Foucault (2011) da prática das relações hierárquicas no hospital a partir da tomada de poder pelo médico em muito se assemelha (guardadas algumas diferenças) ao que ocorre hoje. Ele toma como exemplo o ritual da visita médica, que se constituía quase em um ritual religioso no qual o médico, na frente, ia ao leito de cada “doente” seguido de toda a hierarquia do hospital: médicos assistentes, enfermeiras e alunos. Atualmente, em muitos hospitais, isso ainda ocorre nos denominados “rounds” médicos. Destaca-se a existência, nos dias de hoje, de “rounds multiprofissionais”, consequência da inserção de outras categorias de trabalhadores no contexto da saúde, que contribui para uma possível modificação nas relações de poder no hospital (PEREIRA; ROTENBERG; OLIVEIRA, 2013).

populações<sup>68</sup>. As péssimas condições de trabalho na fábrica e nos cortiços industriais, de acordo com Rosen (1980), chamaram a atenção de médicos, escritores, economistas e funcionários públicos. Diante desse panorama, surgem, nesses países, propostas de compreensão da crise sanitária como um processo político e social que, em seu conjunto, recebe a denominação de Medicina Social (ROSEN, 1980). Paim e Almeida Filho (1998) apontam que, em paralelo a esse movimento, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, estrutura-se uma resposta a esta problemática estreitamente integrada à ação do Estado no âmbito da saúde, constituindo um movimento conhecido como Sanitarismo<sup>69</sup>.

O século XIX também marca o início de um período de avanço científico e tecnológico em diversas áreas do conhecimento, inaugurando-se o financiamento, pelo Estado, de pesquisas desenvolvidas em universidades e institutos de pesquisa (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). O hospital também se modifica, tornando-se um lugar mais seguro para prestação de serviços de saúde. Destacam os autores que as inovações deste período que contribuíram para uma medicina mais científica e hospitalar estão associadas diretamente “aos trabalhos de Pasteur, Koch e seus seguidores e à formulação da teoria microbiana, com a explicação para a etiologia das doenças infecciosas” (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008, p. 675).

No início do século XX, a mudança na prática de saúde é representada pelo enfoque biológico da doença, centrando-se a atenção no indivíduo, e não no social (BRAVO, 1991). Essa mudança refletia o contexto social, político e econômico do mundo, onde o capitalismo acirrava a rivalidade entre as grandes potências econômicas. Esse contexto vem a gerar um novo ciclo de crises, resultando no conflito armado que, *a priori*, constituía um conflito europeu e se converteu em um conflito mundial com a Primeira Grande Guerra.

Os Estados Unidos surgiam como um país em rápida expansão econômica, aparecendo após a Primeira Guerra ao lado da Inglaterra como potência industrial, gerando uma profunda reavaliação das bases científicas da medicina. Uma redefinição

---

<sup>68</sup> Nesse momento, o movimento operário europeu passou a lutar pelo direito à saúde exigindo um posicionamento do Estado. O Estado, na lógica de antecipação dos problemas, com objetivo de assegurar a lealdade da classe operária à ordem e buscando evitar outros conflitos com os operários, acabou respondendo com a instituição de um Sistema de Previdência Social (BRAVO, 1991).

<sup>69</sup> No Brasil, a partir do século XIX, surgem campanhas sanitárias “como estratégia da saúde pública de combate às doenças infecciosas, muitas vezes direcionada à eliminação de seus vetores. Ficaram célebres as campanhas contra a febre amarela pelo combate do mosquito, executadas pelo exército americano em Cuba, assim como as efetuadas por Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, contra a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, a partir de 1903” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 348).

do ensino e da prática médica acontece a partir de princípios tecnológicos rigorosos, e tem seu marco no Relatório Flexner, conforme afirmam Paim e Almeida Filho (1998). Este modelo reforça a separação “entre o individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 303).

O movimento flexeneriano propôs o Hospital de Clínicas como principal estratégia de treinamento do médico. Nesta proposta, de acordo com Paim e Almeida Filho (1998, p. 303), o conceito de saúde é representado “por metáforas gradualistas do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica”. Com isso, o hospital passa a ser considerado como um local de “cura”. “Isso não significa que antes os hospitais não tivessem esse objetivo, mas é certo que os hospitais não curavam tão bem quanto deviam” (FOUCAULT, 2011, p. 101).

No Brasil<sup>70</sup>, de acordo com Costa (2011, p. 55), “o hospital moderno nasceu na passagem do modelo religioso para o modelo pavilhonar”<sup>71</sup>, em meados do século XIX. Do ponto de vista da arquitetura, essa instituição procurava acompanhar a trajetória das construções na Europa. Regidas primeiramente pelo princípio da construção em claustro, sofreram profundas transformações depois do higienismo<sup>72</sup> e dos trabalhos de Louis Pasteur e a bacteriologia. Vale sinalizar que, posteriormente, o hospital ainda sofreria influência do modelo que se consolidava nos EUA (construção em bloco único), sendo a tônica do modelo hospitalar até hoje (COSTA, 2011).

A mudança nos hospitais, como linha demarcatória, de local de caridade para local de saber e de cura, bem como as influências sociais, políticas e econômicas conjunturais provocam mudanças no contexto dessa instituição com relação a sua arquitetura, a sua localização na cidade e aos profissionais que neles atuam. Com a nova concepção e organização do hospital, a gestão do trabalho também se modifica, passando por inovações tecnológicas e modos de organização diferentes dos instituídos até então.

Essas transformações provocaram impactos e mudanças nas formas de gerência das instituições de saúde, com destaque para os hospitais, que acabaram adotando

---

<sup>70</sup> Sobre a história dos hospitais no Brasil ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização hospitalar. (BRASIL, 1965).

<sup>71</sup> Princípio de organização em pavilhões isolados.

<sup>72</sup> Para Pentecost, Chun e Silva (2005, p. 1) “a partir do século XX, a higiene vai se transformando em disciplina nos campos da medicina e das políticas públicas e torna-se um tipo de policiamento sanitário que incorpora a lógica militar na linguagem, no planejamento e na forma de realizar as práticas de saúde”.

modelos gerenciais a partir da teoria da administração. Assim, de acordo com Bernardino (2007, p. 33), no modelo hegemônico de saúde<sup>73</sup>, centrado na clínica e no hospital - conhecido também como modelo hospitalocêntrico<sup>74</sup> -, “predominou o estilo gerencial influenciado pela Teoria Geral da Administração (TGA)”. Esse modelo, de gerência conservadora e tradicional, baseou-se na administração científica de Taylor, baseada na “ênfase colocada nas tarefas” (CHIAVENATO, 2008), com destaque para o método científico de administrar através do método da Organização Racional do Trabalho (ORT). Os principais aspectos desse método são: seleção científica do trabalhador, tempo padrão, plano de incentivo salarial, trabalho em conjunto, gerentes planejam e operários executam, desenhos de cargos e tarefas, divisão do trabalho com especialização do operário, supervisão, ênfase na eficiência, *homo economicus*<sup>75</sup>, condições de trabalho, padronização, princípio da exceção (CHIAVENATO, 2008).

A gestão hospitalar foi influenciada por modelos que foram se sucedendo no campo da Administração listados por Chiavenato (2008): Teoria Clássica, Teoria Burocrática, Teoria das Relações Humanas, Teoria Neoclássica, Teoria dos Sistemas e da Informação.

A Teoria Clássica da Administração, cuja abordagem foi desenvolvida por Fayol (CHIAVENATO, 2008), dará enfoque ao conceito de eficiência nas organizações.

A Teoria Burocrática tem por base postulados centrados na impessoalidade, hierarquia da autoridade, meritocracia, caráter racional e divisão do trabalho, entre outros aspectos postulados por Max Weber (1999).

A partir da “abordagem humanística”<sup>76</sup>, a Teoria da Administração passou por mudanças conceituais, com ênfase nas pessoas que trabalham nas organizações, com

---

<sup>73</sup> Os modelos de atenção à saúde podem ser definidos enquanto “combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais ou coletivas” (PAIM, 2008a, p. 554). De maneira ampla, o autor caracteriza dois grandes modelos de atenção à saúde no Brasil; o modelo hegemônico (onde se inclui o modelo médico-assistencial privatista e o modelo de atenção gerenciada) e o modelo sanitaria.

<sup>74</sup> O modelo hospitalocêntrico, conforme apontam Neto, Barbosa e Santos (2008, p. 677), diz respeito “ao modelo de atenção à saúde em que prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial a atenção básica, tanto preventiva quanto curativas. O modelo brasileiro de atenção, em especial a atenção médica previdenciária, foi fortemente estruturado com base na atenção médico-hospitalar curativa, modelo que passou a ser fortemente questionado a partir do fim dos anos de 1970”.

<sup>75</sup> De acordo com Chiavenato (2008), Taylor considerava que o trabalhador é influenciado por recompensas salariais, econômicas e materiais. Sendo assim, a sua motivação estaria associada a sua necessidade de dinheiro, de consumo para sobreviver.

<sup>76</sup> A abordagem humanística surgiu em virtude do desenvolvimento das ciências sociais a partir de 1930 (CHIAVENATO, 2008).

base na Teoria das Relações Humanas. A gerência adotou os conceitos de motivação, liderança, comunicação, dinâmica de grupo (CHIAVENATO, 2008).

Com o desenvolvimento industrial e econômico no pós-Segunda Guerra Mundial, a Teoria Neoclássica pôs em foco os aspectos práticos da administração. Por fim, a tecnologia gerou a Teoria dos Sistemas e da Informação (CHIAVENATO, 2008).

A influência, nos hospitais, do modelo de administração predominante contribuiu, em certa medida, para a hierarquização, especialização, burocratização e controle do trabalho, conforme aponta Bernardino (2007).

A partir da década de 1970, com a reestruturação do capitalismo, “embora a lógica inerente à acumulação e suas tendências de crise permaneça a mesma” (HARVEY, 1992, p. 177), o surgimento da acumulação flexível provocou mudanças na gerência das instituições. Os hospitais vivenciaram uma era dos chamados programas de qualidade total, com o apelo à aquisição das ISOs, baseadas no modelo japonês, cujos objetivos eram obtenção de maior lucratividade e uma “possível satisfação do cliente”. (BERNARDINO, 2007).

Atualmente, sob orientação neoliberal, vêm sendo implantadas mudanças na gestão de várias instituições de saúde, inclusive nos hospitais, através da terceirização, via OSs e FDPs (como visto no capítulo 1), cujos argumentos giram em torno da busca de uma suposta autonomia gerencial para as instituições.

Todo esse cenário acaba por delinear a forma de gerência das instituições de saúde, que, em última instância, está articulada às práticas sociais numa dada sociedade e submetida a determinantes históricos, econômicos e políticos. Isso significa que pensar as “formas” de gerência dentro dos hospitais, atualmente, pressupõe pensar o lugar dessa instituição no contexto da atenção à saúde. Feuerwerker e Cecílio (2007, p.968) lembram que o hospital não é um “mundo à parte”, que deva ser “autocentrado” e “autossuficiente” na atenção a saúde. Trata-se de um lugar que, articulado aos demais níveis de atenção a saúde, como a atenção básica e atenção de média complexidade, compõe uma rede de serviços, sintonizada com a política de saúde vigente. Nessa direção, deve-se primar para a construção de um trabalho interdisciplinar<sup>77</sup>, sendo valorizadas as condições de vida da população e a continuidade da atenção para além do aspecto curativo, entre outros.

---

<sup>77</sup> A interdisciplinaridade diz respeito a vinculação, reciprocidade, interação, entre as várias disciplinas. “Contudo, trata-se de uma situação da qual ainda não se teve uma experiência vivida e explicitada, já que sua prática concreta ainda é processo tateante na elaboração do saber, tanto na atividade de ensino, quanto na pesquisa e na ação social” (SEVERINO, 2010, p. 11-12). Para aprofundamento ver Sá (2010).

Existem diversos tipos de hospitais nos dias de hoje, conforme apontam Neto, Barbosa e Santos (2008), tais como hospitais gerais, especializados, de emergência, de ensino e pesquisa, locais, de referência, entre outros. O conceito de hospital “se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde” (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008, p. 667).

Os hospitais em si são instituições complexas, atravessadas por múltiplos interesses e ocupando um lugar crítico na prestação de serviços de saúde, conforme concluem Feuerwerker e Cecílio (2007). Atualmente, os hospitais apresentam características voltadas “(...) especificamente para o atendimento das questões mais graves, com exigência de cuidados intensivos” (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008, p. 683), e cujas funções estariam voltadas para apoio à rede assistencial de saúde, como instituição formadora de especialistas e de desenvolvimento de pesquisas e projetos de investigação clínica, epidemiológica e administrativa.

Assim, os hospitais seguem nos dias de hoje “ocupando um papel chave na prestação dos cuidados em saúde” (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008, p. 665). Essa ênfase nos hospitais, de acordo com os autores, se dá tanto em virtude do papel técnico-assistencial desempenhado pela assistência hospitalar, devido aos saberes e às tecnologias especializadas ali concentradas, quanto pela questão do financiamento, uma vez que os gastos com a atenção hospitalar representam grande parte dos gastos em saúde. Soma-se a questão emblemática de que o hospital ainda se constitui em lugar privilegiado para o exercício da medicina moderna.

Na esfera administrativa, existe uma grande preocupação, segundo Neto, Barbosa e Santos (2008, p. 666), em torno de uma gestão mais eficiente e profissionalizada, seguida da adoção de “novas técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação”. Dessa forma, nos últimos anos, o tema da gestão em saúde ganhou relevância nas agendas governamentais, sendo influenciados diretamente pela “contrarreforma do Estado”.

No Brasil, com a implantação do SUS, observou-se uma proposta de buscar “novas” formas de gerência das instituições, em especial os hospitais. Identificam-se dois movimentos, o primeiro vinculado ao Projeto da Reforma Sanitária, cuja intenção é pensar as mudanças nos hospitais a partir das necessidades dos usuários e dos trabalhadores, com ênfase em práticas democráticas e participativas; o segundo cujo

enfoque parte da necessidade de racionalização dos gastos, centrado na tradição e na hierarquização e especialização das profissões.

Por isso, afirma-se que o deslocamento da gerência “tradicional” para uma gerência chamada por alguns de “inovadora”, “alternativa” ou “flexível” requer análise, pois essas mudanças são diretamente influenciadas pelas modificações no mundo do trabalho, pelas inovações tecnológicas, bem como pela própria estruturação da política de saúde, com repercussões diretas na atenção e no cuidado.

Contudo, a hegemonia do “modelo tradicional” ainda tem contribuído de forma predominante para a atual conformação dos hospitais e sua organização. Como exemplo, Guimarães e Évora (2004) citam a lógica do desenho organizacional dos hospitais, que mantém a dicotomia entre os diversos segmentos e profissionais envolvidos com a atenção de saúde. Ainda é forte uma organização do trabalho pautada na criação de diretorias, departamentos, divisões, seções e setores. Dessa forma, a configuração hospitalar apresenta inúmeras situações que caracterizam rigidez e manutenção de posicionamentos históricos, ao mesmo tempo em que existem possibilidades de mudanças, conforme lembram Pereira, Rotenberg e Oliveira (2013, p. 1.019). O movimento para essa transformação, tanto em seus aspectos macro quanto microsociais, passa necessariamente pela conformação da política de saúde e as propostas hoje hegemônicas do “SUS possível” e do Projeto privatista (discussão realizada no primeiro capítulo) em detrimento do SUS Constitucional. Portanto, trata-se de um processo perpassado por conflitos e contradições, tensionado ainda pela prioridade que vem sendo dada pela tendência mundial de centralizar na “gestão” a solução para adesão à racionalidade hegemônica (SOARES, 2012), desconsiderando aspectos centrais como o financiamento, o acesso, a defesa da saúde eminentemente pública e de qualidade e a promoção de saúde, entre outros.

Importa dizer que o conceito de “racionalidade hegemônica” no SUS utilizado neste texto foi o trabalhado por Soares (2010, 2012), que expressa de forma diferenciada “os princípios dos Projetos – privatista e SUS possível – e tem fundamentos que reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês”. Dessa forma, os problemas e contradições do SUS são “atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, daí surgindo todo o discurso justificador das Parcerias Público-Privadas para gerir a saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada” (SOARES, 2010, p. 17).

A centralidade para “sanar” os problemas do SUS, na lógica da racionalidade hegemônica, está voltada para a “competência” na gestão, assim como para a “tecnificação da saúde” (SOARES 2012, p. 102). Essa última é caracterizada pelo investimento em tecnologias novas, inclusive “tecnologia de gestão, como a pactuação, a contratualização, metas, planejamentos, gestão por fundação”, entre outras. Dessa maneira, o foco da gestão não se volta para o campo democrático visando à transformação social. O que se defende, e de maneira explícita, é a construção de ferramentas e mecanismos próximos de uma gestão gerencial, que buscam resultados através da transferência das atividades estatais para o mercado (mercantilização), de uma ampliação de oferta de serviços restrita e da “precarização” da força de trabalho (através de contratos temporários ou via CLT). Ou seja, a implantação de uma “racionalidade empresarial” na gestão pública, cujos objetivos são totalmente diferentes, uma vez que a primeira visa o lucro e a segunda deve visar a transformação social, voltada para a perspectiva democrática (SOUZA FILHO, 2006). Com base nesse cenário, pode-se pensar sobre o lugar que a gestão dos hospitais tem ocupado ultimamente na agenda governamental, e as modificações que têm ocorrido nesta estrutura, com repercussões para seus trabalhadores e usuários.

## **2.2 A gestão nos hospitais públicos e seus determinantes**

O aprimoramento da gestão dos hospitais tem sido tema recorrente na agenda dos últimos governos e guarda relação direta com o processo de contrarreforma do Estado e sua racionalidade hegemônica, como pôde ser visto no primeiro capítulo.

Todavia, é importante destacar que a forma de gerenciar a política de saúde nas últimas décadas está sintonizada com as orientações dos organismos internacionais – em especial o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização Mundial do Comércio (OMC), conforme aponta Bravo (2010). Esses órgãos, representando os interesses dos Estados mais poderosos, pressionam os demais para adotarem a política de liberalização e privatização impondo reformas sociais, econômicas e políticas (BRAVO, 2010).

Deve-se lembrar que, no Brasil, desde a década de 1990, vêm sendo desenvolvidas estratégias políticas, econômicas e sociais nos sentidos da realização de empréstimos de emergência e na ênfase na modernização do Estado como forma de elevar a capacidade governamental de gerir políticas públicas (DUTRA, 2010). Nessa

direção, a “gestão” acaba ganhando uma “racionalidade empresarial produtivista”, conforme afirma Soares (2012), sob a qual os conceitos de eficácia e eficiência, de metas a serem alcançadas, se fundam em um maior controle e intensidade do ritmo de trabalho.

Os objetivos de uma instituição de saúde seja ela um hospital, um centro de saúde, posto, policlínica, clínica da família, PSF ou outra, são essencialmente contraditórios e considerando a sociedade capitalista, quase sempre divergentes. Isso significa que não se deve transportar a lógica de uma empresa para uma instituição de saúde, embora ambas incorporem características do trabalho.

Costa (2006, p. 309-310) aponta que o trabalho na área da saúde pública apresenta particularidades relacionadas ao setor dos serviços, particularidades que dizem respeito ao fato de que, na saúde, “a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular”, e a finalidade o trabalho não está voltada para gerar mais valor, e sim “para uso” dos usuários; “os resultados são de difícil previsão e são sempre parciais”.

De acordo com análises de Pires (2000, p. 85), “o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços”. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. Isso significa que o trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da saúde será diretamente influenciado pelas circunstâncias históricas, econômicas e sociais.

O mesmo se aplica ao papel do gestor. Não se pode exigir que o gestor de uma instituição de saúde (em especial na esfera pública) ou de uma equipe na área das políticas sociais haja da mesma forma que o gestor de uma empresa, por exemplo. O objetivo do segundo está relacionado à lucratividade, e o do primeiro à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária. Aquele que ocupa um cargo de gestor na área da saúde lida com uma gama de projetos profissionais, muitos deles em disputa por poder, por concepções ideológicas e conceituais; uns com enfoque mais democrático e participativo, outros mais centrados na hierarquização das relações sociais. Logo, considera-se que a gestão nas instituições de saúde é atravessada por diversos determinantes relacionados com a política de saúde macroeconômica, assim como as relações de poder institucionais, os diferentes projetos profissionais e os modos de administração que perduram nas instituições de saúde.

As atuais configurações das políticas sociais de maneira geral e, particularmente, do campo da saúde, somadas ao grande tensionamento entre o “SUS real” ou “materializado” e o “SUS constitucional”, conforme apontam Bravo (2004, 2006) e Soares, (2010, 2012) interferem sobremaneira na qualidade dos serviços prestados aos usuários da saúde pública, além de provocar rebatimentos na gestão do trabalho em saúde. Por isso, é importante a análise do significado da categoria trabalho na sociedade capitalista. Entende-se que essa categoria constitua um determinante para o trabalho em saúde.

Parte-se do entendimento da perspectiva marxista, que entende ser o trabalho:

(...) um processo de que participam o homem e a natureza, em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla o intercâmbio material com a natureza. (...) Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. (...) No fim do processo do trabalho lhe aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. (MARX, 1989. p. 202)

O trabalho constitui-se como estruturante na vida social, portanto, uma categoria central na sociedade, conforme Marx (1989) e Harvey (1992). Visto assim, o trabalho é produto do homem, e só existe a partir de processos por meio dos quais o homem constrói sua vida material e seu próprio modo de ser.

O caráter social do trabalho está relacionado à sua condição de realização, pois o homem só pode realizá-lo através da relação com outros homens.

Isto ressalta a capacidade teleológica do ser social. É no trabalho, entendido como protoforma, como forma originária da atividade humana, que se pode demonstrar ontologicamente que o estabelecimento de uma finalidade é um momento real da efetiva realidade material (...) qualquer trabalho seria impossível se não fosse precedido de uma tal colocação, determinando-lhe o processo em todas as suas fases. (ANTUNES, 2002, p. 123)

O trabalho pessoal não é diretamente social e só adquire esse caráter “por intermédio de uma forma social, ainda que dele distinta – a forma valor – mediante a qual possa expressar-se enquanto trabalho social” (IAMAMOTO, 2001, p. 62). De

acordo com a autora, o que está em jogo nesta distinção entre vida pessoal e vida social é a alienação do trabalho.

Ocorreram diversas mudanças econômicas, sociais e políticas nas sociedades capitalistas, que resultaram em um novo padrão de proteção social e uma nova forma de produção e reprodução da força de trabalho.

O modelo fordista foi preconizado como um novo sistema de reprodução da força de trabalho, além de uma nova política de controle e gerência do trabalho, com extrema especialização das tarefas e da racionalização do trabalho. Nesse contexto, a produção em massa significaria consumo em massa (HARVEY, 1992).

Coligado ao modelo de desenvolvimento fordista, o taylorismo, como forma de controle do trabalho no interior do processo produtivo, é entendido como um sistema de gestão científica do trabalho. Com a separação entre as atividades de concepção e execução de tarefas, o trabalhador realizava gestos rotineiros, repetitivos e simples. Um conjunto de normas e regras direcionadas ao trabalhador, além de uma conduta autoritária das chefias, cria a representação da parcelização do trabalho e o controle da força de trabalho pelo capitalista (HARVEY, 1992).

O núcleo central do fordismo, com base na produção em massa, manteve-se fortalecido até a “crise do petróleo”, datada de 1973<sup>78</sup>. Nesse período começou um processo de transição para o modelo denominado por Harvey (1992) de acumulação flexível.

A acumulação flexível se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. (HARVEY, 1992, p. 140)

A partir da década de 1970, o capitalismo passou a enfrentar uma importante crise decorrente do capitalismo monopolista. O padrão até então vigente, designado

---

<sup>78</sup> A expansão do sistema capitalista conviveu com crises econômicas que ocorreram com certa regularidade no século XIX e também posteriormente, sendo consideradas inerentes ao sistema. Crises, que de modo geral, obedeciam a um ciclo. A crise do capital, segundo estudiosos como Oliveira (1998), Harvey (1992), Mandel (1982) com base em Marx, não se trata de uma disfunção ou um problema de regulação, mas constitui parte do movimento contraditório do capital. Estas crises são chamadas crises cíclicas do capital. Ou seja, quando ocorre alta de preços, salários, taxas de juros e lucros, acontece a falência de uma ou de várias empresas e bancos incapazes de saldar seus compromissos, devido a má administração, especulação ou outro fator.

como “fordista”<sup>79</sup>, assinalou a sua exaustão, e precisava ser substituído. A crise do fordismo e sua mudança para o processo de transição denominado acumulação flexível teve quatro fatores determinantes, relacionados à crise do modelo de desenvolvimento: diminuição dos ganhos de produtividade, elevação da composição orgânica do capital, saturação da norma social de consumo e desenvolvimento do trabalho improdutivo (BIHR, 1999).

Como resposta à crise estrutural do capital, deu-se início à “implementação de um amplo processo de reestruturação do capital, com vistas à recuperação do seu ciclo produtivo, afetando fortemente o mundo do trabalho” (ANTUNES, 2002, p. 36). A crise de superprodução exigiu a imposição de um novo padrão de acumulação, que procurou substituir a rigidez do modelo taylorista-fordista mediante relações de produção mais flexíveis, possibilitando reformas de ajustes estruturais, abertura da economia, regulação dos mercados, flexibilização dos direitos trabalhistas e diminuição da (suposta) crise fiscal do Estado-nação. Era a chamada acumulação flexível, conforme análise de Harvey (1992), que se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e padrões de consumo.

Isso significa que o processo de acumulação flexível está diretamente associado à flexibilidade do trabalho e de suas relações, bem como à flexibilidade dos produtos e equipamentos. A acumulação flexível de capital, na concepção de Harvey (1992), representa um confronto direto com a rigidez do fordismo. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas. Cria, por exemplo, um vasto movimento no emprego chamado setor de serviços, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas.

Com base ainda nas considerações de Harvey (1992), é válido pontuar que a superação do fordismo/taylorismo pelo modelo de acumulação flexível não é total, mas uma “superação dialética”, uma vez que a acumulação de capital não pode prescindir da repetitividade do trabalho e do controle do tempo e dos movimentos dos trabalhadores no processo produtivo. Ou seja, em diversas situações ocorre uma mescla entre os métodos de reprodução do trabalho e da acumulação de capital, como forma de extração de mais-valia.

---

<sup>79</sup> O fordismo apresenta uma separação entre gerência, concepção, controle e execução ante um novo tipo de reprodução da força de trabalho, no reconhecimento explícito de que produção em massa significava consumo em massa (HARVEY, 1992).

As profundas transformações ocorridas nos países de capitalismo avançado nas décadas de 1970/1980 tiveram repercussões tão intensas para os trabalhadores que, segundo Antunes (2002), se tratou da mais aguda crise deste período. Atingiu não só a materialidade, mas também a subjetividade dos trabalhadores, afetando inclusive a sua forma de ser.

Essas mudanças impactaram na forma de gerenciar as instituições, sobretudo no caso dos hospitais. Estes contam com um grupo de trabalhadores com diversos arranjos de emprego e com vínculos de trabalho diversos (celetistas, estatutários, contratados, bolsistas, residentes). Este processo, ao contribuir para a desorganização das massas dos trabalhadores, afeta as suas conquistas históricas, deixando patente o grau de exploração das práticas do capital.

A flexibilização do trabalho, de acordo com César (1998), dá-se com base na racionalização da produção e na intensificação do ritmo de trabalho que, na ótica das políticas de gestão, convertem-se em objeto das estratégias empresariais para enfrentar o desafio da competitividade no mercado globalizado. A flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos, dos padrões de consumo e dos direitos sociais é a base de todas as transformações ocasionadas pela reestruturação produtiva.

(...) podemos dizer que uma das estratégias presentes na "nova" gestão estatal da força de trabalho é incorporar o processo de precarização como inevitável, a mercantilização como fato inexorável e a subordinação do público ao privado como iniciativas complementares e parte constitutiva das novas experiências de gestão. (MOTA, 2006, p. 43)

Para Antunes (2002), a acumulação flexível acaba proporcionando novas formas de intensificação do trabalho<sup>80</sup> e profundas mudanças na esfera do Estado. Portanto, este modelo provoca, hoje, conseqüências funestas para a vida do trabalhador, tais como flexibilidade do mercado de trabalho, desregulamentação dos direitos trabalhistas, informalidade no processo de contratação de trabalhadores e intensificação do processo de trabalho.

---

<sup>80</sup> Como exemplo pode-se citar a utilização de tecnologias, no caso da informatização, que, se por um lado trazem diversas facilidades para o trabalhador, por outro fazem com que ele acabe acumulando mais atividades, tanto no seu local de trabalho (espaço público), quanto fora dele (espaço privado). Este acúmulo advindo da "multifuncionalidade" do trabalhador objetiva a intensificação da força de trabalho (ANTUNES, 2002).

É necessário considerar que a forma de gerenciar as instituições de saúde pelo gestor sofrerá o peso das determinações da economia política e das políticas sociais, em especial a saúde, com foco na racionalidade “empresarial”. Nesse emaranhado é que a função de gerência, chefia ou coordenação se estabelece e é influenciada pela conjuntura macrossocial e pela relação entre os sujeitos que a compõem.

Desta forma, de acordo com o perfil de gestor que o capital necessita, este exigirá do trabalhador a questão disciplinar, com requisição de padrões e normas a serem cumpridas. Esse disciplinamento pode se dar de duas formas: através da “domesticação” do trabalhador ou, mais estrategicamente, a partir de políticas de incentivo à produção. Encontra-se em jogo a defesa da empresa e o “vestir da camisa” pelo trabalhador, a despeito das formas de exploração e estratificação da mais-valia (ANTUNES, 2002).

Nesse contexto, os modos de gerência, que tem um papel centralizador na figura de um chefe (gerente ou administrador), consolidam um cenário decisório sem participação do trabalhador. Tem-se uma série de procedimentos em massa, cujas normas e rotinas operacionalizam fluxos de atendimentos que devem ser medidos e quantificados e de cuja elaboração, em muitos casos, o trabalhador não participou. Em suma, numa lógica ainda muito “funcional” e “tecnicista”, muitas vezes ditada de maneira hierarquizada.

Em que pesem algumas diferenças em relação à proposta de um novo Modelo de Gestão para Sistemas e Estabelecimentos de Saúde, proposto por Gastão Wagner Campos (1998), concorda-se com a análise do autor quando ele afirma que, ainda hoje, os serviços são governados segundo diferentes variações do taylorismo. Muitas vezes o poder permanece centralizado em chefes, cuja gerência controla diretamente a realização de procedimentos técnicos (produtividade), o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário, relatórios, etc.) e a elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, sendo possível observar ainda a presença de uma quase ausência de comunicação, tanto entre serviços – em relação horizontal de poder – quanto entre distintos níveis hierárquicos. Esses apontamentos contribuem para uma gerência ainda centrada no gestor como o grande catalisador das ações e os trabalhadores “subordinados” às ordens estabelecidas, o que acaba conferindo à gestão um papel bastante verticalizado.

Os “novos modelos de gestão” (discutidos no primeiro capítulo) estão intrinsecamente relacionados à gestão dos hospitais na atualidade, interferindo e

desencadeando influências importantes no trabalho coletivo em saúde. No campo da saúde, o processo coletivo de trabalho, de acordo com Costa (2006) define-se:

(...) a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais. (COSTA, 2006, p. 308)

Ao analisar o processo coletivo de trabalho em saúde, Nogueira (1997) afirma que é necessário considerar três aspectos fundamentais. Em primeiro lugar deve-se considerá-lo como parte do trabalho em geral. Por isso tem características comuns, com outros processos que ocorrem na indústria e em outros setores da economia. Segundo, ele é um “serviço”, já que toda assistência à saúde constitui um serviço. Terceiro, é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviço que dependem de um laço interpessoal, mas, no caso da saúde, ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia da ação.

Quanto ao primeiro aspecto (ser parte do trabalho geral), mais uma vez pode-se retornar ao conceito de trabalho em Marx. Segundo este autor (1989, p.197), o trabalho, constitui [...] “um processo de que participam igualmente o homem e a natureza, e no qual o homem espontaneamente inicia, regula e controla as relações materiais entre si próprio e a natureza”.

Quanto à segunda dimensão (ser um serviço), Nogueira (1997) defende que o processo de trabalho em saúde constitui um serviço com particularidades que o diferenciam, por exemplo, dos serviços de uma indústria ou empresa. Há que considerar, no entanto, que essa caracterização é extremamente funcional aos atuais moldes capitalistas de trabalho. Dessa forma, “o processo de incorporação dos serviços ao modo de produção capitalista consiste em mercantilizar os efeitos úteis do trabalho em serviços”, conforme aponta Costa (2010, p. 100), e isso ocorre com os processos de trabalho em saúde <sup>81</sup>.

Ao abordar a terceira dimensão (dependência do laço interpessoal) do processo de trabalho em saúde, Nogueira (1997, p. 72) aponta para o fato de que:

---

<sup>81</sup> A professora Maria Dalva Horário Costa, em seu artigo denominado “Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços” (COSTA, 2010), faz uma reflexão bastante pertinente sobre o assunto.

(...) os serviços de saúde não se realizam sobre coisas, sobre objetos, como acontece no caso de um serviço de mecânica de automóveis. Dá-se sobre pessoas e, sobretudo, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, sendo parte desse processo, na medida em que fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho. Exige-se dele não só informação acerca do que lhe ocorreu, a história de sua queixa ou doença, mas também participação ativa para que sejam corretamente aplicadas normas e prescrições médicas. Assim entendida, a assistência é também um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta. (NOGUEIRA, 1997, p. 72)

O autor defende que essas três dimensões são complementares e interatuantes. A ideia de processo de trabalho é marcada por uma tecnicidade ou direcionalidade técnica inerente a todo processo de trabalho humano (NOGUEIRA, 1997). E, por isso, apresenta uma natureza coletiva. No caso do processo de trabalho em saúde, há um conjunto de categorias e de indivíduos que compartilham conhecimentos científicos e procuram realizar suas intervenções. Contudo, sabe-se que historicamente a categoria médica passou a determinar e controlar o processo de trabalho em saúde, o que provocou conseqüências diretas para a forma como o processo de trabalho se desenvolve no âmbito das instituições<sup>82</sup>. Embora estas reflexões tenham uma dimensão mais abrangente, não se pode esquecer que impactam diretamente no processo de trabalho e sua gestão no âmbito da saúde.

Desta maneira, as gerências e chefias nos hospitais “coordenam” trabalhadores (as) inseridos em um trabalho coletivo em saúde, e, no presente estudo, todos vinculados à esfera pública, visando a mudanças no modelo de gestão exigindo eficácia, eficiência, melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais. Assim, todos esses fatores conformam os modos diferenciados de chefiar equipes, inclusive as de Serviço Social<sup>83</sup>.

---

<sup>82</sup> Vale lembrar que a Lei do Ato Médico Nº. 12.842/2013 (BRASIL, 2013b) foi aprovada após intensos debates e movimentos contrários à forma como estava estruturada. A lei que regulamenta a atividade médica do Brasil foi sancionada pela Presidente Dilma Rousseff, que considerou os argumentos dos conselhos profissionais, das entidades da área da saúde e a própria concepção de saúde vigente. Nesse sentido, o documento que foi aprovado com vetos, estabelece atividades privativas dos médicos.

<sup>83</sup> Os(as) assistentes sociais na saúde estão inseridos(as) nos diversos processos de trabalho existentes, uma vez que não existe um único processo de trabalho do(a) assistente social, mas processos de trabalho diferenciados, nos quais o(a) profissional se envolve na condição de trabalhador especializado (IAMAMOTO, 2007). O que deriva dessa assertiva é que os diferentes processos de trabalho nos quais se inscreve a atividade do(a) assistente social devem ser elucidados. Disso decorre a importância da análise do trabalho do(a) assistente social, quer seja no espaço socioocupacional da política de saúde, quer seja na política de assistência social, habitação, trabalho, entre outras. Não restam dúvidas de que em cada área em que o(a) assistente social atua acabará manejando conhecimentos específicos, com vistas a contribuir para a qualidade do serviço prestado, conforme assinala Matos (2013). Por isso, é primordial que, para além de todo conhecimento da formação profissional, sintonizado com o projeto ético-político

Diante desse cenário, ganha destaque nessa discussão da gestão, a implantação de um modelo de formação e gestão da força do trabalho com foco nas “competências profissionais”. Este modelo tem sido visto como um instrumento para proporcionar mudanças nas instituições de saúde e na gestão. A noção de competência começou a ser utilizada na Europa a partir dos anos 1980. Souza (2008) afirma que as ideias e polêmicas em torno desse tema partem, em grande medida, de economistas, sociólogos, psicólogos e pedagogos ligados ao estudo e pesquisa junto ao setor do operariado fabril. De acordo com Deluiz (2001),

(...) origina-se das Ciências da Organização e surge no quadro de crise do modelo de organização taylorista/fordista, da mundialização da economia, de exacerbação da competição nos mercados e de demandas de melhoria da qualidade dos produtos e de flexibilização dos processos de produção e de trabalho. Neste contexto de crise, e tendo por base um forte incremento da escolarização dos jovens, as empresas passam a usar e adaptar as aquisições individuais da formação(...). (DELUIZ, 2001, p. 11-12)

Há autores que centram a discussão das competências em um viés mais funcional e subjetivo. Nessa perspectiva encontra-se Zarifian (1998), que compreende a competência como um assumir de responsabilidade pessoal do trabalhador frente a situações produtivas.

Como característica dessa gerência “inovadora”, a assunção de responsabilidades por parte do trabalhador reflete-se em uma atitude social de tal sorte que, sempre a partir de si mesmo, o assalariado vai, por conta própria, tentar atingir um conjunto de desempenho necessário para resolver a dinâmica complexa existente nas instituições.

Deluiz (2001) aponta que as competências, mesmo tendo um conteúdo subjetivo e individual, são construídas ao longo da trajetória da vida profissional do trabalhador, o qual partilha de experiências e práticas coletivas, questões que devem ser consideradas na análise das competências. Além disso, a autora enfatiza que os acordos particulares entre empregador e empregado em termos de uma “carteira de competências” podem enfraquecer a negociação coletiva e desmobilizar a ação sindical (DELUIZ, 2001, p. 14).

---

profissional, o(a) assistente social na saúde, por exemplo, tenha conhecimento sobre a saúde pública, o processo de trabalho nos hospitais e sua gestão, além de toda legislação referente a esta política. Matos (2013, p. 106) é enfático ao afirmar que “isso não significa de maneira alguma a defesa do Serviço Social clínico, com a realização de atendimentos terapêuticos nos serviços de saúde; de um suposto saber específico do Serviço Social por especialidade clínica da medicina e a reatualização de uma crise de identidade da profissão quando, em nome da função profissional sanitária, os assistentes sociais não se identificam como tal”.

Para Meghnagi (1998), tanto na construção quanto na caracterização da competência profissional devem ser considerados fatores como: a aquisição de conhecimentos, tanto escolarizados, quanto por meio de processos informais de aprendizagem; orientações de valores, possibilitando ou não o suporte para inovações; pertencimento a uma comunidade profissional; e a constituição/apropriação de um saber a partir da própria situação de aplicação.

Souza (2008) afirma que, apesar das diferenças significativas entre os aportes teóricos que procuram estudar e promover a compreensão da noção de competência, todos eles, críticos ou assertivos, parecem não se diferenciar daquilo que é básico a esta noção:

(...) o entendimento da competência como uma capacidade de ação para a qual são mobilizados alguns recursos, tais como conhecimentos, qualidades, habilidades e aptidões que possibilitam o estudo, a investigação, a reflexão, a discussão, mas, fundamentalmente, a decisão sobre o que se refere à intervenção profissional. (SOUZA, 2008, p. 141)

Desta forma, a gerência de uma unidade de saúde, de um hospital, de um departamento, por exemplo, a priori constitui competência que pode ser exercida tanto pelo médico, como por um fisioterapeuta ou por um(a) assistente social<sup>84</sup>, psicólogo, entre outros. Na prática, principalmente nos hospitais públicos, essa competência é desenvolvida, em sua quase totalidade, pela profissão que historicamente ocupa esse espaço, ou seja, e de médico<sup>85</sup>.

Mediante a complexidade e a diversidade das atividades realizadas no âmbito de uma instituição como o hospital, é de suma importância que a gestão desse espaço seja de fato compartilhada pelos sujeitos que o compõem, inclusive os usuários. Defende-se um modelo de gestão para os hospitais públicos assentados nas prerrogativas e princípios do que melhor já foi criado em termos de modelo de saúde no Brasil, isto é, o SUS Constitucional, pautado no modelo sanitário, que deixa explicitado que a gestão do

---

<sup>84</sup> Tamamoto (1999, p. 48) afirma que “(...) possibilidades novas de trabalho se apresentam e necessitam ser apropriadas, decifradas e desenvolvidas; se os assistentes sociais não o fizerem, outros farão, absorvendo progressivamente espaços ocupacionais até então a eles reservados. Aqueles que ficarem prisioneiros de uma visão burocrática e rotineira do papel do Assistente Social e de seu trabalho entenderão como “desprofissionalização” ou desvio de funções as alterações que vêm se processando nessa profissão”.

<sup>85</sup> O estudo de Castro e Castro (2003) demonstra isso. Mesmo sendo um estudo que toma por base o perfil dos gerentes dos hospitais públicos do Rio Grande do Norte, podemos aplicá-lo à realidade do Rio de Janeiro. Nesse estudo, os autores apontam que, na realidade pesquisada, 54% dos gerentes eram médicos.

sistema de saúde defendido, em qualquer nível de atenção, seja democrática, participativa e qualificada.

Todavia, os determinantes econômicos, sociais e políticos, materializados através da racionalidade produtivista, vêm sendo guiados pela contrarreforma do Estado – com centralidade na privatização da saúde. A estes aspectos soma-se o discurso de se pensar o SUS, através do Projeto “SUS possível” e não do SUS de todos. Esses elementos acabam condicionando as formas de gerência dos hospitais públicos nos dias de hoje.

A Política Nacional de Humanização (PNH) conforma um movimento que, numa primeira análise, poderia ser o de buscar mudanças nas práticas e na gestão em consonância com o SUS. Todavia, uma análise dessa política mostra algumas contradições na sua operacionalização. Nesse sentido é que a seguir são tecidas considerações sobre a PNH, já que, de certa forma, a sua implantação nas instituições de saúde pode fortalecer o Projeto de Reforma Sanitária ou o projeto hegemônico na saúde, impactando na gestão das instituições e das equipes.

### **2.3 A Política Nacional de Humanização e a gestão na saúde**

Na cena contemporânea, as diferentes lógicas de acumulação de capital, de racionalização de custos e da atenção compõem as vertentes que operam em favor de uma reorganização da atenção à saúde. Todas elas prevêm novos lugares e papéis para as instituições de saúde. Essa conjuntura se dá, de acordo com Matos (2013), em função da dificuldade de resolutividade, da falta de acesso integral, com qualidade, a alguns serviços; do grande caminho percorrido por parte dos usuários em suas demandas de saúde. O que, de certa forma, denota a dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza.

Diante disso, a “humanização” ganha relevo nas discussões da política de saúde. Todavia, chama-se a atenção para os diferentes sentidos que este conceito adquire, relacionados, diretamente, ao projeto de saúde defendido pelos sujeitos sociais. Puccini e Cecílio (2004, p. 1.345), a partir de uma revisão de literatura realizada em periódicos da área da saúde, identificaram uma gama de concepções sobre humanização e as agruparam da seguinte forma; 1) noção de amenização da lógica do sistema social, centrado sobretudo numa crítica à tecnologia e como tentativa de criar um “capitalismo humanizado”; 2) “a busca de uma essência humana perdida” 3) “uma negativa

existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da *práxis* humana”; 4) processo de organização institucional que valoriza “a escuta no ato assistencial”; 5) valorização de direitos sociais.

Então, de maneira geral, pode-se perceber que a temática da humanização tem significados diversos. Trata-se de um debate presente na saúde pública no Brasil, de maneira mais sistemática desde o final da década de 1990, conforme aponta Conceição (2009). Contudo, este movimento, de acordo com a autora, já se fazia presente desde a década de 1950, com influência das contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos, na defesa “em prol da assistência ao parto humanizado”, bem como “da luta antimanicomial (...) e das demais críticas que vêm se juntar a essas, principalmente no que concerne ao modelo de assistência à saúde existente” (CONCEIÇÃO, 2009, p. 196-197).

A “humanização” ganhou relevo no âmbito da saúde e entrou para a “agenda governamental”<sup>86</sup>. A partir de maio do ano 2000, no governo de Fernando Henrique Cardoso, o tema ganhou destaque quando o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – (PNHAH), e incluiu a discussão como pauta na XI Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2001). A humanização adquire status de estratégia política, a fim de promover ampliação da agenda inserindo o tema na pauta das políticas de saúde. A partir de então, o tema humanização aparece como um elemento importante na contextualização do cenário da política de saúde (BRASIL, 2008).

O relatório final da XI Conferência de Saúde (BRASIL, 2001) pontua a necessidade de organização das Portas de Entrada: funcionamento adequado das emergências<sup>87</sup>, problematização sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, discussão sobre o viés da integralidade nas ações de saúde, estímulo ao trabalho de equipe, capacitação dos recursos humanos, entre outros apontamentos.

---

<sup>86</sup> Kingdon (1984), de forma certa, esclarece que o conceito de agenda é utilizado para designar o espaço de constituição da lista de questões e problemas que chamam a atenção do governo e da sociedade em um determinado tempo e espaço. Isso faz todo o sentido quando se recorda que a humanização entrou na agenda do governo de Fernando Henrique Cardoso quando veio à tona uma série de denúncias sobre as experiências negativas de descaso e negligência do poder público em relação aos hospitais públicos, somada à fragmentação da ação profissional, à falta de escuta dos usuários e dos trabalhadores dos serviços de saúde. No caso do Rio de Janeiro, essas denúncias culminaram mais à frente, na intervenção do governo federal através do Decreto n. 5.392, de 10 de março de 2005, que declarou estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS no Município do Rio de Janeiro (OLIVAR e VIDAL, 2007).

<sup>87</sup> Em relação aos hospitais, as mudanças referentes a um enfrentamento por parte do poder público para pensar novas formas de organizar e estruturar a rede de serviços terciários tem seu marco quando o governo federal instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, através da Portaria MS/GM Nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b).

Em 2003, o PNHAH foi ampliado para todo o sistema de saúde, deixando de ser restrito apenas aos hospitais. A humanização deixou de ser um programa e foi alçada à condição de política, com a denominação de Política Nacional de Humanização (PNH). A este respeito Benevides e Passos (2005) ressaltam que em 2004 foi possível ampliar significativamente o raio de ação da política de humanização após um vasto processo de discussões e de pactuações no âmbito dos Estados, dos Municípios e dos serviços de saúde.

Destaca-se nesse contexto de mudanças na política de saúde a nova gestão no comando do país a partir de 2003, com o Partido dos Trabalhadores (PT). Essa mudança governamental ocasionou novas nomeações e mudanças no Ministério da Saúde. Entre elas, a nomeação de Gastão Wagner de Sousa Campos como Secretário Executivo da Secretaria Executiva (SE). Este órgão passou a formular políticas e, não apenas executá-las. Os conceitos como o de clínica ampliada, cogestão, apoio matricial, entre outros, passam a fazer parte das políticas públicas. Foram elaborados e sistematizados por este intelectual, de forma que contribuíssem e demarcaram e/ou determinaram o arcabouço teórico da Política Nacional de Humanização (CAMPOS, 1999; TRAJANO, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores)”. Os valores que norteiam esta política são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos e a “corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão” e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2008, p. 8). Em uma primeira análise, infere-se que as proposições da PNH não diferem do que já estava estabelecido pelo Sistema Único de Saúde desde 1990. A execução da PNH, com conceitos “criados” para operacionalizar a política, é que terá alguns enfoques “diferentes” da proposta original do SUS, conforme aponta Miranda (2009).

A PNH surgiu visando a uma mudança nas organizações de saúde. Considera-se, conforme Miranda (2009), que a gestão ocupa uma centralidade nesse debate da PNH, não sendo possível falar de mudança de modelo de atenção sem tocar nas estruturas organizacionais e nos esquemas de poder, tanto políticos quanto institucionais.

Importa dizer que existe uma pactuação entre os gestores das instituições federais e o Ministério da Saúde para implantação da PNH nas unidades federais. Conforme propõe Pasche (2009), constitui-se ainda em uma proposta de transformação do cotidiano dos serviços, com a finalidade de formular novas maneiras de gerência e de

cuidados, sob uma perspectiva transversal ao SUS. Portanto, estabelece fator de influência direta para o processo de trabalho em hospitais e, por sua vez, para o trabalho dos(as) assistentes sociais e suas formas de gerência. A abordagem da Política Nacional de Humanização (PNH) tem como foco, especificamente neste item, sua operacionalização no cenário dos hospitais, já que este constitui o cenário da pesquisa de tese<sup>88</sup>.

Os postulados da PNH apontam para questões reais dentro do SUS, a saber: separação entre gestão e atenção, falta de autonomia dos sujeitos, fragmentação dos saberes, fluxo nas instituições de saúde, falta de comunicação e de transparência dos processos, para citar alguns. Contudo,

(...) não podemos nos esquecer que estamos vivenciando uma aparente dualidade entre a política pública precarizada (no caso o SUS) e as “eficientes” propostas de inovações na gestão do sistema, entre o SUS histórico e o SUS materializado; ambas parte de um mesmo movimento, uma mesma racionalidade, que tem impactos importantes sobre a população usuária do sistema e sobre as práticas sociais dos trabalhadores da saúde – entre estes, o assistente social. (SOARES, 2012, p. 64)

Por isso, deve-se ter atenção ao discurso “sedutor” da eficiência, sem a conjugação de condições reais para sua execução e a defesa do SUS histórico. É nesse movimento que se pode perceber as contradições da PNH, que serve como “um elemento de tensionamento do modelo atual de atenção à saúde”, para sua efetiva operacionalização, e ao mesmo tempo pode se constituir em elemento conservador, velando processos existentes na política de atenção à saúde (CONCEIÇÃO, 2009, p. 196).

A implementação da PNH, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos

---

<sup>88</sup> Importa dizer que a PNH atravessa todo o sistema de saúde, com a proposta de que seja implementada em todos os níveis de atenção e de complexidade.

de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH;

- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;

- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se aos processos de Educação Permanente e às instituições de formação;

- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;

- No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS. (BRASIL, 2008, p. 35-36)

De acordo com esses eixos foram estabelecidas as diretrizes da PNH, orientações gerais que expressam o método da inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde (MIRANDA, 2009). As diretrizes são materializadas através de Clínica Ampliada; Cogestão; Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo<sup>89</sup>.

A fim de pensar novas práticas na saúde, sintonizadas com as diretrizes, foram propostos alguns dispositivos<sup>90</sup> institucionais, tais como: a) Acolhimento com classificação de risco; b) Equipes de Referência e de Apoio Matricial; c) Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; d) Projetos de Construção Coletiva da Ambiência; e) Colegiados de Gestão; f) Contratos de Gestão; g) Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, h) ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; i) Projeto Acolhendo os familiares/rede social participante: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico; j) Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; k) Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; l) Grupo de Trabalho de Humanização (BRASIL, 2008).

---

<sup>89</sup> O Ministério da Saúde, desde o estabelecimento da PNH enquanto uma política transversal ao SUS, vem publicando diversos textos oficiais que explicitam as diretrizes assim como os dispositivos dessa política (BRASIL, 2007, 2008 e 2009).

<sup>90</sup> De acordo com a PNH (BRASIL, 2008, p. 57), dispositivo “é um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex. uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex. conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo”.

Os dispositivos, de acordo com Miranda (2009, p. 123), “objetivam provocar alterações na cultura institucional”, por isso optou-se por realizar uma análise dos dispositivos, visto que, à medida que visam mudanças institucionais, podem provocar impactos direto na forma de gerência das equipes de saúde e, conseqüentemente, no trabalho dos(as) assistentes sociais chefes.

A análise parte do princípio de que os dispositivos elencados a seguir, ainda que não abordem diretamente a gestão, não estão dela dissociados. Acredita-se inclusive que alguns desses dispositivos, somados às diretrizes da cogestão e da valorização do trabalhador, vão influenciar sobremaneira as chefias e sua relação com a equipe que gerenciam, uma vez que está sendo considerada neste trabalho a perspectiva de totalidade ao analisar os processos sociais.

Se, por um lado, a proposta da PNH apresenta eixos, diretrizes e dispositivos sintonizados com o SUS histórico, por outro lado “o discurso da humanização pode acabar, em certa medida, propondo as ações planejadas pelas formas flexíveis de acumulação: atenção, acolhimento, cuidado, criação de vínculos”, conforme análises de Sodré (2010, p. 465). Esse processo, ao mesmo tempo que proporciona relações mais abertas com o usuário e os trabalhadores, também abre precedentes para trabalhos mais alienantes do ponto de vista da sua execução (CONCEIÇÃO, 2009; SODRÉ, 2010).

Segue a análise.

a) Acolhimento - Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 51), trata-se de processo que compreende “práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída”. Deve considerar que:

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante. (BRASIL, 2004, p. 11-12)

A proposta é que o serviço de saúde seja organizado de forma a atender aos usuários, garantindo o acesso. Sugere a reorganização do trabalho em saúde, afim de que seja deslocado o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), que se encarrega da escuta do usuário e se compromete a resolver suas demandas de saúde. A proposta do acolhimento precisa se constituir-se em um lugar de resposta e não de negativa do atendimento.

A ideia desse dispositivo, em tese, seria garantir o acesso acompanhado de uma classificação denominada de “classificação de risco”, que pressupõe a agilidade no atendimento, onde a partir de uma análise sob a ótica de protocolo pré-estabelecido e do grau de necessidade do usuário, é proporcionada a atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada do usuário (BRASIL, 2004). Todavia, para isso é preciso mais que uma equipe multidisciplinar que “escute” a demanda de saúde, verifique a temperatura, meça a pressão arterial, colha a história apresentada e estabeleça a prioridade do atendimento. É necessária uma rede de saúde pactuada, com o devido estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência formulado e funcionando, com a presença de recursos humanos capacitados para o trabalho, a oferta dos serviços de qualidade, com infraestrutura adequada, entre outros. Não basta a substituição do nome “triagem”<sup>91</sup> por acolhimento sem a articulação e a pactuação com a rede de atenção (baixa, média e alta complexidades).

A proposta não pode se reduzir à “formação” de um trabalhador dócil, gentil, que atenda com “carinho”, a despeito, inclusive, de suas condições de trabalho precárias, dos seus salários sem reajustes, da falta de recursos humanos para composição de uma equipe não mínima (como propõe a política), mas uma equipe ampliada e multiprofissional. Vasconcelos (2006, p. 267) pontua que “o acolhimento, o apoio e a humanização como fins em si mesmo não possibilitam a democratização das informações necessárias ao controle social e ao acesso a bens e serviços como direitos sociais, ainda que humanizem as relações pessoais”. A autora considera que somente a humanização não resolve o problema da saúde pública no Brasil. A humanização faz parte do processo de prestação da assistência, sendo uma dimensão estratégica para o SUS. Os esforços devem ser centrados na (re)politização da saúde, incentivo à gestão colegiada de recursos humanos e criação de mecanismos e canais que atendam às necessidades e interesses dos usuários, além dos trabalhadores da saúde.

---

<sup>91</sup> Denominação para a recepção do usuário no serviço de saúde, a fim de “selecionar” se a demanda apresentada deverá ou não ser atendida na instituição de saúde.

b) Equipe de referência e apoio matricial - As equipes de referência e apoio matricial, de acordo com o que preconiza a cartilha de orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a, p. 32), “surgiram como arranjo de organização e de gestão dos serviços de saúde como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador”. Nessa lógica têm-se um profissional atuando em determinada linha de cuidado<sup>92</sup> ou área, oferecendo apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. De acordo com o Ministério da Saúde, a proposta seria inverter “o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes” (BRASIL, 2008, p. 52). A proposta desse dispositivo, para o Ministério da Saúde, consiste em facilitar a comunicação horizontal, baseado no “apoio matricial”, abandonando ações especializadas e compartimentalizadas.

Todavia, considero que a lógica matricial, de dar suporte a outras equipes, acaba por atingir o objetivo de redução de postos de trabalho no âmbito do SUS. Como pano de fundo, o que se propõe é uma “maior flexibilidade” das relações de trabalho. E com isso, não se atingirá o objetivo de solidificar ações a partir de projetos coletivos, conforme propõe o dispositivo.

Há que se ter um especial cuidado na aplicabilidade desse dispositivo, para que ele não se converta numa lógica de exploração dos trabalhadores de saúde. Ao propor o apoio matricial, defende-se que um mesmo trabalhador deva “dar suporte” a diversos setores. Vale dizer que as categorias profissionais mais expostas nesse processo serão as com quantitativo menor no âmbito hospitalar, como: assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos. Já a enfermagem e a medicina não se configurarão em apoio matricial, corroborando para manutenção de uma determinada hierarquia dentro das instituições de saúde.

Nesse sentido, lançam-se alguns questionamentos:

---

<sup>92</sup> Em consonância com os princípios da PNH, Franco et al. (2011, p. 21) definem linha de cuidado como sendo “(...) os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde”. Como exemplo de segmentos de linha de cuidado os autores citam as Linhas de Cuidado em Saúde Materno-Infantil, a Saúde do Idoso, a Saúde Mental, a Hipertensão Arterial e a Saúde Bucal. “Isto significa que, para cada segmento de cuidado destes, deve haver uma pactuação e um trabalho em equipe coletivo para construção dos fluxos de acesso e cuidado aos usuários.” Essa organização faz-se presente, mesmo com denominações diferentes, em diversas instituições de saúde.

- Como criar vínculo com os usuários, se o trabalhador terá que ser referência para diversas áreas?
- Como construir um trabalho de qualidade que envolva formação, qualificação, pesquisa e assistência direta ao usuário, tendo este mesmo trabalhador, com uma carga horária X, que ser referência para diversas áreas de atendimento?

Outra observação a se fazer é que a proposta da implantação desse dispositivo nos hospitais públicos tem a proposta de ocorrer a partir da formação de equipes de referência atuando nas denominadas Unidades de Produção (UPs). Essas Unidades de Produção (cujo próprio nome muito se assemelha a lógica das fábricas e das empresas – o que caracteriza uma contradição com uma política que visa a pensar a partir das necessidades do trabalhador) são constituídas a partir da existência de uma equipe por linha de cuidado e responsável por “produtos” bem definidos. A proposta é a extinção dos departamentos, e criação dessas UPs cuja “finalidade seria a integração dos processos de trabalho e a interação com os trabalhadores que fazem o apoio matricial” (CECÍLIO, 1994, p. 213).

Percebe-se nos conceitos aqui sinalizados uma racionalidade extremamente burocrática, que ao invés de contribuir para o fim das especialidades, dos departamentos, pode acabar por colaborar com um processo muito próximo à produção em série e por unidades.

c) Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva - De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a, p. 39), o Projeto Terapêutico Singular “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial, se necessário”. Esses projetos, de acordo com Miranda (2009), são voltados para os sujeitos, individualmente, ou em comunidades, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Comportam planos de ação assentados na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários, o que contraria a concepção de saúde que vigora desde a Constituição Federal de 1988, que preconiza enfoque nas condições de vida dos usuários, e não nas condições biopsicossociais.

De acordo com Miranda (2009), o projeto terapêutico singular possui influência direta do campo da saúde mental, onde se valoriza o fortalecimento do trabalho em equipe e ao mesmo tempo o diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos

usuários. A mesma autora aponta que a proposta do projeto terapêutico é ser eminentemente política, e não centrada na responsabilização ou corresponsabilização apenas dos sujeitos e suas redes. Para tanto, é preciso dinamizar redes, conhecer as demandas de saúde da comunidade, seus hábitos focados nos territórios de origem dos sujeitos, não tomando apenas com o foco na individualização restrita, muitas vezes centrada no aspecto biológico e individual.

d) Projetos de Construção Coletiva da Ambiência - É preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 51) como “ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana”. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas neles presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição – por exemplo, a luminosidade, os ruídos do ambiente, a temperatura (BRASIL, 2008).

A ambiência constitui uma ferramenta para a melhoria dos processos de trabalho, mas por si só não produz uma qualidade maior na atenção aos trabalhadores. Conforme Miranda (2009), a ambiência não pode ser considerada apenas quanto aos aspectos arquitetônicos e físicos de um hospital. Deve compor uma dinâmica onde “usuários, trabalhadores e gestores precisam atuar na definição de elementos que compreendem desde a otimização e organização do espaço até ações de biossegurança assegurando a realização da prestação de serviços em um ambiente melhor”. (MIRANDA, 2009, p. 120)

e) Colegiado gestor - Os colegiados gestores têm por objetivo “garantir o compartilhamento do poder, a coanálise, a codecisão e a coavaliação” (BRASIL, 2008, p. 56). A proposta, em sintonia com os pressupostos do SUS, visa ao compartilhamento do poder. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, onde é possível tomar decisões no seu âmbito de governo, em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. É composto, em uma unidade de saúde, por todos os membros da equipe ou por representantes (BRASIL, 2008). Cecílio (2010) aponta ainda que:

(...) mais do que um mero arranjo burocrático-administrativo, o colegiado de gestor deve ser pensado como um arranjo institucional que assume um caráter fortemente político, devido ao fato de ele se constituir em espaço onde os temas da autoridade, do poder, do controle da decisão estão sempre presentes, de forma mais ou menos explícita. (CECÍLIO, 2010, p. 563)

Esse dispositivo tem respaldo no princípio do SUS de participação social na gestão democrática da política de saúde. Ganha uma dimensão importante quando pretende trazer para o centro do debate o envolvimento dos trabalhadores e usuários na política de saúde. Entretanto, a responsabilização dos sujeitos envolvidos deve também abranger os gestores das unidades e as decisões macroinstitucionais. Não deve restringir as discussões, nas esferas de responsabilização dos trabalhadores, em um nível micropolítico. O importante é que, para além das pautas de reivindicações, haja participação dos trabalhadores e usuários, de fato, nas instâncias deliberativas. Não se pode perder de vista que a integralidade<sup>93</sup>, a resolutividade, o alargamento do vínculo, organização dos processos de trabalho e gestão participativa são princípios já defendidos pelo SUS e corroborados pela PNH.

Assim, a gestão colegiada, materializada através dos colegiados gestores, não constitui uma dinâmica “inovadora” trazida pela PNH. Faz parte de um dos pressupostos defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária desde o final da década de 1970, e se contrapõe ao “modelo de gestão gerencial” pois preconiza uma gestão democrática e participativa, com envolvimento dos sujeitos nos processos decisórios.

f) Contratos de Gestão - Constituem um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, previsto no documento da série HumanizaSUS, intitulado Gestão participativa e cogestão (BRASIL, 2009), bem como no texto oficial sobre a política (BRASIL, 2008). Os contratos de gestão, de acordo com a PNH, “são firmados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares, com o distrito sanitário e/ou com o nível central da secretaria de saúde” (BRASIL, 2009, p. 13). De acordo com a publicação, esses contratos visam:

- a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa e c) garantia de sustentabilidade da unidade. Esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões de trabalhadores, usuários e gestores. (BRASIL, 2009, p. 13-14)

---

<sup>93</sup> Entendida conforme Mattos (2001, p. 57-61), isto é, “um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, ampliação que não pode ser feita sem que assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. (...) Como um princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas (...)”

Contudo, fica explícito que os contratos de gestão encontram-se em sintonia com a lógica da atual gestão pública (discutida no capítulo anterior), que gira em torno da busca por resultados, eficácia, efetividade e eficiência na gestão dos serviços e na construção de políticas públicas (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, et al., 2012), em detrimento do SUS Constitucional. Em defesa do aumento da eficácia e agilidade nos processos de licitação e de contratos, objetivando um suposto aumento da produtividade, acaba-se apostando em um “modelo” que busca resultados através de metas e indicadores, desconsiderando o atendimento qualificado, que não pode ser medido através apenas de números. Assim, fica patente a “importação” de modelos rígidos aplicados a empresas e fábricas cujo objetivo gira em torno do lucro, desconsiderando que uma proposta de saúde pública deve visar à defesa da vida, constituindo-se em um bem para a população.

Os contratos de gestão, enquanto dispositivo da PNH, entram em confronto direto com as propostas defendidas pelo SUS. Por isso afirma-se que a condução da PNH, que, a priori, está relacionada com a defesa de uma saúde de qualidade, vem sofrendo alterações em sua aplicação cotidiana, o que acaba comprometendo a sua proposta inicial de colocar o usuário no centro da atenção a saúde, de envolver os sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) na gestão da política, em suma, de caminhar *pari passu* com a defesa de uma saúde de qualidade e pública.

Os contratos de gestão respaldados pela PNH são categorizados como internos e externos (BRASIL, 2009). No que se refere aos contratos internos, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), um dos objetivos ou eixos do contrato seria a valorização dos trabalhadores e a gestão participativa. Nessa direção, considerada aqui extremamente gerencial, esse contrato em termos internos estabelece para a “valorização” do trabalhador a avaliação de desempenho. Hoje, a avaliação de desempenho dos servidores públicos centra-se nas possíveis perdas salariais e em punição do servidor. A finalidade é cumprir metas e objetivos (como em todo contrato) para não obter perdas em suas gratificações. Percebe-se que a lógica de valorização é tão invertida que nem mesmo nas grandes empresas (cujo objetivo é o lucro) as metas objetivam algum tipo de retorno ao trabalhador, seja em maior ou menor proporção.

No que tange ao estabelecimento de contratos de gestão externos encontra-se a “suposta” sustentabilidade e “autonomia” da instituição de saúde, através dos contratos entre as OSs e os governos. Essa proposta em linhas gerais, visa à privatização da saúde

e ao esfacelamento da conquista da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado.

g) Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”. Ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação - Esses dispositivos referem-se a mecanismos que garantam a participação dos usuários e seus familiares no cotidiano das unidades de saúde. Estes devem propiciar tanto a manutenção da rede social dos usuários internados quanto sua inserção e de seus familiares nos projetos terapêuticos e de acompanhamento do tratamento (BRASIL, 2009). Almejam, portanto, “a participação do usuário (e familiares), na perspectiva da garantia dos direitos que lhes são assegurados, e também avançar no compartilhamento e corresponsabilização do tratamento e cuidados em geral” (BRASIL, 2009, p. 33).

Esses dispositivos ratificam a importância da participação tanto do usuário, quanto do trabalhador de saúde no processo saúde/doença. Para tanto, faz-se necessária uma nova forma de organização do processo de trabalho, em que os usuários sejam protagonistas do processo. Isso significa, necessariamente, deslocar a atenção para a necessidade de saúde dos sujeitos, buscando romper com práticas verticalizadas alicerçadas em saberes cristalizados e hegemônicos.

As ouvidorias, os grupos focais e as pesquisas de satisfação precisam se constituir em uma escuta qualificada a fim de atender tanto os usuários quanto comunidades e trabalhadores da saúde, com mecanismos de identificação, retorno e encaminhamento dos problemas (BRASIL, 2008; 2009). O papel das ouvidorias é estratégico dentro das unidades como uma via de participação dos usuários e seus familiares. A ouvidoria no SUS deve se constituir em “um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados” (CFESS, 2010, p. 57).

Contudo, em geral, a Ouvidoria serve para “mediar” os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores, reduzindo as tensões existentes nas relações institucionais quando os direitos são violados. As ouvidorias<sup>94</sup> e outros tipos de sistemas de escuta, que acolhem as manifestações de todos os sujeitos envolvidos no processo do cuidado

---

<sup>94</sup> A publicação do CFESS (2010) intitulada “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” destaca que os/as assistentes sociais, atualmente, têm sido convocados/as a implantar e atuar nos serviços de ouvidoria nas unidades de saúde. Nesse sentido, é imprescindível que os/as profissionais trabalhem na perspectiva de transformação das demandas individuais que chegam até o espaço da ouvidoria em demandas a serem analisadas de forma coletiva, pois somente assim poderão se vislumbrar impactos no funcionamento da unidade e na política de saúde. Há que ressaltar, ainda, que o trabalho na ouvidoria não constitui uma atribuição privativa do profissional de Serviço Social.

em saúde, ao se constituir em espaço de participação, um lugar “seguro” onde os trabalhadores e usuários do SUS expressam sua “avaliação” sobre os serviços, visam a transformação das questões trazidas de maneira individual em questões a serem encaminhadas e problematizadas de maneira coletiva, uma vez que “as dificuldades e impasses vividos pelos usuários são coletivos, resultante da não efetivação do SUS e, portanto, exigem respostas coletivas” (CFESS, 2010, p. 57). Portanto, o manancial de informações que chegam às ouvidorias serve de base para mudanças nas instituições e na política de saúde de maneira geral, conforme assegura Miranda (2009).

Porém, a Ouvidoria, em algumas situações,

(...) transformou-se somente em um filtro de problemas, não realizando um enfrentamento das situações de conflito apresentadas e nem buscando viabilizar soluções mais efetivas, atuando de modo “burocrático” somente com o registro das “queixas” apontadas pela população-usuária. (MIRANDA, 2009, p. 161)

h) Projeto Acolhendo os familiares/rede social participante: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico - Trata-se de uma proposta que objetiva ampliar o acesso dos visitantes às unidades de saúde, durante o período de internação (BRASIL, 2007). Pressupõe a existência de uma equipe de referência para interação com a rede sociofamiliar dos usuários, o redimensionamento de espaços físicos, mudanças na logística do hospital, informação na recepção, entre outros, com a finalidade de garantir o acesso dos familiares e, conseqüentemente, o direito dos usuários.

A presença do acompanhante, do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente no ambiente hospitalar é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. Traz também uma reorientação na prática profissional, norteadas na interação com o contexto de vida do paciente. (BRASIL, 2007, p. 24)

O direito ao acompanhante, na atualidade, é garantido para crianças e adolescentes<sup>95</sup>, bem como para idosos<sup>96</sup> e gestantes<sup>97</sup> (para essas, durante o período de

---

<sup>95</sup> Lei Nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Art. 12 “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990c).

<sup>96</sup> Lei Nº. 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Art. 16: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Parágrafo único. Caberá ao

pré-parto e pós-parto imediato), independentemente da recomendação da PNH. Contudo, deve-se considerar que a PNH amplia esse direito, recomendando que todos tenham direito a acompanhante, independentemente de condição de saúde ou da idade. Porém, o que se presencia é que a luta para efetivação do direito a acompanhante esbarra na cultura institucional (que resiste à participação da família no processo de saúde). Assim como na dita “falta de estrutura” das instituições de saúde, que não buscam se estruturar para garantir esse direito.

i) Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) e Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde - Esses dispositivos apresentam-se com o objetivo de promover o espaço de formação fundamentado no diálogo permanente entre os trabalhadores, gestores/gerentes, usuários, apoiadores institucionais, e pesquisadores/ estudiosos do campo da saúde (BRASIL, 2011).

A esse novo tipo de relação, de encontro e de diálogo crítico entre o pólo dos saberes presentes nas disciplinas e os pólos de saberes colocados em prática e desenvolvidos no cotidiano de trabalho, deu-se o nome de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), que faz parte do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e “que a política de humanização do Ministério da Saúde está colocando como prioridade no âmbito dos processos de trabalho nos estabelecimentos de atenção à saúde” (MIRANDA, 2009, p. 112).

j) Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) - Diz respeito ao “espaço coletivo organizado, participativo e democrático” (BRASIL, 2008, p. 61), que se assemelha ao funcionamento de um órgão colegiado. Propõe-se a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2008).

É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde,

---

profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito” (BRASIL, 2003a).

<sup>97</sup> Lei Nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Capítulo VII - Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e dos arts. 19-J e 19-L. Art. 19-J: “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1o - O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. § 2o - As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo” (BRASIL, 2005).

(nas SES e nas SMS), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH conf. Humanização/Política Nacional de Humanização; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade (...) e a grupalidade (...); propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida. (BRASIL, 2008, p. 61)

Esse dispositivo tem sido uma recomendação do Ministério da Saúde, mas nem todas as instituições de saúde instituem esse grupo. Para sua existência é necessário que o gestor da instituição assuma o compromisso com a PNH em suas diversas instâncias. Não é pretensão desse estudo apontar porque determinados entes federativos ainda não iniciaram um processo de pactuação com o Ministério da Saúde para implantação da PNH. Contudo, ao não adotarem o compromisso com os preceitos, por exemplo, do programa de formação em saúde, da gestão colegiada, da visita aberta, do projeto de saúde coletiva, sendo esses os que dialogam diretamente com os preceitos do SUS, corre-se o risco de manutenção de modelos ainda centrados na lógica da verticalidade das ações.

Observa-se que, mesmo não se articulando com as propostas da PNH, quando há interesse, algumas instituições e entes federativos optam por aplicar em suas realidades locais os dispositivos da PNH que estão sintonizados com a racionalidade hegemônica burocrática. Como exemplo, citam-se os contratos de gestão, a avaliação de desempenho e o acolhimento, sob a alegação de uma suposta articulação com a “humanização” na saúde.

Após essa contextualização da PNH e seus dispositivos, pode-se inferir que os pressupostos dessa política concordam, em grande parte, com os princípios do SUS. Trata-se de uma aposta política para que os princípios e diretrizes do SUS sejam efetivados. Contudo, algumas das propostas da PNH são contraditórias e buscam implantar sob o manto da humanização uma “racionalidade hegemônica” na saúde, muito combatida pelos defensores da Reforma Sanitária e do SUS. A este respeito, afirma Conceição (2009, p. 210):

Observa-se, entretanto, que o lugar designado para a PNH, ao contrário do que se quer fazer parecer, não remete a ações que se

articulem entre si, nem mesmo aponta saídas para o que pretende chamar de uma nova institucionalização de modelos de atenção e gestão da saúde, já que suas proposições estão mais ligadas ao campo do subjetivismo do que a ações concretas que procurem dar conta dos problemas existentes na saúde. (CONCEIÇÃO, 2009, p. 210)

Acredita-se que a PNH pode constituir um possível caminho para afirmação de uma política de saúde eminentemente pública, vista enquanto um direito do cidadão e dever do Estado, à medida que, se debruçar e priorizar:

- os determinantes sociais da saúde;
- a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde remetendo-se às condições de trabalho, incluindo a discussão dos níveis salariais;
- a demanda pela educação permanente;
- o estímulo ao trabalho em equipe, numa perspectiva interdisciplinar;
- o envolvimento dos diversos sujeitos, através de sua participação nos processos decisórios;
- a organização dos processos de trabalho diferente dos modelos tradicionais, sem perder de vista as dimensões políticas, econômicas, sociais e culturais. O que significa contribuir com a ruptura da herança patrimonialista presente ainda em nosso país, o que dificulta muitas vezes a compreensão da lógica do direito.
- as condições de trabalho e de atendimento da população usuária;
- a defesa do acesso público e igualitário da população aos serviços de saúde;
- o financiamento adequado;
- a gestão democrática e participativa.

O contexto atual da política de saúde tem enfatizado a importância da gestão para proporcionar mudanças na lógica de organização do SUS, com argumento de garantia de eficiência, eficácia, agilidade nos processos licitatórios, entre outros, como já dito anteriormente. Esses elementos ratificam a interface com modelos conservadores de gestão, ditados pelos organismos internacionais (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Fundo Monetário Internacional e outros) com foco na importação de mecanismos que privilegiam a privatização do público, a ênfase nos resultados e a racionalidade econômica. No entanto, muitas dessas prerrogativas acabam

vestindo a roupagem da “humanização” do atendimento, privilegiando os aspectos subjetivos e responsabilizando os trabalhadores, mas que ao final, visam de fato à “reestruturação da gestão do trabalho no âmbito da saúde pública”, seguindo a racionalidade hegemônica (SOARES, 2010, p. 94).

Os (as) assistentes sociais, enquanto profissionais de saúde, estão inseridos neste contexto. Por isso, faz-se necessário articular os processos macrossociais com a análise da profissão. Sendo historicamente a área da saúde o maior campo de trabalho desses profissionais (BRAVO, 1991), torna-se imprescindível uma análise que contemple correlações tendo em vista que o movimento das políticas sociais, com destaque para a de saúde, afeta profundamente o seu trabalho. Como o Serviço Social se particulariza no conjunto das relações de produção e reprodução da vida social, enquanto profissão interventiva (IAMAMOTO, 1999), entende-se a necessidade de direcionar o processo reflexivo de discussão para o âmbito da gestão das equipes de Serviço Social, articulado ao desafio de defesa do Projeto Ético-Político da profissão. Essa é a discussão do capítulo 3.

### **3- A GESTÃO DE EQUIPES DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A DEFESA DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL**

Observou-se nos capítulos anteriores que as configurações da administração pública, as transformações no mundo do trabalho, o sucateamento das políticas públicas e o enxugamento da máquina estatal, somados ao avanço desenfreado do neoliberalismo, provocam rebatimentos diretos para as políticas sociais e, conseqüentemente, para o exercício profissional do(a) assistente social.

Nos tempos atuais, a ênfase na gestão tem sido a tônica principal na busca de “amenizar” as principais dificuldades das políticas sociais, em especial a de saúde, desconsiderando em muitos momentos as questões centrais sinalizadas. Nesse emaranhado, o(a) assistente social, ao assumir um cargo de chefia, necessita estar ancorado em princípios e valores que lhe proporcionem embasamento necessário a fim de defender uma gestão com traços “democráticos” e “participativos” frente as requisições gerenciais.

Nesse sentido, o presente capítulo propõe-se a discutir o Projeto ético-político profissional, sua construção e os desafios contemporâneos, articulando tal discussão com a competência e atribuição privativa exercida pelos(as) assistentes sociais ao chefiar equipes de Serviço Social na saúde.

#### **3.1 O Projeto Ético-Político profissional: as competências e atribuições privativas do Assistente Social na atualidade**

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano. (IAMAMOTO, 1999, p. 20)

Em toda e qualquer ação existe uma direção social. Independentemente da ação que o profissional realize, existe uma direção social e política nesse ato. Netto (2006, p. 142) aponta que “a ação humana, seja individual, seja coletiva (...) constitui uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, com a invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para lográ-la”. Portanto, toda ação humana tem uma finalidade. Quando se pensa em projetos há que se considerar que todo projeto, seja societário ou profissional, também tem essa dimensão política e, portanto, uma finalidade/objetivo. Dessa forma, se desenvolve em meio “às contradições econômicas e

políticas engendradas na dinâmica das classes sociais antagônicas” (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 188).

Segundo os autores, os projetos societários podem ser transformadores ou conservadores. Os projetos conservadores estão assentados numa ótica de explicação da realidade que visam à manutenção da ordem capitalista, conforme aponta Iamamoto (2004). De acordo com esse pensamento, a “organização da sociedade é vista enquanto fruto de uma ordenação natural do mundo” (IAMAMOTO, 2004, p.24). Portanto, tudo que se afigura como ameaçador a essa suposta ordem natural merece ser combatido, através dos princípios da “ordem, da hierarquia e da disciplina”. Já os projetos transformadores se contrapõem ao conservadorismo. São anticapitalistas, primam por defender o atendimento das demandas dos trabalhadores, o coletivo, os valores da democracia, cidadania, justiça social e pluralismo.

Os projetos profissionais estão relacionados diretamente aos projetos societários, um está presente no outro.

Os projetos profissionais (inclusive o Projeto ético-político do Serviço Social) apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários e seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas. (NETTO, 2006, p. 144)

No que tange ao projeto do Serviço Social, Teixeira e Braz (2009, p. 189) argumentam que “não há dúvidas que o Projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está vinculado a um projeto de transformação da sociedade” – de tal forma que as ações profissionais vinculadas a este projeto primam por determinados valores e princípios relacionados a uma concepção de sociedade igualitária, justa e democrática, com a “clara intenção de romper com o conservadorismo das práticas profissionais e da sociabilidade burguesa” (GUERRA, 2007, p. 10). O conservadorismo pressupõe, de acordo com Barroco (2008), a defesa da tradição, da autoridade baseada na hierarquia e na ordem. O conservadorismo é contrário aos valores defendidos pelo Projeto ético-político profissional, já que nega a “democracia, a razão, a liberdade com igualdade, enfim todas as conquistas da sociedade moderna” (BARROCO, 2008, p. 172).

O processo de ruptura do Serviço Social brasileiro com o conservadorismo e a construção de um projeto transformador “é historicamente datado, fruto e expressão de

um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no País, com forte presença das lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura do grande capital” (IAMAMOTO, 2007, p. 223)<sup>98</sup>. Nesse processo “de recusa e crítica do conservadorismo (...) se encontram as raízes de um projeto profissional novo” (NETTO, 2006, p. 142), o denominado Projeto ético-político profissional.

Para se entender as mudanças e os rumos da profissão, na perspectiva de ruptura do Serviço Social com sua base conservadora, importa situar que os meados dos anos de 1970 e as décadas seguintes (1980/1990) foram tempos dinâmicos tanto na política quanto na economia da sociedade brasileira, e, também, no Serviço Social.

O projeto profissional do Serviço Social brasileiro tem antecedentes nos anos de 1960 e 1970, com os processos de Reconceituação Latino-Americana, o Método de BH, a experiência do Inocoop (Instituto de Orientação às Cooperativas Habitacionais), dentre outros (ABRAMIDES, 2006; NETTO, 2006; TEIXEIRA; BRAZ, 2009). A denúncia do conservadorismo do Serviço Social data da segunda metade dos anos 1960, com o Movimento de Reconceituação<sup>99</sup>, onde o conservadorismo já se constituía em objeto de problematização por parte dos assistentes sociais (NETTO, 2006). Portanto, não se torna possível pensar nos valores defendidos pelo Projeto ético-político profissional sem considerar a dinâmica histórica da sociedade brasileira, a despeito de elucidação de um discurso utópico sem possibilidade de transformação concreta na realidade (IAMAMOTO, 2007).

A partir da segunda metade dos anos de 1970, o que se presenciava na política era uma conjuntura marcada por:

(...) um processo de redemocratização da sociedade, destacando-se o fim do entulho autoritário, a legalização de partidos e de entidades clandestinas, a constituição de novos partidos políticos, com regulamentação destes e a ausência de lideranças nacionais, sendo o único desafio o Partido dos Trabalhadores – PT (SILVA, 2009, p. 629).

Na economia, o Brasil vivenciava uma crise que atingiu os países do denominado Terceiro Mundo, com índices inflacionários altos. A questão social se

---

<sup>98</sup> Para compreender este projeto é imprescindível entender o Serviço Social enquanto profissão inscrita na divisão sócio-histórica do trabalho, que emerge a partir de demandas relacionadas ao desenvolvimento do capitalismo monopolista (IAMAMOTO, 1999; NETTO, 2005).

<sup>99</sup> Segundo Iamamoto (1999), Netto (2002), Teixeira e Braz (2009), o movimento de Reconceituação do Serviço Social emergiu na metade dos anos de 1960 e prolongou-se por uma década. Constituiu um “fenômeno tipicamente latino-americano (...) dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional (e) implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ideoteóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*” (IAMAMOTO, 1999, p. 205).

agravava cada vez mais, com pior distribuição de renda e consequente avanço da desigualdade social.

Nesse contexto, o Serviço Social brasileiro afirmou seu compromisso com os interesses da classe trabalhadora. O marco dessa mudança de direção política foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em São Paulo, em 1979, conhecido como Congresso da Virada. De acordo com Abramides (2006), Braz (2009) e Netto (2009), o III CBAS é considerado uma referência, um marco coletivo do projeto profissional de ruptura com o conservadorismo. Esse congresso ocorreu, como afirma Silva (2009, p. 627), em um quadro conjuntural importante do Brasil, marcado “por novos sujeitos entrando na cena das lutas sociais: os novos movimentos sociais, o novo sindicalismo, a nova estrutura partidária e a queda da ditadura militar iniciada em 1964”, em um contexto de democratização em que os (as) assistentes sociais tiveram um protagonismo importante na articulação com os movimentos organizados dos trabalhadores.

É precisamente sob o impacto da reinserção do proletariado na arena política, no quadro da mobilização antiditatorial de amplos contingentes assalariados, da mobilização de setores pequeno-burgueses e inclusive burgueses, e na sequência quase imediata da decretação da anistia que o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (III CBAS) traz à cena política as tendências democráticas contidas e reprimidas no Serviço Social. (NETTO, 2009, p. 663)

Esta análise do assunto é bastante pertinente, pois, além de destacar a visibilidade que teve o III CBAS para a categoria, chama a atenção para o fato de que o Serviço Social nunca esteve ausente da cena política no período da ditadura militar. Segundo o autor, de algum modo os assistentes sociais participaram desse momento conjuntural, seja apoiando a ditadura, seja indo de encontro (mesmo que uma minoria) a este regime. Netto (2009, p. 664) destaca que “(...) nada é mais falso do que imaginar que o nosso corpo profissional (nele incluídos, naturalmente, docentes e discentes) foi um coletivo de perseguidos ou um corajoso destacamento da resistência democrática”.

Mas a consolidação do Projeto ético-político do Serviço Social não ocorreu na conjuntura em que foi gestado. Netto (2009, p. 666) é enfático ao afirmar que “o monopólio político conservador no Serviço Social nas instâncias e fóruns profissionais só pôde ser quebrado, ainda que tardiamente, quando da emersão do proletariado na arena política”. O autor destaca ainda que isso só foi possível porque, no interior da categoria profissional, existiam potencialidades para realização desse movimento.

Nesse sentido, interessa situar que o processo de consolidação do Projeto ético-político profissional data dos anos 1990, quando o Serviço Social reafirmou seu compromisso com a classe trabalhadora, conforme afirmam Teixeira e Braz (2009), Netto (2006) e Barroco (2004). Dentre as condições que favoreceram o desenvolvimento do Projeto ético-político profissional, Silva (2009) e Teixeira e Braz (2009) apontam que estão: o surgimento dos cursos de pós-graduação a partir dos anos 1970; a ampliação e consolidação da produção de conhecimento, o que permitiu o desenvolvimento de uma massa crítica na categoria profissional; o debate sobre a formação profissional e a dimensão político-organizativa da profissão, protagonizada pelo conjunto CFESS/CRESS e pela ABEPSS. Os autores destacam também a importância dos movimentos sociais das classes trabalhadoras brasileiras, que, justamente na virada da década de 1980 para a de 1990,

(...) resistindo à ofensiva do capital e valendo-se dos avanços da década anterior, conseguiram galgar níveis de organização e de mobilização que envolveram amplos segmentos da sociedade, inclusive assistentes sociais. Essa resistência, ancorada nos movimentos sociais e protagonizada por partidos de esquerda, destacadamente o PT (Partido dos Trabalhadores), foi decisiva para o avanço do projeto ético-político. (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 197)

Outro elemento de destaque no processo de consolidação do Projeto ético-político do Serviço Social<sup>100</sup> diz respeito à dimensão jurídico-política da profissão, que deu materialidade ao projeto e se expressou através do conjunto de leis e de regulamentações que, a partir de 1990, deram sustentabilidade legal ao projeto de ruptura com o conservadorismo: o Código de Ética Profissional (CEFESS, 1993); a nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei Nº. 8.662 de 7 de junho de 1993)<sup>101</sup>; e as Diretrizes Curriculares para a formação profissional em Serviço Social (ABEPSS, 1996). Destaca-se também a inscrição do capítulo “Da Ordem Social” na Constituição Federal de 1988. A estas legislações devem-se acrescentar aquelas da década de 1990, que buscam a ampliação dos direitos, tais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº. 8.069/90); a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Nº. 8.742/93); e a Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990. Esse arcabouço jurídico constitui dimensão fundamental para a luta por direitos sociais.

<sup>100</sup> Importa destacar que, a afirmação e consolidação de um projeto profissional não anulam as divergências e contradições existentes entre os profissionais (NETTO, 2006). Dessa forma, aponta o autor que “mesmo um projeto que conquiste a hegemonia nunca será exclusivo” (idem, p. 145).

<sup>101</sup> Denomina-se nova Lei de Regulamentação da Profissão, pois a primeira Lei, Nº 3.252, era de 27 de agosto de 1957, que foi regulamentada pelo Decreto Nº 994, de 15 de maio de 1962 (BRASIL, 1962).

Nessa época, o neoliberalismo se aprofundava no Brasil causando enfraquecimento da esfera pública estatal e fortalecimento da esfera privada, além do enxugamento das políticas sociais, conforme apontam Abrucio e Costa (1998); Behring e Boschetti (2006); Mota (2009). Iniciou-se a “contrarreforma” do Estado, na contramão das conquistas dos direitos sociais assegurados na Constituição de 1988, conforme exposto no capítulo 1. Essa conjuntura operou alterações no trabalho do (a) assistente social, atingindo a divisão sociotécnica do trabalho e as políticas sociais, uma vez que a profissão é “indissociável das particularidades assumidas pela formação e desenvolvimento da sociedade brasileira [tanto quanto] resultante dos sujeitos sociais que constroem sua trajetória e redirecionam seus rumos” (IAMAMOTO, 2012, p. 39). Nessa perspectiva, o projeto profissional do Serviço Social apresenta uma dupla dimensão que precisa estar articulada.

[De um lado estão] as condições macrosocietárias que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro lado, as respostas técnico-profissionais e ético-políticas dos agentes profissionais nesse contexto, que traduzem como os limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais. (IAMAMOTO, 2012, p. 40)

A operacionalização do projeto profissional supõe o reconhecimento da existência de limites e possibilidades dada a arena sócio-histórica em que o trabalho do assistente social se realiza, as condições e relações de trabalho, o conjunto de mediações que interferem no processamento da ação dos profissionais, entre outros fatores (IAMAMOTO, 2007). Um dos possíveis caminhos para ultrapassagem desses limites é a capacitação teórico-metodológica e histórica, que permitirá:

(...) uma apreensão do processo social como totalidade, reproduzindo o movimento do real em suas manifestações universais, particularidades e singularidades, em seus componentes de objetividade e subjetividade, em suas dimensões econômicas, políticas, éticas, ideológicas e culturais, fundamentado em categoriais que emanam da adoção de uma teoria social crítica. (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 152)

O Projeto ético-político profissional é um processo em contínuo desdobramento e aprimoramento, devido à própria dinamicidade da realidade e ao pouco tempo desde que foi gestado (NETTO, 2006).

Portanto, são diversos os desafios para a efetivação deste projeto no exercício profissional. Um deles está na própria ausência de “identidade imediata entre a

intencionalidade do projeto profissional e os resultados derivados de sua efetivação” (IAMAMOTO, 2007, p. 231). As possibilidades de decifrar esses processos encontram-se nas mediações sociais que atravessam o campo do trabalho do assistente social numa perspectiva de totalidade, a partir da análise das determinações sociais e históricas, buscando o conhecimento das partes e do todo numa relação de reciprocidade (IAMAMOTO, 2007; CARVALHO, 2007). A categoria totalidade é entendida enquanto uma categoria concreta, própria da constituição do real. “É a essência constitutiva do real; por isso ontológica”, afirma Pontes (1997, p. 70).

Quando os(as) assistentes sociais compreendem o significado social da profissão no contexto da sociedade capitalista, têm condições de escolher, de maneira crítica e adequada, os meios éticos para alcance de fins éticos. “Orientados pelo projeto crítico, eles estão aptos, em termos de possibilidade, a realizar uma intervenção profissional de qualidade, competência e compromisso indiscutíveis” (GUERRA, 2007, p. 15). Contudo, esses profissionais não deixarão de vivenciar a tensão cotidiana entre a possibilidade de efetivação deste projeto e a crescente mercantilização dos direitos sociais, privatização das políticas sociais e fragmentação das relações sociais.

Para tanto, é imprescindível a eleição da categoria mediação, enquanto “um processo, de múltiplas passagens, de moventes articulações multilaterais e complexas” (PONTES, 1997, p. 55). A realidade com a qual o (a) assistente social se depara cotidianamente é extremamente multifacetada, complexificada e dinâmica, sendo primordial que realize aproximações sucessivas com o real, estabelecendo as mediações necessárias para uma leitura/investigação crítica da sociedade, para além do imediato e em busca de uma intervenção que tenha impacto de mudanças na vida da população usuária dos serviços, voltada para a defesa da cidadania e dos valores democráticos.

Os(as) assistentes sociais, muitas vezes diante das limitações institucionais e das demandas que chegam a eles (as), acabam optando por respostas imediatas, superficiais e fragmentadas, desconsiderando que essas respostas podem fragilizar a defesa dos princípios defendidos pelo Projeto ético-político profissional (GUERRA, 2007; CFESS, 2010; MATOS, 2013). A opção pela defesa dos princípios e valores deste projeto, a partir da totalidade, visa fortalecê-los. Destaca-se os valores e princípios do Projeto ético-político do Serviço Social:

(...) reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos Direitos

Humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; exercício do serviço social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física (CFESS, 1993).

É essencial que se incorporem os princípios do Projeto ético-político do Serviço Social no cotidiano profissional, construindo estratégias concretas para sua efetivação. À medida que se compreende e internaliza os determinantes do exercício profissional, a partir de uma visão crítica da realidade, entendendo os valores do referido projeto, é possível a ultrapassagem do aparente e do superficial, buscando aproximações sucessivas com sua essência. Nesse processo, é possível identificar, a partir da totalidade, possibilidades concretas de efetivação do Projeto ético-político profissional.

A lei que regulamenta o exercício profissional do assistente social e o Código de Ética constituem instrumentos que possibilitam, para além do conjunto de conhecimentos adquiridos durante e após a formação, uma compreensão de mundo crítica e fundamentada que se expressa de forma muito particular. (TERRA, 2009, p.428)

O Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) representou um avanço radical no que se refere tanto à dimensão ética quanto ao campo ético-político.

A defesa dos valores, contidos no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993), pelos(as) assistentes sociais representa uma determinada escolha para o desenvolvimento de uma atuação crítica nas diferentes dimensões do universo profissional, quer seja no ensino universitário, no trabalho profissional realizado nos

diversos espaços sócio-ocupacionais ou ainda na articulação com os movimentos sociais e no coletivo da categoria.

Matos (2013), em um debate bastante rico e contemporâneo sobre Serviço Social, ética e saúde, chama a atenção para o desafio árduo em que se constitui, hoje, “ser um assistente social competente e comprometido com o Projeto ético-político profissional”, que se depara com uma sociedade conservadora em seus vários aspectos (como trabalho, família, religião). Sendo assim, o (a) assistente social ao internalizar os princípios e valores do Projeto ético-político profissional, a partir de uma leitura permanente, crítica e atenta da realidade, de seu agir ético, de maneira individual e coletiva, na contracorrente do conservadorismo, busca estabelecer estratégias e objetivos para efetivação desse projeto.

Em relação ao campo da saúde, por exemplo, Bravo e Matos (2004) alertam sobre o embate que vem ocorrendo entre o Projeto ético-político profissional e a vertente de reatualização do conservadorismo, traduzido por estudos que privilegiam um Serviço Social na perspectiva da divisão clássica da prática médica. Os autores afirmam que podem ser destacadas três expressões dessa reação “conservadora” na saúde:

A primeira é a constatação de que ainda existem na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma autorrepresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e que tem sido autodeterminada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E, por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 42)

Essas tendências apontam para o fato de que, mesmo com a hegemonia acadêmica do Projeto ético-político profissional, ele está em disputa com outros projetos profissionais e societários.

No âmbito da discussão da saúde, que constitui o interesse da presente tese, Bravo (1999; 2001; 2004), autora de referência para essa discussão e que muito tem contribuído para a categoria com suas análises sobre a política de saúde, ressalta que os dois grandes projetos societários (um progressista e outro conservador) repercutem nas

diversas áreas das políticas sociais. No setor saúde, a autora afirma que o “projeto de reforma sanitária” (em sintonia com a concepção de Seguridade Social e com o Projeto ético-político profissional) disputa espaço com as propostas do “projeto saúde articulado ao mercado ou projeto de reatualização do modelo médico-assistencial privatista” (BRAVO, 1999; 2001).

Para a autora acima, o Projeto da Reforma Sanitária traz como pressuposto uma concepção de Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Propõe uma relação entre Estado e Sociedade que incentiva os sujeitos a participarem da definição das políticas, através dos Conselhos e Conferências. Este projeto vem sofrendo rebatimentos das propostas do projeto saúde articulado ao mercado, cujas principais tendências, em consonância com o neoliberalismo são a “contenção de gastos com a racionalização da oferta”, “descentralização com isenção de responsabilidade do poder central”, a focalização para atender às populações vulnerabilizadas, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, entre outras (BRAVO; MATOS, 2001, p. 200).

Diante dessa conjuntura, tendo por referência o Projeto ético-político profissional e, na saúde, o Projeto de reforma sanitária e buscando pensar uma atuação competente do Serviço Social, é preciso, entre outras propostas, estar articulado e sintonizado com o movimento dos trabalhadores e de usuários na luta pela real efetivação do SUS; buscar a democratização do acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde; não submeter o trabalho do(a) assistente social aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; construir ou efetivar espaços institucionais que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas (BRAVO; MATOS, 2004). Isso não significa uma fórmula prescritiva para os(as) profissionais, mas sim possibilidades de defenderem a democracia, as políticas públicas, bem como, o Projeto ético-político profissional.

Uma das maneiras de dar forma às ações do(a) assistente social, a partir desta referência, é buscar a superação da dicotomia entre os valores defendidos por esse projeto e sua aplicabilidade no cotidiano profissional. Quanto, por exemplo, às atribuições privativas e competências profissionais estabelecidas na Lei Nº 8.662/93 de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993a), cabe pensar se os(as) profissionais estão realizando suas ações em uma direção crítica e comprometida com os usuários e os trabalhadores (inclusive na própria relação com os/as colegas de profissão).

Tanto as competências do (a) assistente social quanto as atribuições dele (a) privativas têm reconhecimento legal nos estatutos normativos e reguladores da profissão. As competências profissionais são assim descritas no artigo 4º:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IV - (Vetado);
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 1993a).

As atribuições privativas encontram-se definidas no artigo 5º da mesma lei:

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria a órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V - assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS, 1993a).

A predefinição das atribuições privativas e das competências como exigência jurídica/legal por si só não as garante na prática, uma vez que estão condicionadas à lógica do mercado capitalista (CFESS, 2012). Por isso, é fundamental deixar explícito o que está sendo entendido por competência. No âmbito do Projeto ético-político profissional, as competências não se referem ao discurso da “competência burocrática”. E sim, da “competência crítica”, “capaz de desvendar os fundamentos conservantistas e tecnocráticos do discurso da competência burocrática” (IAMAMOTO, 2009, p. 17).

As competências “expressam capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (IAMAMOTO, 2012, p. 37). As competências do(a) assistente social apontam para uma série de elementos que estão sob o âmbito de sua atuação profissional. Ainda a esse respeito, Simões (2009b, p. 417) enfatiza que “as competências e atribuições privativas são instituídas em lei, superando, portanto, o mero interesse privado, justamente porque se referem a um direito e um dever que é de interesse da coletividade”. Assim, a competência crítica supõe:

(...) a) um diálogo crítico com a herança intelectual incorporada pelo Serviço Social e nas autorrepresentações do profissional, cuja porta de entrada para a profissão passa pela história da sociedade e pela história do pensamento social na modernidade, construindo um diálogo fértil e rigoroso entre teoria e história; b) um redimensionamento dos critérios da objetividade do conhecimento, para além daqueles promulgados pela racionalidade da burocracia e da organização, que privilegia sua conformidade com o movimento da história e da cultura. (...) c) uma competência estratégica e técnica (ou técnico-política) que não reifica o saber fazer, subordinando-o à direção do fazer. Os rumos e estratégias de ação são estabelecidos a partir da elucidação das tendências presentes no movimento da própria

realidade, decifrando suas manifestações particulares no campo sobre o qual incide a ação profissional. (IAMAMOTO, 2009, p. 17)

As atribuições e competências do(a) assistente social na cena contemporânea devem ser pensadas a partir do Projeto ético-político profissional, considerando que este projeto está na contramão do capitalismo e que sua implementação efetiva pressupõe uma análise das reais condições e relações sociais em que a profissão está inserida, conforme destaca Iamamoto (2007). Adotar uma leitura da realidade a partir da perspectiva da totalidade constitui um caminho “seguro” para a apreensão da dinâmica social, considerando as diversas dimensões que a compõem, tornando possível aproximações sucessivas com o real, em uma visão crítica.

É nessa perspectiva que o Projeto ético-político profissional torna-se de grande relevância, no âmbito tanto do exercício quanto da formação profissional. Identificando-se as competências e as atribuições privativas, em um contexto de totalidade, o (a)profissional identificará que tanto uma quanto outra se insere em um momento de mudanças no padrão de acumulação e regulação social, nos marcos da chamada globalização da produção dos mercados, com alterações profundas nas formas de organização e gestão do trabalho nos organismos empregadores, contribuindo para modificações importantes na maneira como os(a) profissionais, não só os(as) assistentes sociais, se articulam e respondem a essas modificações do trabalho (IAMAMOTO, 2012). Nessa direção, reconhece-se a existência de uma relação intrínseca entre as competências/atribuições privativas e a efetividade dos direitos sociais (SIMÕES, 2009b).

Embora os espaços sócio-ocupacionais em que se inscreve o exercício profissional na atualidade permitam que se reforcem os direitos sociais, eles se constituem em um processo de resistências, de tensões e de disputas de poder frente ao projeto hegemônico do capital, que desregulamenta as políticas públicas, com repercussões para tais espaços. Iamamoto (2009) sinaliza que as alterações verificadas nesses espaços têm raízes nos processos sociais, historicamente datados, expressando tanto a dinâmica da acumulação, sob a prevalência de interesses rentistas, quanto a composição do poder político e a correlação de forças no seu âmbito, capturando os Estados Nacionais, com resultados regressivos no que se refere à conquista e ao usufruto dos direitos sociais. Para além desses elementos, ainda há, na concepção da autora, as particularidades das condições e relações de trabalho da sociedade brasileira (alteração da base técnica da produção com a informática, robótica, biotecnologia, entre outras) que intensificam o trabalho. Esses contornos impactam o mercado de trabalho

do(a) assistente social, diversificando os espaços sócio-ocupacionais com novas requisições, demandas, habilidades, competências e atribuições.

A categoria profissional ao se atentar para o movimento da realidade, buscando se apropriar de maneira crítica das demandas que chegam para a profissão, tem maiores condições de reconhecer as possibilidades de ampliação do mercado de trabalho que lhe são oferecidas. De tal forma, a não se deixar envolver pelo discurso conservador, muitas vezes sedutor, que privilegia a manutenção da ordem estabelecida. A proposta de tomar por base as competências e atribuições privativas, realizando mediações que visem a fortalecer a dimensão de comprometimento com os interesses históricos dos trabalhadores e, conseqüentemente, com os valores defendidos pela profissão, torna-se primordial para o fortalecimento do Projeto ético-político profissional e a aproximação com uma gestão democrática e participativa.

Contudo, não se pode deixar de explicitar que o rompimento com práticas conservadoras trata-se de um processo, o que significa que “não há rompimento *a priori* com a reprodução social: isso seria optar por enfrentar a realidade com idéias e não com ações” (VASCONCELOS, 2002, p. 101). O importante é a busca, tomando por base o Projeto ético-político do Serviço Social, de uma prática progressista que possibilite condições de ruptura com as formas de dominação presentes na sociedade visando práticas mais “democráticas e participativas”.

### **3.2 Gestão democrática de equipes na saúde**

Diante das questões levantadas em relação ao Projeto ético-político profissional, fica patente a necessidade de articulação entre as reais condições de trabalho e as relações sociais, em todos os âmbitos do trabalho coletivo, considerando ainda o protagonismo dos sujeitos da ação, ou seja, os (as) assistentes sociais. Independentemente do espaço de trabalho, o(a) profissional de Serviço Social, tendo como direção o Projeto ético-político do Serviço Social, prioriza determinadas escolhas que são teóricas, éticas e políticas. Quando essas escolhas estão assentadas no Projeto ético-político profissional, podem “compreender a expansão dos direitos sociais e a afirmação das necessidades sociais de direito público por meio da universalização dos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais” (AZEVEDO; SARMENTO, 2007, p.86).

Tais escolhas podem implicar na defesa da liberdade, enquanto possibilidade de escolha; da democracia; do compromisso com os direitos e interesses dos usuários, da defesa da qualidade dos serviços prestados, questões que desafiam a atual conjuntura, marcada singularmente pela privatização do Estado e a conseqüente defesa de uma economia de bases neoliberais, com redução de direitos sociais.

Na medida em que se toma por base os valores do Projeto ético-político profissional, existem possibilidades maiores de construir ações mais democráticas no espaço da gestão, seja esta a gestão de equipes multiprofissionais, gestão de equipes por categoria profissional e gestão de políticas. Os desafios são grandes, mas há possibilidades de remar na contramão.

Peduzzi (2007) afirma que é preciso ter clareza das especificidades dos usos recorrentes do significado da palavra “gestão”, e também de sua finalidade. Segundo o dicionário Aurélio, “gerência” significa “ação de gerir; gestão; administração”. Utiliza-se “gerência” em referência a um trabalho da administração local de uma unidade de saúde, seja ambulatório, posto de saúde ou enfermaria, e utiliza-se gestão para fazer alusão à formulação de políticas sociais. A palavra também é utilizada referindo-se ao termo “administração”, enquanto área de conhecimento, como administração hospitalar e sanitária.

A função de gestão, gerência, chefia ou coordenação é imbuída de certo status e historicamente perpassa um discurso de autoridade e poder. Os estudos sobre esse tema encontram sua base nas teorias da administração (CHIAVENATO, 1996; 2008), e são em grande parte voltados para empresas e para gestão de pessoas, o que significa que se sustentam em conceitos conservadores.

Para determinadas categorias profissionais, o cargo de gestão é uma competência exercida há longo tempo, como é o caso dos administradores, médicos, enfermeiros, diretores de escolas, entre outros, conforme visto no capítulo 2. Para outras categorias profissionais, é uma “ocupação” mais recente. As profissões foram criadas em momentos distintos, com histórias e projetos diferentes, e têm inserção diferenciada nos diversos espaços sócio-ocupacionais.

Assistentes sociais, historicamente, ocuparam um lugar histórico de “agentes executores das políticas sociais” (NETTO, 2005, p.74). Ainda que essa forma de atuação permaneça, nos últimos anos, de acordo com estudos realizados por Raichelis (2009) e Teixeira (2009), esse perfil vem se modificando, abrindo-se novas alternativas e áreas de trabalho profissional. “Os(as) assistentes sociais passam a ser requisitados(as)

para atuar também na formulação e avaliação de políticas, bem como no planejamento e na gestão de programas e projetos sociais, desafiados a exercitarem uma intervenção cada vez mais crítica e criativa” (RAICHELIS, 2009, p. 388), assim como na participação e a atuação nos conselhos municipais, estaduais e nacional na condição de conselheiros, secretários-executivos ou assessores, na perspectiva de fortalecimento do controle democrático e da ampliação da participação de usuários e trabalhadores (CFESS, 2010).

Todavia, o atendimento adequado a essas demandas vem exigindo do(a) assistente social

(...) novas qualificações e capacitação teórica e técnica para a leitura crítica do tecido social, elaboração de diagnósticos integrados das realidades municipais e locais, formulação de indicadores sociais, apropriação crítica do orçamento público, capacidade de negociação, de interlocução pública, etc., o que interpela as instâncias formadoras e demanda a adoção abrangente de mecanismos de educação continuada para técnicos e gestores públicos. (RAICHELIS, 2009, p. 388-389)

Isso significa dizer que as “novas” competências e atribuições que o mercado de trabalho impõe ao profissional acabam demandando novas exigências para os assistentes sociais, principalmente quando existe a preocupação de que o Projeto ético-político profissional se efetive no âmbito da gestão. De maneira ampla, essas possibilidades começam a se delinear a partir dos anos de 1990, com o “reconhecimento da seguridade social como sistema de proteção social pela Constituição Federal” (BOSCHETTI, 2011, p. 558). São pontos fundamentais nesse processo a implantação do Sistema Único de Saúde e, na sequência, da política de Assistência Social, em especial a partir da criação do Sistema Único da Assistência Social, em 2005.

Portanto, a ocupação de cargos de gestão nas políticas sociais, por assistentes sociais tem se ampliado recentemente. É importante deixar explícitas as contradições da gestão, o entendimento que se tem “dessa função de gestor, de gerente, de coordenador, de chefe”, e de toda a conjuntura que a envolve, tornando possível falar de uma gestão guiada pelo Projeto ético-político do Serviço Social, buscando horizontes mais democráticos.

Vale destacar a afirmação de Silva (2009, p. 638), que enfatiza o compromisso com a competência no Projeto ético-político profissional, tendo por base “o aperfeiçoa-

mento profissional: formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capaz de compreender e intervir na realidade social”.

Como dito anteriormente, toda prática em uma sociedade classista têm sua dimensão política (TEIXEIRA; BRAZ, 2009). Logo, o projeto profissional (e o exercício profissional) também tem essa dimensão. Assim sendo, a direção social associada à dimensão ética que cada profissional dá a sua ação também irá contribuir, sobremaneira, para a definição das competências ao ocuparem os cargos de gestão, coordenação e chefias<sup>102</sup>. Por isso torna-se importante elucidar as competências para exercer um cargo de coordenação, chefia e gerência.

Isso significa dizer que a gestão das equipes de saúde, de maneira geral, estaria no campo das competências profissionais. Todavia, quando se refere à gestão de equipes por categorias profissionais, a questão se complexifica, como se demonstra no próximo item, pois não se trata de atividade centrada apenas no âmbito das competências e sim das atribuições privativas, com a exigência de conhecimentos específicos para responder “técnica e eticamente” por determinadas questões.

No terreno das competências profissionais, o(a) assistente social partilha com os demais profissionais relações de poder, espaços e cargos, além de contradições advindas da dinâmica das relações sociais. O caráter interdisciplinar e intersetorial do(a) assistente social, no campo das políticas sociais públicas, amplia as possibilidades de exercício das competências profissionais, trazendo consigo inúmeros desafios. Já as tensões e disputas em relação às atribuições privativas estão escalonadas em outro patamar, pois são prerrogativas exclusivas do(a) profissional. (IAMAMOTO, 2012).

Prates (2003) chama a atenção para este fator, destacando que, em ocupando espaços de gerência, o(a) profissional (não somente o/a assistente social, mas este/a também), precisa ter conhecimento de ferramentas gerenciais tais como fluxogramas, organogramas, planilhas de custo, orçamento, elaboração de documentos institucionais diversos (estudos, programas, projetos, roteiros), avaliações de impacto, análises organizacionais, além de abordagens coletivas como reuniões, seminários, oficinas, assembleias<sup>103</sup>. Mas esses instrumentais só ganham sentidos a partir da intencionalidade

---

<sup>102</sup> Vasconcelos et al. (2004), em uma análise dos códigos de ética do assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, odontólogo e psicólogo – todos profissionais de saúde reconhecidos pelo Conselho Nacional de Saúde –, identificaram a ausência nos códigos (excetuando o do assistente social) de compromisso com princípios democráticos, o que pode dificultar a concretização de relações democráticas na saúde, tanto no que se refere à relação com os usuários, como entre as diferentes profissões.

<sup>103</sup> O(A) assistente social nem sempre dispõe desse acúmulo de ferramentas durante seu processo de formação. Daí a necessidade de formação continuada/permanente através de cursos, assessorias, consultorias, que sejam críticos e não

dos sujeitos que os “utilizam”, pois “uma planilha de custos, por exemplo, pode servir tanto para manipular uma situação como para mediar o acesso ao público usuário, dando visibilidade acerca dos gastos públicos de uma instituição” (PRATES, 2003, p.6).

No campo da saúde, em especial nos hospitais, a gestão é bem complexa, uma vez que não se lida somente com mercadorias, máquinas, insumos ou números, e sim com o bem que é a vida, repleta de histórias, de contradições e de determinantes sociais. Todavia, por mais que se queira implantar modelos de administração “modernos” e suas formas de gerência (tal qual ocorrem nas empresas, indústrias e fábricas), é imprescindível considerar as particularidades e singularidades da política de saúde, suas instituições e os sujeitos.

Hoje, em muitas instituições de saúde, principalmente com a entrada das Organizações Sociais, os preceitos de organização, avaliação, eficácia e eficiência têm significado cada vez mais o “controle” da força de trabalho, nos moldes da administração tradicional. Têm por base a relação custo/benefício, desconsiderando os postulados do Projeto de Reforma Sanitária e, conseqüentemente, as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Os(as) profissionais de saúde comprometidos com um projeto de sociedade justa, igualitária e democrática precisam pensar estas demandas e requisições em um contexto que exige questionamento, investigação crítica da realidade, recolocando questões, fazendo-as “emergir de forma cada vez mais rica e viva, recriando-as num contínuo percurso entre a aparência e a essência, entre a parte e o todo, entre o universal e o particular, numa visão dialética” (BATTINI, 1994, p. 144).

Numa instituição de saúde complexa, como um hospital, uma coordenação, gerência ou chefia responsabiliza-se por diversos profissionais de uma mesma categoria ou de categorias diferentes. A realidade mais comum é a de equipes organizadas por profissões, como as chefias médica, de enfermagem, de nutrição, de serviço social. Nas especialidades médicas ainda ocorrem subdivisões, com subchefias de pediatria, clínica médica, cirurgia, entre outras, numa mesma instituição de saúde, numa lógica tradicional de organização.

A gestão ou gerência de uma equipe de saúde, por exemplo, não pode ser analisada sem considerar a política de saúde como um todo e sua inserção na lógica capitalista vigente. O enfoque desse trabalho se centra na “chefia de equipes de Serviço Social em hospitais públicos”. Apesar das particularidades dessa discussão nos serviços

de saúde públicos, acredita-se que existam pontos de interseção entre a gerência de equipes no âmbito público e privado – em especial, quando se fala do exercício da competência de chefia por um(a) assistente social.

Para além das chefias por profissões, sabe-se que a ocupação de cargos de gestão dentro das instituições de saúde pode ser partilhada por todos os profissionais de saúde. Contudo, essa ocupação concentra-se em determinadas categorias profissionais, o que acaba contribuindo para uma direção de gestão centrada nos projetos em que esses profissionais acreditam. Muitos são projetos conservadores, funcionalistas e sistêmicos, que não valorizam o trabalho interdisciplinar, participativo e democrático. Desconsideram, em muitos casos, que todos(as) os(as) profissionais de saúde podem ocupar espaços de poder, com competência para tal, com contribuições importantes no que se refere à participação social e a uma gestão democrática.

Defende-se que uma “gestão democrática” seja calcada em determinados pressupostos (participação, envolvimento dos sujeitos, respeito a diversas opiniões, espaços para discussões e deliberações) que podem ser bem diferentes dos demandados institucionalmente e até mesmo dos postulados das teorias da administração, que, em geral, conduzem à discussão da gestão centrada em resultados, muitas vezes quantitativos.

A “gestão democrática” pressupõe necessariamente a participação, que não é algo dado, mas um processo de conquista, de aprendizado e acima de tudo de disputa, conforme Demo (1988). A esse respeito, Ariosi (2010, p.121) afirma que “a participação, quando construída como manifestação de crítica, pode configurar a forma mais eficaz de luta contra qualquer tipo de dominação” ou exploração. No Brasil, a participação da sociedade foi fundamental na luta contra o autoritarismo que marcou a sociedade brasileira por um longo e duro período e ainda hoje afeta diversas relações sociais, tanto no âmbito do privado quanto do público, atravessando a nossa história e nossas ações.

Parte-se do pressuposto de que a participação contribui tanto para a democracia, como também para legitimação do poder vigente. Por isso, a concretização de uma gestão democrática, que caminhe na contramão do autoritarismo, é uma proposta repleta de desafios. E uma delas está relacionada à aplicabilidade deste conceito no cotidiano das relações sociais.

A partir de consultas a referências sobre a temática observou-se que grande parte dos estudos sobre “gestão democrática no Brasil” guarda relação direta com a área da

educação<sup>104</sup>. A título de conhecimento, podem-se citar os estudos de Bezerra (2007); Araújo (2007); Cunha, Freitas e Júnior (2012); Fortuna (2002), Ariosi (2010), entre outros. A **gestão democrática** – em conceito de estudiosos da educação que, por associação, pode ser aplicado à saúde – está associada ao direito de expressão e de posicionamento frente as dificuldades, que torne possível socializar informações e fortalecer a autonomia no encaminhamento de questões administrativas, financeiras e pedagógicas (CUNHA; FREITAS; JÚNIOR, 2012). Trata-se, portanto do estabelecimento de um canal aberto de negociação, participação e decisão coletiva, conforme Araújo (2007). Na mesma direção, pode-se observar que:

(...) a gestão democrática faz parte de um processo coletivo e totalizante, cujo requisito principal é a participação efetiva de todos, o que sugere um imbricamento entre as dimensões social e subjetiva, na construção das regras do jogo democrático e no exercício das práticas administrativas. Principalmente porque não se concebe mais a democracia como um produto acabado, mas como um processo em permanente construção, historicamente definido e eternamente inacabado. (FORTUNA, 2002, p. 149)

Além dos aspectos mencionados, Bezerra (2007) acrescenta um elemento importante para a construção de uma “gestão democrática”: a finalidade e os objetivos que os “modelos de administração” existentes estabelecem para determinada política. A autora aponta que o entendimento, por exemplo, da educação (bem como da saúde, acrescento) dirá se essa gestão será mais ou menos democrática. Uma visão mercantilista dessas políticas não se coaduna com uma gestão democrática.

O que se depreende das afirmativas dos autores mencionados é que a concepção de gestão democrática está assentada no princípio da democracia enquanto processo, assim como afirmou Coutinho (2000), visando à socialização da participação política nos diversos espaços. A partir dessa afirmação constata-se que “a gestão democrática não é uma proposta de fácil concretização” (ARIOSI, 2010, p.120), de vez que envolve a ampliação da cidadania e aprofundamento dos direitos em um contexto no qual o Estado se volta para a hegemonia burguesa e os interesses do capital.

---

<sup>104</sup> A área de educação, assim como a da saúde, apresenta uma história de lutas contra os instrumentos de regulação, de centralização, de controle por parte do Estado, em suma, contra o autoritarismo que marcou e ainda marca as relações sociais na sociedade brasileira.

Souza Filho (2006), em análise voltada para a reforma administrativa democrática (que, por associação, aplico à gestão democrática) afirma que, para alcançar a reforma democrática, leia-se a gestão, é necessária a:

implementação de uma ação política voltada para a construção de uma hegemonia pautada na finalidade de universalização e aprofundamento de direitos que, ao se efetivar como direção social através do Estado, possa aplicar uma política econômica coerente com essa orientação finalística. (SOUZA FILHO, 2006, p. 367)

Levar para o âmbito das relações sociais os valores de participação, de democracia, de liberdade, de justiça e cidadania constitui um desafio, uma vez que “os próprios elementos da formação brasileira, bem como os impactos dos vinte e um anos de ditadura militar, têm contribuído decisivamente para o predomínio de uma moralidade conservadora no país”, conforme afirma Cabral (2012, p.134).

Adensar a discussão sobre “gestão democrática” pode parecer um paradoxo, em meio a uma concepção de gestão sustentada pelos organismos internacionais. Contudo, trata-se de temática importante nos tempos atuais, em que a discussão da gestão faz-se presente em todas as esferas das políticas sociais. A tarefa dos defensores do pensamento crítico é exatamente a de buscar descortinar a concepção de gestão democrática que vigora no capitalismo, desnudando a “aparente irracionalidade” (BEHRING, 2013, p.11) que essa apresenta, a fim de buscar pautar a gestão em práticas, de fato, participativas e transparentes, em prol dos interesses das classes sociais.

No âmbito da política de saúde, diversos estudos como os de Bravo (2001); Bravo e Correia (2012); Vasconcelos (2006; 2001); Teixeira (2009) constituem referência para a discussão sobre “gestão e práticas democráticas na saúde”. Todos tomam como referência a saúde como um direito universal, com controle e participação social.

Bravo (2001) aponta que o controle social na saúde, enquanto um direito conquistado inscrito no capítulo da saúde da Constituição Federal (BRASIL, 1988), garantido através da existência dos conselhos e das conferências, encontra-se em consonância com a gestão democrática, e visa fortalecer o projeto de democracia das massas. O conselho de saúde é espaço garantido na Lei Nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), composto por usuários, gestores de saúde, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. Tem caráter permanente, deliberativo e paritário. “O objetivo principal do

conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera do governo” (BRAVO, 2001, p. 42). As conferências de saúde também são legitimadas pela Lei 8.142/90, e constituem-se de:

(...) eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera e propor diretrizes de ação. As deliberações das Conferências devem ser entendidas como norteadoras da implantação da política de saúde e, portanto, visam influenciar as discussões travadas no Conselho de Saúde. (BRAVO, 2001, p. 48)

Tanto os Conselhos quanto as Conferências constituem espaços de tensão e interesses contraditórios, mas fundamentais para efetivação da participação social e, conseqüentemente, para a construção de relações democráticas.

Vasconcelos (2006) aponta que existe uma necessidade de transpor para o cotidiano profissional os valores democráticos assegurados na Constituição Federal de 1988 e no Projeto ético-político profissional, assumindo

(...) comprometimento com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos segmentos populares, com a preocupação de análise dos serviços tendo em vista os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, com vista a contribuir para a qualidade do espaço público, para o controle social e, em última instância, para a construção de uma nova ordem social. (VASCONCELOS, 2006, p. 244)

Teixeira (2009, p. 560), ao estudar a gestão democrática na esfera pública, afirma que essa forma de gestão deve buscar “romper, nas organizações, com as hierarquias verticais rígidas de comando promovendo um tipo de comunicação horizontal intensiva (colegiada)”. Isso contribuiria para a busca da ultrapassagem da democracia representativa em busca da “democracia participativa e direta”. A forma de gestão colegiada é bem interessante, pois promove uma democratização das decisões de interesse coletivo, o que se associa a uma cultura ético-política diretamente ligada ao exercício da “cidadania” e da “democracia” e pressupõe, de acordo com Teixeira (2009, p. 565), poder de escolha entre “alternativas apresentadas pelas forças políticas e sociais, quer nas instâncias locais, quer no universo globalizado”.

Com base no exposto, parte-se do entendimento de que um projeto de “gestão democrática”, sem dúvida, será construído “no jogo de poderes e contra-poderes, na receptividade às diferenças, na transparência das decisões, com publicização e controle constante dos atos de poder” (IAMAMOTO, 2006, p. 166). Significa dizer que não se

trata de um processo automático e simples, mas repleto de tensões e de conjugação de forças contrárias, considerando a conjuntura, em terreno comprometido com a universalização dos direitos sociais.

O exercício de uma gestão democrática nos diversos âmbitos da vida social constitui processo relativamente novo, e fruto de um processo maior, que teve como clímax a luta pela democracia nos anos 1980. Não se pode menosprezar essa trajetória histórica, pois tal entendimento auxilia na própria análise de como ainda hoje, no cotidiano das relações sociais, a defesa de uma gestão democrática e participativa persiste como desafio para os defensores do Projeto ético-político do Serviço Social e para todos(a) os(as) profissionais comprometidos com uma sociedade justa e cada vez menos desigual.

### **3.3 A atribuição privativa de chefiar ou coordenar equipes de Serviço Social na saúde**

Em que pese toda a discussão sobre a importância da partilha das competências e do aprimoramento profissional para dar conta das inúmeras demandas emergentes, em decorrência das alterações do mercado de trabalho, em uma perspectiva democrática é primordial que essa discussão considere as atribuições privativas das profissões.

A perspectiva interdisciplinar em momento algum propõe a supressão das especificidades profissionais. Pelo contrário, amplia e fortalece as profissões, à medida que se tem oportunidade de verificar a importância de outra profissão que não a própria. A realização de um trabalho nessa direção pressupõe uma “inter-relação e cooperação entre os conhecimentos adquiridos, habilidades e competências, isto é, o fazer profissional, baseado na reciprocidade, solidariedade e interdependência disciplinar” (TEIXEIRA; NUNES, 2004, p. 122). Abre-se a possibilidade de uma visão de totalidade em relação ao sujeito da ação, constrói-se e oportuniza-se a troca entre os diversos conhecimentos. Ressalte-se, contudo, que cada profissão detém um arcabouço de conhecimentos que, mesmo partilhados, só são exercidos pelos profissionais habilitados para tal.

A gestão enquanto competência pode ser exercida pelos profissionais de maneira multiprofissional, colaborando dessa forma para a ampliação do mercado de trabalho, para a visibilidade profissional, para a inserção em espaços antes restritos a determinadas categorias profissionais. Todavia, existem alguns aspectos referentes à

gestão que dizem respeito àquilo que é específico, privativo e peculiar de cada categoria profissional, onde estão inseridas as coordenações ou “chefias de serviço”.

Alguns denominam essa atribuição de supervisão técnica, coordenação técnica (termo utilizado pela Política Nacional de Humanização), responsável técnico, chefe de equipe ou outros termos assemelhados. Independentemente da nomenclatura, é consenso que se trata de função a ser exercida de maneira “privativa” por categorias específicas. Dito de outra forma, o responsável técnico por uma equipe de Serviço Social só pode ser um(a) assistente social, como um responsável técnico por uma equipe de médicos só pode ser um(a) médico(a), pois se trata de ter “habilitação” para opinar, emitir parecer, a respeito de assunto relativo a matéria exclusiva da profissão, inclusive em casos de divergências entre profissionais. Essa atribuição não diz respeito a atividades administrativas e burocráticas, mas a um conjunto de conhecimentos privativos da profissão que devem estar resguardados para os que têm legitimidade legal para responder<sup>105</sup>.

A gestão de uma equipe e de tudo que a envolve se torna um objeto pertinente de reflexão. O papel daquele que responde tecnicamente por uma equipe de serviço é extremamente importante. A condução ideológica desse(a) profissional perante a instituição, a equipe e os usuários atendidos pode contribuir para a legitimação de direitos (tanto para a equipe quanto para os usuários atendidos); de relações de poder; da imagem dessa profissão, entre outros aspectos.

No que se refere ao Serviço Social, assumir a responsabilidade de “chefiar” uma equipe de Serviço Social está previsto na Lei de Regulamentação da Profissão, Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993 (CFESS, 1993a), em consonância com o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993).

No Código de Ética, por exemplo, há dois artigos que se referem à chefia e sua relação com o colega assistente social ou outro profissional.

No capítulo III (Das relações com Assistentes Sociais e outros profissionais), Artigo 10 (relativo aos deveres do assistente social), alínea c: “Mobilizar sua autoridade funcional, ao ocupar uma chefia, para liberação de carga horária de subordinado, para fim de estudos e pesquisas que visem o aprimoramento profissional, bem como de

---

<sup>105</sup> A gestão das equipes de Serviço Social, personificada através das chefias ou coordenações na saúde, trata-se de um tema bastante atual que merece ser estudado. Principalmente porque, com a presença das Organizações Sociais em muitos hospitais, estão acabando as chefias por categorias profissionais, excetuando a dos médicos e enfermeiros. Essa questão traz prejuízos para os trabalhadores de saúde e a população usuária, uma vez que desmobiliza a luta por garantia dos aspectos privativos da profissão, além de fortalecer o modelo hegemônico centrado na figura do médico como detentor do saber, contribuindo para a cristalização das relações institucionais de poder.

representação ou delegação de entidade de organização da categoria e outras, dando igual oportunidade a todos”. Barroco e Terra (2012), de maneira magistral realizaram uma publicação, intitulada Código de Ética do/a Assistente Social Comentado. E, na segunda parte do livro, Terra (2012) tece considerações sobre cada artigo do referido Código (BRASIL, 1993). A alínea C do artigo 10 expressa o compromisso que o(a) assistente social, que ocupa uma chefia, deve ter com o aprimoramento profissional e, conseqüentemente com a qualidade do serviço prestado. À medida que o(a) profissional é liberado para aprimorar suas competências profissionais, ele(a) terá condições de prestar um trabalho de maior qualidade para a população usuária. Para tanto, o(a) assistente social “chefe de equipe” deve empreender esforços para obter a liberação de carga horária para que o(a) assistente social possa se aprimorar intelectualmente (TERRA, 2012). A autora chama a atenção para o fato de que essa “liberação” quando transformada em privilégio ou concessão da chefia a determinados profissionais da equipe, não garante o direito para todos os membros. Não constitui proposta do Código estabelecer os mecanismos/instrumentos que a chefia deverá utilizar para que essa liberação seja igualitária. Contudo, a partir do momento que se estabelece uma relação democrática e participativa na equipe, os instrumentos podem ser criados pela própria equipe, o que deverá garantir uma distribuição justa para todos os seus membros.

No capítulo III (Das relações com Assistentes Sociais e outros profissionais), Artigo 11 (é vedado ao assistente social), alínea b: “Prevalecer-se de cargo de chefia para atos discriminatórios e de abuso de autoridade”. A norma visa proteger os sujeitos contra as formas de discriminação e abuso de autoridade. Com isso, busca-se a ampliação da cidadania e a eliminação de atitudes e atos discriminatórios (TERRA, 2012). A alínea b deixa explícito que constitui infração prevalecer-se de cargo de chefia para a prática do abuso de poder e atos discriminatórios. O cargo de chefia representa uma relação de poder, de autoridade, no qual o(a) assistente social responderá por um determinado grupo de trabalhadores, tomando decisões com impactos diretos sobre o grupo que ele(a) coordena ou chefia. A compreensão desta determinação, a partir dos princípios do Projeto ético-político profissional, pode contribuir para diminuição de qualquer forma de discriminação e abusos de poder, com vistas à construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero (CFESS, 1993).

Do ponto de vista da legislação, o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) constitui um instrumento importante contra o abuso de autoridade, bem como na defesa

da qualificação profissional. Mas a previsão em lei não necessariamente significa aplicação no cotidiano profissional, até porque o posicionamento dos(as) profissionais resulta de um somatório de elementos que compõem tanto a sua formação profissional quanto a opção por este ou aquele projeto profissional. Nessa perspectiva, Cabral (2012, p. 99-100) afirma que, antes mesmo da realização das escolhas profissionais, os indivíduos estão vinculados a valores que vêm da “dinâmica econômica, política e cultural”, seja de uma cidade, de uma região ou de um país; (...) de sua “cultura, o tipo de religiosidade (ou a falta dela)” e “de educação” que lhe foram proporcionadas. Esses elementos vão influenciar sobremaneira a forma mais ou menos democrática como os(as) profissionais conduzem suas opções ao, entre outras situações, ocuparem cargos de gestão.

Não se exclui a importância de uma formação profissional crítica, que dê embasamento para que os(as) profissionais possam, a partir dos conteúdos teóricos e de uma leitura crítica do movimento da realidade, ocupar o lugar da gestão numa perspectiva democrática, objetivando a defesa dos interesses dos usuários. Somado a isso, sabe-se que o compromisso com a qualificação permanente constitui em finalidade dos(as) profissionais. A realidade é dinâmica, é preciso estar atento a esse movimento para “captar tendências e se preparar técnica e intelectualmente para respondê-las” (GUERRA, 2007, p. 30).

A formação profissional crítica fornece elementos para uma apropriação do real que recolhe valores, princípios e estratégias dirigidas a uma sociedade mais justa e democrática. Contudo, a graduação em si não objetiva dar conta de todo o conjunto de conteúdos que compõe o universo dos espaços sócio-ocupacionais. É necessário buscar o aprimoramento profissional de maneira permanente, seja através da inserção nos espaços de pós-graduação, seja através de participação em cursos (muitos deles hoje oferecidos pelo conjunto CFESS/CRESS) visando acúmulo de conhecimentos para a realização de um trabalho com qualidade, que busque respostas concretas, de cunho democrático na vida social.

No âmbito da atribuição privativa de “chefiar” uma equipe de Serviço Social, não bastam desejo e boas intenções, incapazes de apreender o que a realidade social oculta. As boas intenções, conforme Vasconcelos (2002), vão contribuir apenas para a análise de uma realidade fragmentada em detrimento do todo coerente, com privilegiamento das dimensões da subjetividade, da individualização e do tratamento diferente. Para uma análise objetiva e crítica da realidade social, econômica, política e

cultural, sintonizada com a história de lutas das classes trabalhadoras, é preciso buscar a superação dos obstáculos, não apenas com intenções, mas com atos, como afirma a autora.

A realidade é complexa, e, diante dessa complexidade, é preciso conhecer sob “quais condições o Serviço Social tem possibilidade de contribuir” (VASCONCELOS, 2002, p. 518). Exercendo a “função” de chefe, qual será a proposta para ocupar este lugar? Quais são as particularidades/tensões/correlação de forças ao ocupar este espaço em uma realidade permeada, no interior das instituições burguesas, de “relações autoritárias, patrimonialistas e burocratizadas”, que tenta “seduzir” os profissionais e usuários com o discurso do gerencialismo?

Considera-se que a gestão constitui um lugar estratégico<sup>106</sup>, ocupado para fortalecimento de direitos e democratização do acesso. A função vem sendo ocupada por muitos(as) assistentes sociais, mesmo sendo tão pouco problematizada por eles(as). A ausência de discussões sobre o tema da gestão de maneira geral já foi objeto de estudo de Maia (2005). A autora publicou um artigo onde buscou conhecer as publicações relacionadas ao tema gestão social feitas pela categoria profissional na Revista Serviço Social e Sociedade. Foram encontradas publicações sobre o tema da gestão social, mas o resultado demonstrou que se trata de uma discussão recente no âmbito do Serviço Social. A autora analisou 77 edições da Revista Serviço Social e Sociedade entre os anos de 1979 e 2004. Encontrou 15 artigos, que tematizavam sobre os temas “gestão” e “gestão social”. Nenhum desses temas estava relacionado à gestão de equipes de Serviço Social. A abordagem centrava-se na gestão do trabalho (autogestão e cogestão); gestão governamental; gestão popular e participativa; gestão de políticas e programas sociais; gestão ambiental; gestão acadêmica.

Identificou-se também um estudo que, embora não tivesse por objetivo discutir a gestão das equipes de Serviço Social, apresentou dados importantes que remetem à necessidade de produção de conhecimento voltada para o tema. Trata-se de uma pesquisa realizada por Cabral (2012), em sua tese de doutorado intitulada “Conservadorismo moral e Serviço Social: a particularidade da formação moral brasileira e sua influência no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais”. No estudo, a

---

<sup>106</sup> A noção de estratégico remete-se à questão da estratégia trabalhada por Teixeira (2009, p. 559), que busca desvendar a concepção de ação (institucional ou não) que vise “efetividade em um ambiente não homogêneo, onde diferentes interesses e diferentes posições disputam o alcance de resultados e da hegemonia”. A autora lembra ainda que o conceito de estratégia está associado à ciência e à arte da guerra, o que leva à associação do conceito à dimensão de luta, combate, disputa entre forças antagônicas.

autora pesquisou sobre os processos éticos instaurados no Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região, compreendendo o período de 1993 a 2011. Cabral (2012) constatou que foram realizadas 125 denúncias de infração ética ao CRESS. Destas denúncias, 56 foram constituídos enquanto processos éticos. Na amostra selecionada a autora verificou que, entre os cinco artigos mais violados no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993), encontra-se o relativo a chefia de Serviço Social, mais especificamente o que trata da proibição de prevalência do uso de cargo de chefia para atos discriminatórios e de abuso de autoridade.

A partir desses dados, arriscam-se algumas inferências sobre a temática da chefia de equipes. Embora a pesquisa tenha sido realizada em um período no qual o Projeto ético-político profissional já havia sido construído, existe um número significativo de denúncias relativas ao abuso de autoridade. Ora, abuso de autoridade está na contramão de uma “gestão democrática e participativa”. Então, por que o(a) profissional assume um cargo imbuído de poder e autoridade e reproduz o autoritarismo, esquivando-se do que preconiza o Projeto ético-político profissional?

Esses dados demonstram que, apesar da escassa problematização sobre o tema, trata-se de uma realidade que está posta e precisa ser conhecida pelos(as) assistentes sociais.

Assumir o espaço da gestão de maneira a utilizar a legislação, os dados estatísticos, o campo da correlação de forças, em favor da classe trabalhadora, constitui-se em caminhos e possibilidades para garantir – em um espaço que *a priori* parece servir ao poder instituído – um Serviço Social crítico e de qualidade na direção do que aponta o Projeto ético-político profissional.

Para tanto, é oportuno conhecer o que os(as) profissionais estão fazendo quando exercem essa posição estratégica de chefia, quais são as atividades e a importância que se dá a essa atribuição privativa. Desta forma, as chefias de Serviço Social proporcionam a participação e o envolvimento dos seus membros, enquanto co-autores dos processos decisórios? Será que os(as) profissionais têm ocupado este espaço de maneira a fortalecer a formação continuada de qualidade? As ações/atividades realizadas pelos(as) chefes de Serviço Social têm se pautado em processos com tendências mais democráticas e participativas? Que estratégias se constroem para maior articulação e participação da população? São alguns questionamentos que se buscou analisar a seguir, nos capítulos 4 e 5, a partir da pesquisa de campo com as chefes de Serviço Social de seis instituições de saúde pública.

#### **4- APROXIMAÇÃO COM O CAMPO EMPÍRICO: PERCURSO METODOLÓGICO, PERFIL DAS ENTREVISTADAS E O CENÁRIO DA PESQUISA**

Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação. (MINAYO, 2006, p. 47)

Na busca de uma aproximação sucessiva com a realidade de assistentes sociais chefes é que este estudo foi realizado. A investigação se direciona para a análise da seguinte questão: como tem se dado o desenvolvimento da atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social, no contexto dos hospitais públicos ligados à esfera federal, de maneira a refletir sobre a relação entre as chefias de Serviço Social e o Projeto ético-político profissional?

Este capítulo aborda os aspectos metodológicos utilizados na tese, caracteriza o perfil das entrevistadas e contextualiza o cenário da pesquisa de campo realizada com assistentes sociais sobre o exercício da atribuição privativa de chefia. Entende-se que o movimento de identificação da forma de organização do Serviço Social nas instituições pesquisadas contribui para a discussão central sobre a chefia de equipes.

##### **4.1 Considerações sobre o caminho percorrido**

O presente estudo se ancorou em uma proposta de abordagem qualitativa, pois entende que esse tipo de abordagem se conforma melhor às investigações de grupos, segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos sujeitos, de relações e para análises de discursos e documentos, conforme sinaliza Minayo (2006).

O estudo foi composto por uma pesquisa bibliográfica em publicações indexadas da Área da Saúde e do Serviço Social, em banco de dados como Scielo e Lilacs. Outra fonte de dados foi a legislação, tanto a vinculadas à profissão de Serviço Social quanto à Política de Saúde.

Além disso, contou com a realização de pesquisa de campo em instituições federais localizadas no município do Rio de Janeiro, com vinculações diretamente relacionadas ao tripé ensino, pesquisa e assistência.

O trabalho de campo foi realizado, a partir de amostra representativa, em hospitais federais especializados, universitários e instituições com reconhecimento na

área da pesquisa, ensino e assistência, todos localizados no município do Rio de Janeiro<sup>107</sup>. Selecionou-se, então: 2 instituições vinculadas a universidades federais; 2 institutos especializados, elevados à categoria de Institutos Nacionais; e 2 instituições que apresentam notório reconhecimento pelos estudos e pesquisas desenvolvidos em áreas específicas. A eleição de hospitais com características distintas visou à possibilidade de averiguar se as chefias, nesses contextos diferentes, apresentariam aproximações em seus modos de gerência, tendo em vista que essas instituições têm diferentes variáveis de planos de cargos e salários e de modos de inserção das (os) assistentes sociais nos cargos gerenciais.

A pesquisa de campo foi operacionalizada durante o mês de fevereiro de 2014. Anteriormente à coleta foram realizados contatos com todos os sujeitos participantes, na intenção de apresentar a proposta do estudo e acordar momento e local para a coleta de informações.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram assistentes sociais (AS) que exercem cargos de chefia e coordenação de equipes de Serviço Social vinculadas às instituições selecionadas. Ao considerar que se trata de uma amostra representativa em um universo delimitado, as instituições não foram identificadas e caracterizadas<sup>108</sup>, de forma a preservar o sigilo dos sujeitos entrevistados, tendo em vista que a ocupação do cargo de chefia se dá através de uma única pessoa por instituição. Foram assegurados a confidencialidade e o sigilo das informações fornecidas. Quanto às depoentes, as informações divulgadas não possibilitam a identificação, sendo utilizadas as letras maiúsculas de **A** a **F** para identificar as assistentes sociais entrevistadas. Os resultados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, sendo estabelecido um compromisso, com as participantes da pesquisa, de tornar público os resultados. Destaca-se ainda que todos os sujeitos aceitaram participar da pesquisa de modo voluntário.

---

<sup>107</sup> O município do Rio de Janeiro possui um amplo conjunto de hospitais públicos, o que está relacionado ao fato de ter sido Distrito Federal até 1960. Este conjunto de hospitais compreende, de acordo com Machado (2001, p. 116), “o maior grupo de hospitais federais não-universitários do país, originários do Inamps e dos programas do Ministério da saúde; um conjunto expressivo de hospitais estaduais, que pertenciam ao antigo Estado da Guanabara e passaram para a administração da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no momento da fusão dos dois estados, em 1975; uma rede de hospitais municipais importante”.

<sup>108</sup> Ressalta-se que, quando da ocorrência de expressões que poderiam caracterizar a identificação das instituições e dos sujeitos entrevistados, optou-se pela supressão das mesmas, sendo estas nomeadas no texto entre colchetes ou por pseudônimos.

Utilizou-se a entrevista como técnica de coleta de dados. As entrevistas foram presenciais, realizadas nos locais de trabalho das profissionais. Foram agendadas com antecedência, gravadas, com autorização expressa da participante. No total foram 626 minutos de gravações, com média de 60 minutos por entrevista. Utilizou-se um roteiro prévio, semi-estruturado de entrevista (Apêndice B). Ressalta-se que foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para as profissionais, onde foram viabilizadas maiores informações a respeito da pesquisa. Com essas entrevistas buscou-se identificar as condições e as relações de trabalho; a forma de acesso ao cargo e/ou função; a direção que é dada ao trabalho (as possibilidades de efetivação de uma gestão democrática e participativa); e a correlação de forças institucionais existentes. Buscou-se, ainda, analisar os dilemas e as dificuldades das(os) assistentes sociais que ocupam essas funções/atribuições, para efetivar o projeto político da categoria, a despeito das investidas do neoliberalismo, que ocasionam a desregulamentação do trabalho, da esfera pública e o desmantelamento dos direitos garantidos constitucionalmente, entre outros.

A fim de atender às exigências éticas e científicas fundamentais para a realização de pesquisas com seres humanos, foram cumpridos todos os pré-requisitos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil em 26/6/2013, tendo sido aprovado pela Instituição proponente (UFF) em 7/8/2013, sob número CAAE 18455613.0.3006.5257. Como a coleta de dados envolveu seis instituições coparticipantes, após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Proponente (UFF) o projeto foi submetido às demais instituições coparticipantes da pesquisa, e teve parecer aprovado por todos os seis CEPs envolvidos. Após a aprovação, foi solicitada autorização para realização da pesquisa à direção de todas as instituições envolvidas, por meio de preenchimento de Carta de Autorização para execução do projeto, que foi anexada ao sistema da Plataforma Brasil, para obtenção de autorização final para execução da pesquisa. Esse procedimento foi feito através de uma emenda ao projeto.

Vale dizer que o exercício da atribuição privativa do(a) assistente social nos espaços de coordenação e/ou chefias de equipes de Serviço Social na saúde está sendo entendido neste trabalho dentro de um processo fundamentado na base material da produção e reprodução da profissão e da política de saúde, considerando as características históricas, sociais e econômicas que estas apresentam, bem como seus sujeitos. Nesse sentido, entende-se que a perspectiva dialética torna-se imprescindível

para essa análise, já que a “dialética é a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (...), de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeitos e objeto, ambos históricos” (MINAYO, 2006, p. 108).

Para análise do material coletado utilizou-se a técnica de análise temática, que tem por intenção obter informações que expressem do modo mais fidedigno possível o que pensa(m) o(s) grupo(s) investigado(s) sobre determinado tema. “A observação ou identificação (...) de um ou vários temas ou itens de significação (...) nas entrevistas viabiliza a escolha de uma unidade de codificação” (BARDIN, 2009, p.73). Então, a partir da fala das(os) entrevistadas(os) foi possível compreender os sujeitos em seus percursos – e a própria profissão – em seus contextos históricos, políticos e sociais considerando as categorias de que emergiram, a partir das entrevistas.

O material coletado foi transcrito de maneira literal e integral e submetido a três fases, conforme sugere Bardin (2009), a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação ou análise dos resultados. A busca pela coerência entre as falas e a elaboração das unidades de codificação deram-se por meio da identificação de trechos isolados nas entrevistas, que formaram categorias ou núcleos temáticos.

Ao final da análise dos dados, os materiais coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por cinco anos até serem destruídos, garantindo a inacessibilidade do conteúdo a pessoas que não seja a pesquisadora envolvida.

## **4.2 Análise e discussão dos resultados**

Apresenta-se a partir desse item o perfil das entrevistadas, bem como as principais atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais, relativas à ocupação do cargo de chefia de equipes de Serviço Social. Partiu-se do eixo da discussão sobre as dificuldades e as facilidades compartilhadas pelos(as) assistentes sociais ao ocuparem a função de chefes, abarcando-se na discussão as demandas e conflitos da equipe e da direção, seus determinantes institucionais e estruturais, visando identificar se as assistentes sociais nesses cargos conseguem operacionalizar suas ações tomando por base características de um modelo democrático e participativo, tendo por sustentáculo os princípios do Projeto ético-político profissional.

### 4.2.1 Perfil das entrevistadas

De forma coerente com o perfil profissional, todas as seis entrevistadas são mulheres, quatro se autodeclararam da cor branca e duas pardas. Quanto ao estado civil, a maioria (4) é categorizada como casada, havendo uma solteira e outra em união estável. A faixa etária prevalecente é de 34 a 38 anos (5), e uma delas tem 63 anos.

Quatro têm um filho cada, e duas não têm filhos. A idade das crianças varia de 1 a 4 anos, aspecto importante de se destacar pois revela grande dependência em relação aos responsáveis, o que demanda maior disponibilidade de tempo para os cuidados essenciais.

O quadro a seguir apresenta os dados sobre o perfil das entrevistadas.

**Quadro 3. Dados sobre sexo, idade, estado civil, filhos e cor**

	Assistentes Sociais (n=6)
Sexo	
Masculino	00
Feminino	06
Estado civil	
Casada	04
Solteira	01
União estável	01
Faixa etária	
De 34 a 38 anos	05
De 38 anos a 63 anos	01
Cor	
Branca	04
Parda	02
Têm filhos	
Sim	04
Não	02

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Em estudo com 74 assistentes sociais, Vasconcelos (2002) fez uma análise detalhada do perfil dos profissionais de Serviço Social nas instituições de saúde no Rio de Janeiro. Verifica-se a existência de convergências entre o perfil apontado pela autora e o aqui apresentado no que tange às variáveis estado civil, sexo, tempo de trabalho, vínculo empregatício, tempo de trabalho na instituição.

No âmbito da formação e da atuação profissional foi traçado o perfil demonstrado no Quadro 4.

**Quadro 4. Dados relativos à formação e atuação profissional**

	Assistentes Sociais (n=06)
Titulação	
Graduação	02
Pós-graduação Lato Sensu	01
Mestrado	02
Doutorado	01
Tempo de atuação na profissão	
De 10 a 15 anos	05
Acima de 15 anos	01
Tem formação em gestão	
Sim	03
Não	03
Tempo de atuação na Instituição	
De 04 a 07 anos	04
De 08 a 13 anos	01
De 13 a 32 anos	01
Tempo de atuação na Chefia	
De 06 meses a 08 meses	02
De 08 meses a 04 anos	01
De 04 a 08 anos	02
Acima de 08 anos	01
Nº de Vínculos	
01	03
02	03
Carga horária de trabalho na Instituição	
30 horas	04
40 horas	02
Carga horária de trabalho na Chefia	
15 horas	01
40 horas	01
30horas	04
Tipo de Vínculo empregatício na Instituição	
Estatutária	05
Celetista	01

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Das seis assistentes sociais entrevistadas, quatro fizeram graduação em universidades públicas. Todas são formadas há pelo menos dez anos, encontrando-se na instituição há pelo menos 4 anos. Quatro assistentes sociais têm pós-graduação; das duas que não têm pós-graduação *lato sensu*, uma fez residência em Serviço Social (**AS-E**) e a outra informou ter feito cursos de atualização com cargas horárias inferiores a 360 horas (**AS-D**). Convém observar que, dos cursos de pós-graduação realizados pelas assistentes sociais, três foram cursados no âmbito do Serviço Social (**AS-A**, **AS-B**, **AS-F**) e um em Política Social (**AS-C**), na maior parte oferecidos por universidades públicas. A assistente social com doutorado fez o curso em uma instituição de ensino privada.

Importante ressaltar a busca das assistentes sociais pelo aprimoramento profissional. As assistentes sociais, ao buscarem a inserção em Programas de Pós-

graduação, contribuem para o avanço do conhecimento dos fenômenos sociais e participam do debate sobre os desafios que a dinâmica da realidade apresenta na contemporaneidade, além de produzirem conhecimentos, sobretudo articulados com a possibilidade de intervenção profissional (SILVA et al., 2005).

Ainda sobre o aprimoramento profissional, Iamamoto (1999, p. 21) aponta que o investimento em uma formação permanente de qualidade contribuirá para a constituição de um sujeito profissional com “competência para propor, para negociar com a instituição seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais”. Nesse sentido, verifica-se que as assistentes sociais entrevistadas estão sintonizadas com o que apontam Iamamoto (1999) e Silva et al. (2005).

Das seis entrevistadas, cinco estão enquadradas no regime estatutário, que constitui uma das formas de contratação para servidores públicos prevista na Constituição Federal de 1988, a partir do Regime Jurídico Único (RJU), conforme Lei N.º 8.112/90 (BRASIL, 1991)<sup>109</sup>. Uma assistente social não possui vínculo de trabalho como estatutária e sim como celetista, via contrato de trabalho, sem concurso público.

A carga horária da maior parte (4) das assistentes sociais entrevistadas é de 30 horas. Apenas duas sinalizaram que têm carga horária de 40 horas mas executam 30 horas. Em 2010 foi sancionada a Lei N.º 12.317, de 26 de agosto de 2010 (BRASIL, 2010), que dispõe sobre a duração do trabalho do(a) assistente social. A jornada semanal de 30 horas foi fruto e “conquista forjada de um movimento capitaneado pelo conjunto CFESS/CRESS”, que visava à diminuição da sobrecarga de trabalho, buscando ocasionar, conseqüentemente, a melhoria da saúde do(a) trabalhador(a), e ainda “impor limites à exploração do trabalho pelo capital” (BOSCHETTI, 2011, p.567). A implementação desse direito, de acordo com a autora, mesmo tendo se materializado em lei, é questionado judicialmente pela Federação Nacional da Saúde junto ao Supremo Tribunal Federal (STF). Tanto é verdade que, nas entrevistas, apareceram duas instituições onde as assistentes sociais são “obrigadas” a registrar, no ponto, que realizam carga horária de 40 horas, pois caso registrem a carga horária trabalhada (30 horas) terão diminuição salarial<sup>110</sup>. Vale sinalizar que todos(as) os(as)

---

<sup>109</sup> Existe também outra forma de contratação para funcionário público prevista na Lei N.º 9.962 de 22 de fevereiro, que disciplina o regime do emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT (BRASIL, 2000).

<sup>110</sup> Para maiores detalhamento do caminho percorrido pelo conjunto CFESS/CRESS e as estratégias utilizadas para garantia da conquista desse direito por parte dos(as) assistentes sociais ver livro publicado CFESS(2011).

trabalhadores(as) das instituições onde as profissionais cumprem 30 horas estão sujeitos a essa carga horária, portanto, não existe conflito de legitimidade para cumprimento de carga horária diferente dessa.

Em relação ao número de vínculos empregatícios é importante esclarecer que três afirmaram ter outro trabalho. Dessas três, uma encontra-se de licença sem vencimentos de um vínculo de assistente social onde é servidora (municipal); outra acumula o cargo de chefia de Serviço Social com um vínculo de assistente social em uma universidade estadual (concursada); a terceira acumula o cargo de chefia de equipe com o de professora em uma universidade privada.

Observa-se que, apesar de relatarem delimitação de uma carga horária específica para a função, entre as entrevistadas a maior parte complementa a resposta, dando conta de que o tempo de dedicação não se restringe à carga horária trabalhada.

No tocante à existência de uma formação específica para o cargo de gestão, o número é bastante equilibrado: três assistentes sociais têm formação em gestão, e três, não. Os motivos da busca por uma formação na área da gestão também são variados. Apenas uma buscou essa formação por iniciativa própria, considerando a necessidade de aperfeiçoamento profissional nesta área.

*Porque eu vi que na verdade não tinha como eu querer me meter, de fato, na gestão da unidade sem conhecer o que é gestão. Eu tinha que ter um conteúdo, um plano (...) planejamento e programação em saúde. (...) Uma coisa é ser chefe do Serviço Social, outra coisa é fazer gestão de Serviço Social para a Unidade. Com o conteúdo que eu tinha, só de Serviço Social, não dava. E nem com a experiência. Eu precisava de conteúdo. E aí eu fui buscar isso. Foi gratuito. E aí eu tive liberação. Era de noite. Parte de noite, parte durante o dia, o que era durante o dia eu tinha liberação, de noite era por minha conta.*  
(AS-A)

A afirmação da **AS-A** reforça a tendência, verificada nos dias de hoje, de serem demandadas cada vez mais novas requisições, novas respostas profissionais, tanto no campo investigativo, quanto no da intervenção, abrindo novos espaços no mercado de trabalho para o(a) assistente social, como afirma Teixeira (2009). Abrem-se, então, de acordo com a autora, possibilidades de ingresso do(a) assistente social no complexo campo da formulação, gestão e avaliação de políticas públicas, bem como de programas e projetos. Pelo que se observou na pesquisa realizada com as assistentes sociais chefes, não se trata de uma demanda apenas para as(os) profissionais que trabalham diretamente com a gestão das políticas públicas, é extensivo aos mais variados campos sócio-

ocupacionais. No entanto, em algumas situações, como a destacada pela **AS-A**, o investimento na área da gestão termina por depender de atitudes individuais.

As **AS-B** e **AS-E** alegaram que ainda não investiram em uma qualificação na gestão devido a questões de ordem pessoal. Apenas a **AS-C** não buscou formação em gestão por falta de interesse. A **AS-F** tem formação em gestão, sendo que a procura se deu por uma demanda institucional.

*Fiz um curso de especialização de um ano. Eu fiz na Uerj. Era um grupo muito grande, gente de todas as categorias profissionais. Eu acho que ele me deu um bom preparo, tanto do ponto de vista técnico, quanto esse da minha observação das coisas e de que modo você pode melhorar, no dia a dia, o seu ambiente de trabalho. (AS-F)*

Já a **AS-D** fez um curso de gestão quando trabalhava na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

*Na Prefeitura eles ofereceram um curso pela Escola Carioca de Gestor. Muito bom! Só que o paradigma não era muito dentro da corrente hegemônica do Serviço Social. Eram outros paradigmas, até interessantes, que vinham do micro para o macro, mas se você perguntar se eu me lembro... foi muito lá atrás, já deve ter mais ou menos uns dez anos. (AS-D)*

A formação em gestão ainda é muito centrada nos paradigmas da Teoria Geral da Administração - TGA (BERNARDINO, 2007; CHIAVENATO, 1996). Pode-se perceber, em algumas falas das entrevistadas, referências à realização de cursos em gestão não ofertados pelo Serviço Social. Isto é, cursos que não dialogam diretamente com o Projeto ético-político profissional nem com as diretrizes críticas da formação acadêmica. Todavia, o Serviço Social, de acordo com Teixeira (2009) e Raichelis (2009), vem sendo requisitado a desempenhar funções de comando e liderança em diversos espaços sócio-ocupacionais (saúde, educação, assistência social, empresa etc). Nesse sentido, há necessidade de se estar preparado para os trabalhos de gestão e planejamento. Portanto, acredita-se que o investimento em uma formação/aprimoramento em consonância com as novas demandas profissionais possa prever acesso a instrumentos e ferramentas gerenciais que possam auxiliar o profissional no espaço da gestão, assim como no diálogo com outros saberes. Contudo, é preciso que o(a) profissional não perca de vista a sua intencionalidade ao se apropriar dessas ferramentas (PRATES, 2003), tendo em vista a existência de um projeto crítico como eixo fundamental para sua práxis.

Deste modo, se houver um exercício para aproximar a utilização dos instrumentos e técnicas do âmbito da gestão geral com as diretrizes do Projeto ético-político profissional, se constituirão caminhos para atingir a finalidade de defesa dos direitos sociais e relações mais democráticas/participativas não só no âmbito da relação assistente social e usuário, como também nas relações entre chefias e equipes de trabalho. Entretanto, caso a defesa do projeto dos(as) assistentes sociais, sobretudo as/os chefes de Serviço Social, seja embasada em posicionamentos conservadores, corre-se o risco de implementar ações no cotidiano do trabalho que colaborem para a reprodução da lógica capitalista, manutenção da ordem social e relações de poder que se distanciem de uma gestão com traços mais democráticos.

As assistentes sociais participantes deste estudo ocupam cargos de chefia de equipe em hospitais que têm complexidades, conflitos e tensões, como em outras instituições de saúde. No entanto, pesquisar o exercício profissional de assistentes sociais chefes em hospitais que têm sofrido influências na organização dos processos de trabalho<sup>111</sup>, sobretudo nas formas de gestão das categorias profissionais e serviços, torna-se fundamental para compreender a inserção da chefia nesse espaço complexo e contraditório, numa perspectiva de totalidade.

Assim, se pressupõe ser necessário entender a organização do Serviço Social nessas instituições, de vez que o trabalho das assistentes sociais está inserido nos processos de trabalho dentro de uma política pública de saúde. Nesse sentido, é preciso considerar que o exercício desses(as) profissionais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, além de estar subordinado aos objetivos institucionais (COSTA, 2000), de tal modo que os empregadores acabam, através “das normas contratuais, estabelecendo limites e possibilidades para a realização dos propósitos profissionais”, como lembra Iamamoto (2007, p. 219).

Dessa forma, no item que se segue, será abordada a forma como o Serviço Social está organizado nas instituições pesquisadas, tendo em vista a complexa e

---

<sup>111</sup> Hospitais considerados centros de excelência, que possuem interface com a pesquisa e o ensino, cuja relação está atrelada e implicada de modo mais direto em garantir a aplicabilidade das políticas públicas do Ministério da Saúde, como a PNH. E recentemente, hospitais alvo da possibilidade da implantação de “novos modelos de gestão” (EBSERH e OS) que por sua vez interferem (numa visão contraditória) nas formas de relação entre gestores, trabalhadores, chefias e usuários.

contraditória relação existente entre o exercício profissional pautado num projeto crítico e as demandas institucionais que refletem cada vez mais influências neoconservadoras<sup>112</sup>.

#### 4.2.2 Cenário da Pesquisa: relações entre estrutura física e o exercício da assistente social chefe

As instituições pesquisadas são caracterizadas como Hospitais Universitários (que, por natureza, investem em pesquisa e ensino, além de constituírem referência para especialidades gerais) e Institutos Especializados. Têm número de leitos e ambulatórios diversificados, sendo a maioria deles considerado de grande porte.

Como dito anteriormente, optou-se por não realizar descrição detalhada sobre cada instituição pesquisada. No entanto, buscou-se compartilhar algumas informações sobre a estrutura física das instituições, chamando a atenção para questões correlacionadas ao objeto de investigação.

O Quadro 5 viabiliza a apresentação de duas variáveis importantes que possibilitam relação entre a estrutura física dos hospitais e o exercício profissional de chefiar equipes de Serviço Social, como preconizado pelo Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e a Lei Nº 8.662/93 de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993a).

**Quadro 5. Dados sobre a estrutura física do Serviço Social nas Instituições**

	Instituições pesquisadas (n=06)
Sala de Atendimento do Serviço Social	
Sim	05
Não	01
Existência de sala da Chefia do Serviço Social	
Possui sala exclusiva para a chefia.	01
Não possui sala exclusiva para a chefia.	05

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Uma das questões relacionadas ao exercício profissional do(a) assistente social, que se defende como uma das atividades da chefia, é a viabilização do espaço físico que

<sup>112</sup> A fim de aprofundar o tema do neoconservadorismo ver Barroco (2011). Para a autora, o neoconservadorismo tem diversas formas de expressão. O seu conhecimento não constitui tarefa fácil. Para tanto são necessários a pesquisa e o estudo, a fim de reconhecer suas configurações na sociedade contemporânea e brasileira. O neoconservadorismo, segundo a autora, legitima as formas de controle das tensões sociais, militariza a vida cotidiana, criminaliza a pobreza, além de reprimir os trabalhadores. “Apóia-se em mitos, motiva atitudes autoritárias, discriminatórias e irracionais, comportamentos e ideias valorizadoras da hierarquia, das normas institucionalizadas, da moral tradicional, da ordem e da autoridade” (BARROCO, 2011, p. 2010).

garanta o sigilo de atendimentos individuais. Para isso se torna necessária a compreensão desta chefia sobre a importância desse direito, tanto para o usuário quanto para o(a) profissional que presta o atendimento, colocando-se numa posição decisiva de envolvimento para garantia dessa prerrogativa através de estratégias institucionais.

A Resolução Nº. 493/2006, de 21 de agosto (CFESS, 2006) dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do(a) assistente social. Em seu art. 3º encontra-se referência de que o atendimento efetuado pelo(a) assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo. Assim, verifica-se que a não existência de espaço físico para atendimento individualizado do Serviço Social viola o direito dos usuários e o dever do profissional na garantia desse sigilo.

Importa observar que, na maior parte das instituições (5), existe sala de atendimento do Serviço Social. Na única instituição em que não há sala, a **AS-E** destaca que existe sala para atendimento individual no ambulatório, mas não é de uso exclusivo do Serviço Social. Todavia, os atendimentos das enfermarias são realizados nos leitos dos usuários.

*Na verdade a gente não tem sala de atendimento, a gente atende no leito, com exceção do ambulatório. Mas, na verdade, o que acontece? Na sala de equipe a gente até acaba dando algum tipo de orientação. Mas, aquela sala não é de atendimento. É sala da equipe. Contudo, os acompanhantes acabam indo ali. O paciente não pode ir. Até quando ele vai a gente diz: “Espera no leito que a gente vai atender”. A parte boa daqui é que todas as enfermarias só têm dois leitos. Então por mais que não tenha uma privacidade grande, são só dois leitos. Tem os leitos de isolamento, muitas das vezes a pessoa está sozinha e fica mais fácil para fazer o atendimento (...). (AS-E)*

Quanto a uma sala exclusiva para a chefia do Serviço Social, existe apenas na instituição em que a **AS-F** trabalha. Ainda assim, a **AS-F** afirma que todos(as) os profissionais acabam utilizando este local. Interessante observar que esta entrevistada foi a única que destacou que o espaço físico na referida unidade não constitui um problema, apesar de apontar que o espaço é improvisado e compartilhado entre os membros da equipe.

*O Hospital não tem problema de ambiente não, mas se você olhar, essa é uma sala de atendimento, mas poderia ser outra coisa. Ela poderia ser uma sala de exame porque ela tem uma pia, tem não sei o que(...). Mas isso não invalida que aqui seja uma sala de atendimento. Todo mundo divide essa sala comigo. Tem dois computadores para as pessoas poderem usar para lá e para cá. Isso eu não tenho apego não, sabe? Eu gosto do negócio mais ou menos parecido comigo, mas eu*

*não me incomodo, os residentes trabalham aqui, os alunos trabalham aqui, nenhum problema. (AS-F)*

Em suma, a instituição da **AS-F** é a única na qual a chefia do Serviço Social tem uma sala mas esta, mesmo sendo exclusiva, é compartilhada com a equipe.

A análise do espaço físico torna-se necessária tendo em vista que é um local que serve como ponto de contato entre os profissionais da equipe (sala de reuniões), como representação concreta e/ou forma de sinalizar a existência daquele(a) profissional, como local para armazenar materiais de registro histórico da categoria, além de documentos utilizados no cotidiano do trabalho. Levanta-se ainda a questão de que, em uma instituição como um hospital, a discussão do espaço está relacionada ao poder e aos conflitos de interesses entre as profissões (FOUCAULT, 2011).

#### **4.2.3 A organização do Serviço Social nas instituições**

No que se refere à organização do trabalho do Serviço Social para atendimento direto à população, algumas questões influenciam direta ou indiretamente os diferentes modos de organização: estrutura tradicional tendo o(a) assistente social como referência por setores (enfermarias e ambulatórios), equipe de Serviço Social como referência/apoio matricial e plantão do Serviço Social.

Quando questionadas em relação à organização do trabalho do Serviço Social no hospital, as assistentes sociais **AS-E** e **AS-A** apontam em suas falas que “moldaram” seu trabalho em função da lógica de organização institucional, mesmo que tenham, a partir das determinações institucionais, buscado formas de organização para além do instituído.

*A gente é organizada na lógica do Hospital (...) Apesar de ter essa divisão por um questão de organização de acompanhamento, todo mundo atende o que precisar em determinado momento. Então o paciente chegou, internou, ele vai ser avaliado. A gente faz uma avaliação social. [A avaliação social] nada mais é do que uma identificação inicial de demandas, e aí a gente vai verificar e ali a gente consegue identificar quais pacientes vão precisar de acompanhamento. (...)Um avanço que a gente teve muito grande em 2013, foi começar os atendimentos de pré-operatório, (...) porque antecipando o atendimento dessa pessoa, que vai operar daqui há um mês, dois meses, você está conseguindo também resolver demandas que vão implicar diretamente na internação dessa pessoa. Isso também trouxe um feedback muito positivo pra gente. (AS-E)*

Autores como Matos (2013) e Costa (2000) apontam que a atuação profissional nos serviços de saúde não se dá de forma isolada. Faz parte de um trabalho coletivo, “permeado por tensões e características próprias da área da saúde, mas, contudo, influenciado pela forma como o trabalho vem sendo desenvolvido na sociedade capitalista” (MATOS, 2013, p. 40). Dessa forma, a análise sobre a organização do trabalho em uma instituição de saúde deve tomar por base a atividade do homem, os instrumentos de trabalho que se transformam em produtos e que têm um determinado fim, conforme apontado por Marx (1989). Além desses aspectos, a forma de organização do trabalho do(a) assistente social na instituição sofre influências diretas do modelo de saúde biologizante ainda prevalente, bem como do entendimento da instituição hospital enquanto referência para “tratamento de doenças” (quase excluindo os aspectos de promoção e prevenção de saúde); a fragmentação do trabalho em saúde sob a gerência do médico (MATOS, 2013).

*(...) O atendimento é feito agendado e o regramento é feito junto. Em que sentido junto? A gente senta todo final de ano e pensa com a enfermagem, com quem faz o risco cirúrgico, com a [suprimido], como a gente vai atender. E a gente atende aquele mesmo número. Para fazer com que o usuário não venha à Unidade só para o atendimento do Serviço Social, embora ele possa fazer isso. Aí eu tenho na verdade três tipos de regramento: tenho o regramento do risco cirúrgico, o regramento de [suprimido], que são fluxos do usuário na instituição; e o do Serviço Social que é a demanda espontânea. Então ele pode ser atendido pelo assistente social inclusive até, se houver a possibilidade, no mesmo dia, que ele vier para resolver outras demandas. Mas o atendimento é agendado. (AS-A)*

Assim, o(a) profissional, ainda que “dispondo de autonomia ética e técnica no exercício de suas funções”, encontra-se, assim como os demais profissionais, inserido em um processo coletivo de trabalho “organizado dentro de condições sociais dadas” (IAMAMOTO, 1999, p. 107-108). Portanto, tem relativa autonomia para organizar sua inserção nos diversos espaços sócio-ocupacionais, conforme lembra Iamamoto (1999). A organização do trabalho do Serviço Social insere-se na lógica da instituição, sabendo-se que não depende apenas da vontade do profissional a organização do próprio trabalho. O(A) assistente social, enquanto trabalhador assalariado especializado, “não dispõe de um poder mágico de “esculpir” o processo de trabalho no qual se inscreve”, o que ultrapassa, de acordo com Iamamoto (1999, p. 107), “a capacidade de ingerência de qualquer trabalhador assalariado individualmente”.

Como se pode observar no Quadro 6, é possível identificar alguns fatores que caracterizam os diferenciados modos de se organizar o trabalho do Serviço Social, interferindo diretamente no exercício profissional da(o) assistente social chefe.

**Quadro 6. Dados que caracterizam a organização do Serviço Social nas Instituições**

	Instituições pesquisadas (n=06)
AS como referência por enfermarias e ambulatórios	
Sim	05
Não	01
Equipes de referência	
Sim	01
Não	05
Plantão do Serviço Social	
Sim	04
Não	02

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Verifica-se que a maior parte (5) das entrevistadas informa que a organização do trabalho em suas instituições está centrada na divisão tradicional de assistentes sociais lotadas nas enfermarias e ambulatórios. Vale pontuar que a divisão por enfermarias e ambulatórios não exclui a existência de outras formas de organização, como o plantão. Em geral, são complementares. É, então, prevalente no Serviço Social das instituições pesquisadas, assim como identificado por Vasconcelos (2002) em pesquisa com Assistentes Sociais da saúde no município do Rio de Janeiro, a existência concomitante de assistentes sociais organizados por enfermarias, ambulatórios e plantão. Cabe sinalizar que só não há plantão do Serviço Social nas instituições em que trabalham as **AS-A** e **AS-B**. Nessas instituições, o Serviço Social se organiza apenas por setores.

Importa dizer que, dentro dessa lógica de organização do Serviço Social na saúde, nem sempre as assistentes sociais reconhecem que a forma de organização do trabalho está visceralmente articulada às determinações de um processo de trabalho na sua totalidade. Por exemplo, a **AS-D** afirma que o Serviço Social teve uma mudança em sua forma organização que foi estabelecida por uma chefia anterior e aprovada pela equipe.

*A gente teve uma mudança agora em termos de equipe... que é uma proposta que a [X] identificou e propôs e a gente veio e conseguiu efetivar... ainda está muito tímida, mas está avançando. A gente está trabalhando por grupos de trabalho. Então o que ocorre, por*

*exemplo, nas enfermarias, sétimo, oitavo[ suprimido] a gente não tem mais o profissional de referência. Os colegas que pertenciam àquele setor e ainda são referência, só que existe um grupo. O que isso então significa? Esse grupo fica responsável por gerir o atendimento, por estar realizando esse atendimento (...) se a colega, que é lotada no nono não está na casa, a do sétimo vai estar atendendo, ou a que era referência do oitavo. Se as salas do sétimo estão ficando vazias no período da manhã, esse grupo de trabalho é responsável por isso, então a gente percebe que, dentro dessa lógica de grupo de trabalho, o grupo está amadurecendo e a proposta é continuar planejamento, na direção dos grupos de trabalho. (AS-D)*

A **AS-D**, que privilegia a organização do Serviço Social por equipes de referência a partir do “apoio matricial”, está pautada em um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH). Mas não reconhece que essa organização esteja “prevista” na PNH. Esse dispositivo, como já discutido no capítulo 2, a depender da forma de condução realizada, pode contribuir para uma maior “flexibilidade” do trabalhador, nos termos tratados por Harvey (1992), que visa, entre outros elementos, desonerar os empregadores, no caso o Estado, de gastos com a contratação de novos servidores – além de fragilizar a luta geral da categoria por melhores condições de trabalho, da implantação de projetos coletivos, com quantitativo de profissionais adequados para atender às demandas da população usuária, entre outros aspectos.

Isso remete à discussão referente à polivalência profissional: um mesmo trabalhador, diante da ausência de outro – seja por questões relacionadas a férias; a licença por doença do próprio ou de algum membro da família (que trata de direitos garantidos) ou a sua escala de trabalho –, fará o seu trabalho e o do profissional ausente. Essa forma de organizar o serviço atende às necessidades da instituição, no entanto pode acarretar consequências tanto para o(a) assistente social, que deverá dar conta do seu trabalho e do trabalho do colega, quanto para a população usuária, que correrá o risco de não ser bem atendido com a mesma qualidade, mediante o acúmulo de atividades do(a) profissional.

O que se percebe, empiricamente, em muitos discursos gerenciais nas instituições de saúde é que, para não deixar a população sem atendimento, realizam-se atendimentos imediatos e pontuais, com orientações gerais. Todavia, é preciso problematizar, como lembra Vasconcelos (2002), até que ponto essa saída para a falta de recursos humanos nas instituições não causa impactos devastadores na vida da população usuária, com poucas contribuições para a melhoria do quadro da qualidade do atendimento prestado.

Outro aspecto que chama atenção na forma de organização do Serviço Social nos hospitais refere-se ao plantão do Serviço Social, uma forma expressiva nos modos de organizar o exercício do(a) assistente social. Nas instituições onde as **AS-C** e **AS-D** têm suas respectivas chefias, o plantão ocorre durante o horário semanal de atendimento do Serviço Social, que compreende o período de 8h às 16h. Já nas instituições das **AS-E** e **AS-F** (com maior quantitativo de profissionais), há plantões em dias de semana e nos finais de semana. Nessas instituições existe um pagamento através de um “extra”, que no governo federal é denominado Adicional por Plantão Hospitalar (APH)<sup>113</sup>. Tal pagamento é realizado para os(as) profissionais de saúde que exercem suas atividades em regime de plantão em áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais, conforme assegura a Lei N.º 11.907, de 02 de fevereiro (BRASIL, 2009b). Nos hospitais pesquisados, as (os) assistentes sociais de duas das seis instituições pesquisadas recebem o APH.

Vasconcelos (2002) aponta que a forma de organização do Serviço Social por plantão trata-se de atividade comum à maioria das instituições de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Analogamente, pode-se verificar que o plantão também se afirma como uma das formas de organização do Serviço Social nas instituições de saúde no nível federal.

Nos últimos tempos, o plantão do Serviço Social tem sido objeto de reflexão de algumas autoras, como Vasconcelos (2002), Amador (2009) e Sodré (2010). Ainda que o posicionamento das autoras mencionadas não seja totalmente convergente, todas defendem que o ambiente do plantão não pode funcionar como um espaço apenas de “queixas” ou de “práticas esvaziadas de sentido”. Assim, é preciso considerar que:

(...) a quantidade dos atendimentos realizados no âmbito do plantão inviabiliza um atendimento de qualidade junto aos usuários (...) pois com a grande rotatividade dos usuários no plantão, o trabalho reflexivo de cunho coletivo acaba não sendo priorizado pelos profissionais. Assim, o plantão é considerado um espaço para

---

<sup>113</sup> A Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009 - Capítulo III, institui o APH (BRASIL, 2009b). O Decreto Nº 7.186, de 27 de maio de 2010, regulamentou a Lei em nos Arts. 298 a 307 (BRASIL, 2010a). A Portaria Nº 1.429, de 12 de julho de 2013, estabeleceu os critérios para implementação do APH no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). “O APH objetiva suprir as necessidades fins do atendimento ao sistema de saúde e, concomitantemente, no caso dos hospitais de ensino, garantir melhor acompanhamento, pelos docentes e preceptores, das atividades desenvolvidas pelos alunos no estágio curricular supervisionado obrigatório de conclusão dos cursos da área da saúde, em regime de internato, e dos pós-graduandos em residências em saúde” (Art. II - parágrafo único do Decreto n. 7.186/2010).

atendimentos emergenciais das demandas no âmbito institucional. (AMADOR, 2009, p.103)

Especificamente, na instituição em que a **AS-C** exerce o papel de chefe de equipe, o plantão é apontado como a única forma de organização do serviço.

*O Serviço Social está organizado por plantão. E aí a gente tem algumas questões que nós atendemos. A gente só tem uma sala na instituição, então fica todo mundo aglutinado nessa sala, junto aqui, e daqui os profissionais partem. Vão para as enfermarias, todos os dias a gente tem visita nas enfermarias, [em] algumas enfermarias a gente tem uma atenção maior, como a obstetrícia, e hoje a gente está recebendo muito rebatimento do crack, e pediatria. As clínicas médicas com a questão de idoso, enfim... A gente trabalha com a presença do Serviço Social, mas a gente não tem [profissional lotado em setores, enfermarias], a não ser no Pólo da Diabetes e no projeto da Nefrologia, que a gente tem assistentes sociais específicos, e na coordenação do nosso curso de capacitação, aí a gente tem um assistente social coordenador desse curso, que é um outro colega, não sou eu. (...) Então, eu começo uma demanda, um trabalho hoje, amanhã eu não estou, outro colega vai dar continuidade, as pessoas se falam muito aqui. Se atende uma situação grave hoje, amanhã pode ter certeza que esse colega vai ligar, vai pedir para o outro acompanhar. O que as pessoas ainda tem um pouco de dificuldade, eu ainda tenho que ficar repetindo é a questão da anotação no prontuário, no prontuário do paciente. Mas, em geral, a comunicação ocorre bem entre os plantonistas. (AS-C)*

A literatura, na maior parte das vezes, apresenta uma visão bastante crítica em relação ao plantão. As críticas podem ser resumidas da seguinte forma: o plantão apresenta-se como um trabalho realizado a partir das demandas oriundas dos usuários e/ou indiretamente da complexidade que envolve determinadas áreas de atenção à saúde/setores do hospital; possui uma dinâmica que dificulta o vínculo assistente social/usuário; provocando, muitas vezes, a necessidade dos usuários recontarem suas histórias/demandas para vários profissionais. Contudo, tal entendimento não é compartilhado pela **AS-C**. Pode-se inferir, a partir de sua fala, que ela acredita ser esta uma forma de organização importante e possível para o atendimento nas enfermarias, mediante a realidade em que se encontra inserida<sup>114</sup>.

Considera-se que o Serviço Social, quando organiza sua forma de atuação somente em plantões, escolhe um determinado caminho que, se por um lado atende às

---

<sup>114</sup> Em que pese a contribuição de autoras como Vasconcelos (2002), Amador (2009) e Sodré (2010), entre outras, sobre o plantão, acredita-se que ainda haja necessidade de aprofundamentos de estudos sobre a sistematização dessa forma de organização nos hospitais. Destaca-se ainda que em muitos hospitais municipais e estaduais o plantão do Serviço Social funciona 24 horas, e essa forma de atendimento ininterrupta ainda é pouco explorada.

demandas institucionais e a algumas das demandas imediatas da população usuária dos serviços, por outro lado pode contribuir para impedir ou dificultar a capacitação para uma participação consciente de usuários e profissionais, na democratização de informação e saberes, já que os atendimentos individuais e muitas vezes imediatos não possibilitam uma reflexão coletiva sobre o controle social, a condição de trabalhador(a) e de exploração de raça/gênero/etnia. Também acaba negligenciado o atendimento das demandas por educação em saúde e prevenção (VASCONCELOS, 2002). Essa lógica, de que em cada plantão o usuário pode ser atendido por um(a) profissional diferente, acaba reproduzindo o que se presencia na forma histórica de organização do trabalho de médicos e enfermeiros na dinâmica dos hospitais, como percebidas nos escritos de Foucault (2011).

Importa dizer que o trabalho em saúde não trata de algo automático. Não se está lidando com máquinas, que possam ser operadas até determinado momento por um profissional que, depois de tantas horas, é substituído por outro(a) trabalhador(a). Está em xeque a vida de pessoas. Quando, por exemplo, um(a) profissional de Serviço Social pauta suas ações em atendimentos imediatos e individuais, sem considerar o contexto do usuário, os determinantes sociais da saúde, pode ocasionar intervenções burocráticas. Além disso, pode dificultar o desvelamento das expressões da questão social trazidas pelos sujeitos, sobretudo não as remetendo ao aspecto coletivo. Assim, corre-se o risco de pulverizar a questão social, camuflando a sua origem (IAMAMOTO, 2007).

Por isso, concorda-se com Sodré (2010) em que o trabalho do(a) assistente social na saúde precisa ser pensado a partir da realidade, de forma a capturar seu movimento, numa perspectiva de totalidade, projetando e buscando estratégias de ações que visem à ampliação dos direitos da população usuária. A partir desse movimento é possível uma lógica de organização planejada e pensada em função de uma maior qualidade do serviço prestado a essa população.

Outra questão que interfere diretamente no exercício profissional da assistente social chefe, e está atrelada à organização do trabalho do Serviço Social, é o apoio administrativo feito por um(a) profissional de nível médio (exigência mínima), específico para realizar atividades burocráticas diretamente sob responsabilidade da chefia de Serviço Social.

De todas as instituições pesquisadas, somente em uma não há auxiliar administrativo (ou secretário/a). Nesse caso, é a própria chefe do Serviço Social que faz o trabalho burocrático.

*(...) Eu que faço escala, eu que faço memorando, eu que tiro cópia. Já pedimos, mas não tem perspectiva de contratação. A ideia da gestão anterior era ter um administrativo para todos os serviços, porque os outros serviços também não têm. Poucos são os que têm [administrativo], a Nutrição não tem. Fisioterapia não tem. A Enfermagem agora tem, a maioria dos serviços não têm. (AS-B)*

Na maior parte das instituições (5), o Serviço Social conta com apoio administrativo. A partir das falas seguintes pode-se observar que essa presença é apontada pelas entrevistadas como um facilitador na gerência das chefias e do próprio serviço de maneira geral.

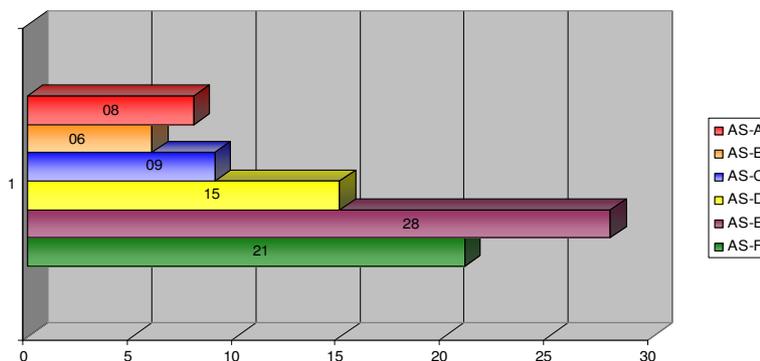
*Eles fazem inclusive a autorização de acompanhante, eles fazem as partes subsequentes, vamos dizer [daqueles usuários que] não passam pelo setor de internação. Os nossos administrativos são capacitados. Eles dão até algumas orientações... Eles fazem uma boa triagem... às vezes não é com o Serviço Social, eles redirecionam. (AS-D)*

*Temos duas. E todas as duas muito competentes. Elas sabem de todos os prazos, de tudo o que eu não posso deixar para depois de amanhã, tudo o que eu tenho que preparar hoje para o dia tal (...) Então tudo é assim (...) são duas pessoas muito competentes, ter duas secretárias competentes e que sabem tudo sobre o Hospital e sobre o Serviço Social, acho que não é nem cinquenta por cento, acho que é uns oitenta por cento da facilidade de você administrar um serviço. (AS-F)*

Torna-se necessário sinalizar que ter esse(a) profissional executando essas atividades específicas contribui de modo importante para oportunizar mais tempo para que o(a) assistente social que exerce a função de chefia se envolva com projetos coletivos, em questões relacionadas ao planejamento do trabalho da equipe, entre as diversas gerências institucionais e com a sistematização da prática.

Outro aspecto que interfere diretamente na organização do(a) trabalho da chefia do(a) assistente social é a composição de sua equipe. Assim, considerou-se importante para o desenvolvimento da pesquisa conhecer o quantitativo de profissionais das equipes de Serviço Social, pois isso influencia diretamente no “modo de chefia” e no trabalho realizado pelas assistentes sociais entrevistadas. Entretanto, torna-se importante destacar que não constitui intenção deste estudo mapear a força de trabalho das instituições pesquisadas.

Nessas instituições, o número de profissionais é bastante variado, conforme demonstra o Gráfico 1. Deste modo, tanto se tem chefia de Serviço Social que coordena somente 6 profissionais em sua equipe, como aquela que gerencia 28 pessoas.

**Gráfico 1. Número de Assistentes Sociais da equipe por Instituição**

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Os vínculos empregatícios das assistentes sociais que compõem as equipes também são diversificados na maior parte dessas instituições. Apenas a instituição em que trabalha a **AS-C**, que tem nove profissionais de Serviço Social, e a instituição em que se encontra lotada a **AS-E**, com 28 trabalhadores, são homogêneas no que se refere ao tipo de vínculo empregatício. Vide o Quadro 7.

**Quadro 7. Relação entre quantitativo de assistentes sociais e o tipo de vínculo**

Instituições	Quantidade de Assistentes Sociais	Tipo de vínculo
A	08	05 Estatutários e 03 celetistas
B	06	05 Estatutários e 01 contratada
C	09	09 Estatutários
D	15	15 Estatutários, sendo 02 cedidas pelo governo do Estado com carga horária menor que as outras 13.
E	28	28 Estatutárias
F	21	19 Estatutárias e 02 contratos, sendo que das 19 estatutárias há um desvio de função.

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Em tempos de “contrarreforma” do Estado, a diversidade dos vínculos empregatícios acaba contribuindo, cada vez mais, para a desregulamentação da força de trabalho (BEHRING, 2003). A luta pela abertura de concursos públicos tem sido uma bandeira dos defensores do SUS e dos postulados da Constituição Federal de 1988, que

é orientada pelos princípios da responsabilidade pública e gestão democrática sem personalismos e privilégios.

A diversidade dos vínculos empregatícios no serviço público federal acarreta repercussões tanto para a chefia de equipes, quanto para os demais trabalhadores(as). Apesar de realizarem o mesmo trabalho e de estarem submetidos à mesma lógica institucional, convivem com cargas horárias diferenciadas e com salários discrepantes, não tendo os mesmos direitos garantidos. Ou seja, muitos(as) profissionais que se encontram na condição de contratados temporariamente acabam se sujeitando a determinações (como realização de atribuições não privativas do profissional) que, se fossem servidores(as) do quadro efetivo, não se sujeitariam, pois poderiam exercer outras formas de enfrentamento <sup>115</sup>.

Entre os quatro serviços em que existem diferenças no tipo de vínculo, somente uma das chefes destaca, de maneira crítica, a dificuldade para o(a) profissional se posicionar com relativa autonomia, mediante a diferença do vínculo. Na fala da **AS-A** essa diferença aparece, inclusive, como ponto de conflito entre a equipe.

*Eu acho que o ponto de conflito é a natureza de vínculo porque o que acontece.... tem uma que é supercompetente e é [suprimida] contratada. Ela ganha mal, ela tem que morar longe e não sei o que lá. Eu conheço, sei dela, eu sei que tem coisas em uma reunião que ela diria (...). Ela não diz porque ela é [suprimida] contratada. Porque ela não se sente no direito de (...), então assim, um ponto de conflito da equipe, é a diferença de vínculo. (AS-A)*

Com relação à diversidade dos tipos de vínculos e inserções no trabalho, existem visões diversificadas das chefias de Serviço Social entrevistadas. Pode-se observar certa “naturalidade” em refletir sobre as necessidades imediatistas que envolvem o jogo das relações nos processos de trabalho de instituições públicas. Por exemplo, a **AS-F** considera positiva a existência de uma servidora em desvio de função, uma vez que a profissional é bastante competente. Entretanto, e mesmo levando em consideração o envolvimento explícito que prioriza habilidades e competências individuais e a descrição de que se trata de uma excelente profissional, principalmente as assistentes sociais em cargos de chefia de equipes precisam lutar para a ampliação de cargos via concurso público.

---

<sup>115</sup> Tal situação pode ser comprovada por relatos de ex-alunos, hoje assistentes sociais, que trabalham nas Organizações Sociais dos hospitais do Estado do Rio de Janeiro, onde ficam nítidos os conflitos gerados na equipe de saúde devido a demandas inadequadas da instituição empregadora.

*E a gente ainda tem uma situação de Assistente Social desviada de função. Eles[as] não são Assistentes Sociais do quadro da universidade, mas trabalham como tal, são responsáveis. O contrato de trabalho deles na instituição é um e eles trabalham como Assistentes Sociais. Têm carimbo, carimbo de trabalho, têm autonomia... E tem gente que tem pós graduação, tem tudo. Por exemplo, a (...) estava fazendo mestrado. (AS-F)*

O desvio de função, de acordo com Vasconcelos (2002), constitui questão que precisa ser problematizada, pois está diretamente relacionada à política de recursos humanos em saúde, que envolve a qualidade dos serviços prestados à população e os interesses e necessidades da categoria profissional. A autora afirma que:

(...) se por um lado o desvio de função responde aos interesses da instituição por mão-de-obra qualificada e remunerada abaixo do seu valor – na dificuldade de novas contratações, principalmente, a partir do enxugamento dos quadros públicos na administração federal, estadual e municipal –, por outro, responde a uma demanda por status e regalias dos profissionais em desvio de função. Contratado para determinada função e na impossibilidade de mudá-la após obter a qualificação de nível superior, com a extinção da ascensão funcional e/ou pela dificuldade de aprovação em concurso público, exigido após a Constituição de 1988 e retificado na Lei Orgânica, art. 201, os profissionais preferem, mesmo que remunerados pela função original, ser reconhecidos no interior das unidades de saúde como profissionais de nível superior. (VASCONCELOS, 2002, p. 305)

A apreensão do Serviço Social, através de mediações que busquem articular os determinantes da complexidade da política de saúde e de seus trabalhadores, possibilita a ultrapassagem da imediatividade do real (PONTES, 1997; KOSIK, 2010), o que permite entender que o desvio de função não atende nem resolve a questão de recursos humanos na saúde. Contudo, por outro lado atende a lógica neoliberal.

Outro aspecto que merece destaque analítico diz respeito ao processo de formação do(a) assistente social. Questões relacionadas ao processo de formação da categoria profissional e de aprimoramento/capacitação/educação permanente em saúde foram feitas durante as entrevistas, por se encontrar o tema diretamente atrelado à organização do trabalho nas instituições e, sobretudo, ao exercício profissional das assistentes sociais chefes.

Conforme demonstra o Quadro 8, foram analisadas variáveis referentes ao ensino e capacitação da equipe: receber alunos de graduação para realização de estágio, ter programa de residência multiprofissional com a inclusão do Serviço Social, e oferecer curso de capacitação.

**Quadro 8. Dados referentes ao ensino e capacitação da equipe**

	Instituições pesquisadas (n=06)
Estagiários	
Sim	05
Não	01
Residência Multiprofissional	
Sim	02
Não	04
Instituição oferece cursos de capacitação	
Sim	06
Não	00

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Observa-se no Quadro 8 que, das seis instituições pesquisada, apenas uma não oferece vaga de estágio. De acordo com assistente social entrevistada, não há oferta de estágio devido a uma política institucional. Mesmo não havendo estagiário, a responsável pelo serviço aponta que essa situação tem sido levada à direção.

*Não tem estagiário porque aí é uma situação assim... a instituição definiu – isso é uma coisa que a gente tem tentado discutir –, mas aí a gente entra em um outro problema, que é o fato de que a gente não tem profissionais para fazer preceptoria, para ser supervisor. As pessoas não se dispõem a fazer supervisão de aluno. Então isso é uma política [da instituição]. Não é só a gente, ninguém tem. O único estagiário que existe aqui parece que estava nos Recursos Humanos [suprimido], que não tem nada a ver com a gente. Mas na Assistência não tem. Nem na Fisioterapia, psicologia e etc.(AS-A)*

As demais instituições (5) têm estagiários, o que aponta um compromisso dos(as) profissionais com a formação profissional. Sabe-se que a supervisão direta de estagiário de Serviço Social constitui atribuição privativa do assistente social, prevista na Lei de Regulamentação da profissão (CFESS, 1993a). O estágio supervisionado em Serviço Social constitui “uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço socioinstitucional, objetivando capacitá-lo para o exercício profissional, o que pressupõe supervisão sistemática” realizada por assistente social, conforme aponta a Resolução N.º 533, de 29 de setembro de 2008 (CFESS, 2008).

Sendo assim, “a supervisão de estágio trata-se da articulação entre formação e exercício profissional, e, portanto abarca a compreensão, a análise, a proposição e a

intervenção em processos sociais, além da construção dinâmica da relação entre teoria e realidade” (LEWGOY, 2007, p. 46). Ao valorizarem o estágio supervisionado, os(as) profissionais reafirmam o exercício da competência profissional e a possibilidade de contribuir com um projeto de formação profissional atrelado a um projeto de transformação da própria sociedade (LEWGOY, 2007).

Outro dado importante em relação à formação é a oferta de campo para realização de Programas de Residência<sup>116</sup>. Mesmo sendo instituições com notório reconhecimento na área da saúde, apenas duas oferecem cursos de residência multiprofissional. Todavia, o movimento para implantação da residência aparece como uma preocupação do Serviço Social enquanto categoria que pode ser identificada na fala da **AS-D**.

*Existe todo um trabalho de tentar pensar uma residência conjunta e o Serviço Social é uma das categorias [que estaria incluída], parece que esse projeto foi escrito, mas não vingou. Existe só a residência médica e de enfermagem, as outras categorias não têm. (AS-D)*

A residência multiprofissional ganhou visibilidade na agenda da política de saúde nos anos 2000, em um contexto de diversas iniciativas que visavam à reorientação da formação de recursos humanos para o SUS. Em 2007, diversos programas de residência multiprofissional surgiram no Brasil, financiados pelo Ministério da Saúde. Em 2009, o Ministério da Educação aumentou sua participação no custeio das residências, e em 2010, os programas de residência no país aumentaram substancialmente. Isso demonstra que a residência multiprofissional desempenha um papel importante no contexto atual (MENDES, 2013). Avançando na análise sobre o tema, a autora destaca as possíveis contribuições que a residência multiprofissional pode trazer para o âmbito da saúde.

Propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, e potencialmente capaz de articular as diferentes profissões entre si, promover a reflexão sobre o cotidiano de execução da política e contribuir para o estranhamento de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas. (MENDES, 2013, p. 184)

---

<sup>116</sup> A Portaria Interministerial MEC/MS N.º 1.077, de 12 de novembro (BRASIL, 2009c) foi alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS N.º 1.224, de 03 de outubro (BRASIL, 2012). Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Existem dois tipos de regulamentação para as residências no Brasil, divididas em Residência Médica e nas demais residências (multiprofissional e em área). Essa divisão já diz muito sobre a dificuldade de realização de um trabalho interdisciplinar na saúde.

Mediante o exposto, considera-se bastante significativa a existência da residência multiprofissional nas duas instituições, e o empenho que algumas das demais instituições têm realizado para implantação do programa em suas unidades. Apesar de diversas questões polêmicas que envolvem a operacionalização dos programas de residências multiprofissionais, tais como a substituição do trabalhador pelo residente e a inserção dos residentes em projetos que, acabam tendo descontinuidade com a sua saída, a cada dois anos.

Ao serem perguntadas sobre a existência de algum tipo de capacitação e formação para a equipe de Serviço Social, todas as seis entrevistadas afirmaram que realizam algum tipo de capacitação, de forma mais ou menos sistemática. Observaram-se três tipos de movimentos nesse sentido: capacitação interna com o grupo; participações em eventos externos à instituição; liberação para capacitação na modalidade *stricto sensu*. Esse movimento demonstra que as equipes de Serviço Social estão sintonizadas com o compromisso, com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional conforme o Código de Ética (CFESS, 1993). E mais, que as chefias “mobilizam sua autoridade funcional para liberação de carga horária de subordinado, para fim de estudos e pesquisas que visem o aprimoramento profissional”, conforme previsto no art. 10 da Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993a).

*(...) no ano passado, por exemplo, a gente teve uma convidada aqui da Previdência. Foi um encontro ótimo, muito produtivo para entender um pouco da dinâmica, de como os nossos encaminhamentos estavam sendo recebidos, da expectativa da gente ao encaminhar e [ter um retorno] do encaminhamento realizado. (AS-B)*

*Sim. A gente teve um evento ano passado que foi pelo Fórum de Políticas de Criança e Adolescente, e esse ano a gente tem proposta de fazer uma capacitação junto ao INSS... A gente em 2012 fez um evento muito legal sobre isso, uma mesa-redonda sobre SUS, estava na época daquela discussão sobre as empresas, as EBSEHs. A gente fez um evento, uma mesa redonda, teve uma comissão organizadora dentro da equipe... Esse evento ganhou até uma certa notoriedade dentro da instituição. (AS-D)*

O reconhecimento da necessidade de investimento no processo de aprimoramento intelectual e cultural constitui um dos pilares de sustentação para a construção de ações propositivas no âmbito do exercício profissional, tendo por base defesa dos interesses dos heterogêneos segmentos das classes trabalhadoras (RAMOS, 2013). Essa ênfase aparece no discurso das entrevistadas da seguinte forma: realização

de simpósios, jornadas e congressos, capacitações gratuitas para o público interno e externo, eventos intersetoriais (Previdência Social), fomento a participações da equipe em congressos nacionais, educação permanente/discussão coletiva através de mesas-redondas, estudos dirigidos de textos/casos e relatos de práticas cotidianas das assistentes sociais em reuniões mensais da equipe. Além do aprimoramento profissional, esse movimento também pode contribuir para maior visibilidade e reconhecimento da profissão dentro da instituição de saúde.

Além dos eventos internos, verificou-se que existe o incentivo de muitas chefes para participação de suas equipes em cursos, seminários, congressos externos (o que pode ser alterado com a entrada das Organizações Sociais e EBSEH). Outro fator que merece destaque é a existência de incentivos para o investimento em uma formação continuada, que acaba contribuindo sobremaneira para que as/os assistentes sociais possam dar seguimento a seus cursos. Essa afirmação fica bastante explícita na fala da **AS-A**:

*(...) a gente faz um planejamento de atividade, de participação em eventos. Então (...) o que acontece é que nem sempre a gente tem dinheiro para custear os cursos, mas tem uma política de tudo que é evento de interesse, a gente se organiza para participar. Então isso é frequente, além do incentivo para que as pessoas façam. Como é o incentivo? É na carga horária. Para que faça mestrado e doutorado. Então hoje em dia aqui só tem uma pessoa que não está estudando. Todas estão (...) Porque a minha preocupação é justamente o que está acontecendo com as outras unidades. Qual foi a política das outras unidades? Espera acabar o estágio probatório que vai se fazer uma fila pra ver quem fará os cursos. Desse jeito as pessoas iam demorar vinte anos para fazer mestrado e doutorado. Então aqui a gente decidiu: “Ó, vamos bancar? Então todo mundo vai fazer”. Então o meu incentivo é carga horária. (AS-A)*

Além do incentivo de liberação de carga horária e de pagamento de diárias, sinalizado por duas assistentes sociais (**AS- F** e **AS- C**), existe o incentivo do Plano de Cargos e Salários. Sabe-se que esse item também constitui em um dos aspectos motivadores para aprimoramento profissional.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Lei N.º 8.142/90, no seu artigo art. 3º, prevê que, para receberem os recursos financeiros para a saúde, nos Municípios, Estados e Distrito Federal deverá funcionar (entre outras condicionalidades) uma Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). À época foi previsto um prazo de dois anos para sua implantação. Contudo, ainda hoje a discussão do PCCS é repleta de lacunas e divergências, principalmente nas instâncias municipais e estaduais.

#### 4.2.4 O cargo de chefia

A proposta deste item é analisar a “função” da chefia, o processo de chegada ao cargo e a motivação para sua ocupação. Conforme se observa no Quadro 9, variáveis como denominação e existência do cargo no organograma institucional, existência de gratificação e processo de escolha da chefia contribuem para caracterizar esse espaço de ocupação privativa da(o) assistente social.

**Quadro 9. Caracterização do cargo de chefia de Serviço Social nas instituições pesquisadas**

	Instituições pesquisadas (n=06)
<b>Denominação do Cargo</b>	
Chefe do Serviço Social	05
Supervisor de Serviço	01
<b>Existência do Cargo no Organograma Institucional</b>	
Existe	05
Não existe	01
<b>Existência de Gratificação</b>	
Existe	04
Não existe	02
<b>Experiências de participação coletiva</b>	
Sim	03
Não	03
<b>Processo de escolha da chefia</b>	
Rodízio entre os membros da equipe	01
Consenso entre os membros da equipe	01
Indicação da direção da instituição de saúde	03
Convite da direção	01

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Para fins deste trabalho, foi considerado que o(a) assistente social em exercício em cargo de chefia, na administração pública ou privada, é aquele que dirige, coordena ou chefia outros trabalhadores que a ele se subordinam (BARROCO; TERRA, 2012).

Importa enfatizar que dirigir serviços técnicos, em instituições públicas ou privadas, ocupando cargos de chefias ou coordenações de equipe de Serviço Social, trata-se de atribuição privativa da(o) assistente social, de acordo com o artigo 5 inciso XII da Lei N.º 8.662/93 de Regulamentação da profissão (CFESS, 1993a).

Em geral, o cargo de chefia do(a) assistente social existe no organograma institucional, como pode ser observado em cinco hospitais pesquisados. Em apenas uma instituição o cargo não está na estrutura organizacional.

Entende-se que a inexistência dessa formalização suscita a possibilidade de relações hierárquicas tensas, o que está associado a outro elemento importante para a análise que é a existência de gratificação para o exercício da função de chefe, pois interfere diretamente no reconhecimento do papel de chefia. A diversidade encontrada

suscita indagar como tem sido legitimado esse espaço na hierarquia institucional. Será, por exemplo, que as demais categorias profissionais, como a medicina e enfermagem, também vivenciam essa multiplicidade de arranjos para o exercício dessa função? Estudos futuros poderão abordar esses aspectos.

Em quatro das instituições pesquisadas existe algum tipo de recurso econômico para o exercício do cargo. Dessas quatro, em apenas uma delas existe o pagamento de gratificação por cargo em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores (DAS). Nas demais, a gratificação ocorre por FG (Função Gratificada), gratificação de valor bastante inferior ao DAS recebido por outras categorias profissionais. Há ainda uma situação em que, mediante ausência de distribuição de DAS, é feito o pagamento pelo exercício da chefia via recebimento de uma bolsa de estudos.

Se não existe DAS, o cargo pode ser suprimido a depender da correlação de forças institucional, tanto ascendente quanto descendente, dando margem à necessidade de intervenções externas à equipe; isto é, intervenções da gestão do hospital, o que requer em alguns momentos a mobilização da equipe a fim de solicitar apoio do CRESS, através dos agentes fiscais, para garantia das suas prerrogativas éticas.

Na instituição da **AS-A** existe uma situação específica, pois a assistente social em seu contrato de trabalho é paga para ser chefe do serviço. Vale chamar a atenção para o fato de que, nesse caso específico, como a chefe do Serviço Social não é servidora da instituição, a Função Gratificada (FG) que está atrelada ao cargo do Serviço Social é recebida por outra assistente social, que está na subchefia e é servidora.

Em duas das instituições não há qualquer tipo de gratificação para o exercício da função. A assistente social ocupa esse espaço mais por uma questão de compromisso com a categoria do que pela relação salarial. Isso é apontado pela **AS-D** como um desestímulo, além de interferir diretamente na vida pessoal do trabalhador.

*É, a gente pode vir lá de trás, na verdade. A gente... não existe – já é um grande problema – não existe o cargo de chefe de Serviço Social aqui no hospital. Não existe a gratificação. Não existe muitas vezes sequer o reconhecimento dessa figura de chefia de Serviço Social aqui. O nosso chefe é um dentista. (AS-D)*

*Então, assim, a gente não tem ganho pessoal e nem financeiro. A gente não chega tarde (...) você vai olhar o meu horário, enquanto chefia e quando não era. É a mesma coisa. Eu sempre tive esse compromisso sempre com quem sentou naquela cadeira e em qualquer lugar, então assim, independentemente da pessoa, quando foi a [M], quando foi a [E], desde que eu cheguei aqui e em todos os*

*meus trabalhos, eu acho que a chefia é um lugar que você ocupa para fazer com que sua equipe funcione melhor. Para ajudar. (AS-E)*

A distribuição de cargos de chefia nos hospitais é um ponto bastante polêmico. Está relacionada com a própria inserção das profissões no âmbito hospitalar e atrelada à discussão sobre o reconhecimento das profissões neste espaço. Observa-se que, para os médicos e enfermeiros, a previsão de gratificações é observada empiricamente nas instituições hospitalares. Para as demais profissões, sobretudo no caso do Serviço Social, existe uma disputa de poder e a necessidade de reconhecimento para “merecer” o recebimento de gratificação pelo trabalho exercido. Há que se indagar sobre quais os critérios utilizados pela direção das instituições para julgar o suposto “merecimento” das categorias profissionais. Estes estariam ligados à obediência das normas institucionais, a uma visão tradicional do espaço da saúde como algo ligado necessariamente à medicina ou a propostas que, de fato, defendam um serviço de qualidade, com ampliação de acesso, com realização de ações que caminhem na direção proposta pelo SUS Constitucional?

No universo pesquisado, cinco das chefias imediatas as quais as assistentes sociais estão são hierarquicamente vinculadas, são compostas por médicos, ratificando a afirmação de Brito (2004, p.26) de que a gerência das instituições de saúde ainda permanece “tradicionalmente centrada nos profissionais com formação em medicina, embora recentemente outros profissionais como administradores, engenheiros, economistas, enfermeiros, entre outros, estejam assumindo cargos estratégicos nos hospitais”.

Outro aspecto interessante a ser analisado diz respeito à participação da assistente social chefe em espaços coletivos. Ou seja, seu envolvimento em fóruns da categoria, filiação a partidos políticos, participação em movimentos sociais e conselhos acabam fornecendo elementos que contribuem para a caracterização de uma gestão mais democrática. Três assistentes sociais relataram envolvimento com experiências de participação coletiva. Das três, duas deram destaque para a experiência em partido político e órgãos da categoria, e uma apontou a experiência apenas em partido político.

Sob esse aspecto é válido referendar pesquisa do CFESS (2005) sobre o perfil profissional que, entre outros dados, destacou que somente 32% das (os) entrevistadas(os) participam de algum tipo de atividade política. De acordo com essa pesquisa,

em relação à participação em atividade política é possível perceber que as(os) assistentes sociais ainda não fazem intervenções tão significativas nos processos políticos decisórios, apesar de viverem a construção da democracia e o alargamento do “controle social”, pois a participação em atividade política possibilita a conquista, a instalação de regras democráticas, a autopromoção humana, enfim, a cidadania. (CFESS, 2005, p. 42)

O processo de escolha para ocupação do cargo de chefia é fundamental para o entendimento das relações entre os (as) assistentes sociais, bem como entre a chefia e a direção da instituição. Isso demonstra que, por mais elementos de democracia que existam nas chefias, todas estão submetidas aos ditames institucionais, carregados de hierarquia e gerencialismo. Mediante as múltiplas formas de escolha para a ocupação do cargo, optou-se inicialmente por compartilhar o processo vivenciado pela AS-A, que viabiliza refletir sobre as contradições que podem existir no caso de uma assistente social de fora do quadro da instituição ocupar o cargo de chefia ao ser indicada pela direção do hospital.

*No início disso foi uma indicação da direção, mas em que sentido? A pessoa que era chefe de serviço disse que queria sair da chefia e aí a direção indicou o meu nome. De que jeito? Me chamaram lá em cima (...) eu achei que ia ser demitida porque eu tinha brigado (...) no ambulatório, e aí eu subi, achei que iam me esculhambar. Lembro que eu falei: “agora, acho que eu vou ser demitida”, e aí para minha surpresa era essa história. Como é que eu fiz? Desci. Não disse que sim, não disse que não. Desci e fui falar diretamente com a pessoa primeiro que era a chefe e disse; “olha aconteceu isso, isso e isso”, e depois a gente conversou coletivamente. Na época, a gente tinha uma situação objetiva. Me foi dito que ou eu aceitava ou eles iam trazer um outro assistente social de outra unidade. Que eles não queriam que fosse nenhum outro assistente social dali. O que a gente fez foi descer e discutir coletivamente. Aceito, não aceito, porque, eu não era obrigada a aceitar. Agora, a gente ia ter outro chefe que não era uma pessoa da unidade e que a gente sabia, naquela situação, que seria um assistente social da Prefeitura, não seria nem alguém daqui de dentro. Essa pessoa que era o diretor da época, já tinha dito que era isso que ia acontecer (...). Não tem aqui um processo político, uma eleição, uma votação, como tem em algumas instituições. Não é assim que funciona. Os cargos de chefia dentro da instituição são sim uma indicação da direção. (AS-A)*

Interessante perceber que, mesmo sendo uma indicação da direção, ocorreu um processo de transparência com a equipe, uma discussão do processo e de suas consequências. O Serviço Social, por estar submetido a uma instituição empregadora,

não gerencia sozinho (IAMAMOTO,1999). Todavia, pode realizar processos de mudanças que tornem essa escolha mais democrática e menos autoritária.

No caso das **AS-B** e **AS-C**, o processo foi um pouco diferente. A equipe escolheu a chefe e a direção acatou a escolha.

*A gente tinha uma chefia de muitos anos já, mais de 15 anos no serviço quando nós chegamos, e aí teve problemas, na realidade no gerenciamento do serviço, mas pessoas entenderem como é que é o trabalho, e aí toda a equipe entendeu que tinha que ter uma mudança, e aí na realidade assim, eu fui escolhida pela equipe e confirmada pela direção. Foi assim que aconteceu. Que é bastante tranquilo também, não é? (AS-B)*

*Foi eleição. Eleição da equipe, não uma eleição formal, enfim, mas foi um nome de consenso dentro da equipe porque eu já vinha de uma outra unidade de saúde onde tinha o cargo de chefia, e aí num dado momento em que a chefia do serviço estava ficando vago, a equipe achou que seria um nome bacana pra assumir a chefia.(AS-C)*

Com relação à instituição onde a **AS-D** chefia a equipe, ocorre uma particularidade, pois nenhum(a) profissional da equipe se disponibilizou a ocupar o cargo. Então, a equipe resolveu que o ideal seria que todos passassem pela chefia, em um esquema de rodízio iniciado através de um sorteio.

Como se trata de uma atividade exercida de maneira concomitante às demais funções do(a) assistente social no hospital, também provoca o envolvimento constante e assunção de responsabilidades, além de suscitar a necessidade de marcar espaços e mediar conflitos.

*É interessante assim... com a saída da [Z], como ninguém queria estar nessa posição, que é uma posição desconfortável, não tem DAS, já não tem a questão financeira. Quando alguém decide assumir efetivamente o cargo, aí todo mundo já se exime da responsabilidade, a carga fica em cima dessa pessoa, que inclusive é liberada também de estar atuando na assistência, a não ser que a pessoa tenha o desejo, mas se a pessoa resolve assumir, aí ela fica só com a atribuição de chefia. Então, quando eu voltei de licença maternidade, eu cheguei um dia antes de ocorrer o sorteio de chefia. Com a saída da [A], e como ninguém estava querendo assumir efetivamente, a equipe chegou num consenso que deveria ser realizado um sorteio, um rodízio de chefias e que seria o ideal todo mundo passar pela experiência para sentir em que campo pisa, como é que é estar do outro lado, ter que gerir todos esses conflitos. (AS-D)*

Nessa situação, pode-se concluir que esse espaço pode não ser tão almejado pelas profissionais que trabalham na instituição, principalmente quando não há ganhos financeiros, reconhecidos através de gratificação.

Entretanto, nessa única unidade onde existe um revezamento da chefia onde todas(os) ocuparão o cargo em algum momento, mesmo que tenha sido num contexto forçado pode-se identificar a existência de pontos positivos que contribuem para uma gestão democrática e participativa. À medida que cada assistente social ocupe o respectivo espaço, surge a necessidade de um comprometimento e preocupação em dividir as responsabilidades.

Cabe destacar que, no caso da instituição em que a **AS-E** ocupa o cargo de chefia, ocorreu um processo de indicação da direção, com algumas resistências por parte da equipe, que buscavam um processo pela via da eleição. Essa situação específica traz muitos elementos que remetem à discussão da dificuldade de legitimação de uma chefia imposta. Quando se tem um processo transparente instituído, por mais que haja interesses e projetos contrários, existe a legitimidade de ocupação do cargo. Isso não ocorreu no processo relatado pela **AS-E**, cuja descrição caracteriza um processo de mudança de chefia apontado como tenso e repleto de conflitos.

*Então, tradicionalmente, as chefias aqui (...) são indicações da direção. A chefe anterior dava as coordenadas, mas a gente desde então sempre discordou muito da maneira como essa chefia era conduzida, porque era aquela coisa da centralização, das decisões, (...) a coisa meio punitiva às vezes. Então isso já tinha gerado uma insatisfação muito grande em toda a equipe, mas a gente sabia que não era o momento [de troca] e as coisas foram se dando até que, três anos depois, ela se afastou oficialmente por conta de uma questão de doença. Então, a [V.] (chefe substituta) nesse momento decide tentar, como eu vou dizer, partilhar um pouco mais (...) E aí neste momento, ela chama a mim e a [Z.] para meio que dividir, eu ficaria responsável pela coordenação de assistência propriamente dita ao paciente e a [Z.] para cuidar mais da questão do ensino, pesquisa, que era uma coisa que a gente sentia muita necessidade de se debruçar e que a gente não conseguia. (...) No momento, quando ela coloca isso para a equipe, a equipe recebeu muito mal porque na verdade já existia o desejo de uma eleição para chefia. (...) Porém, a [V.] argumentou que era uma decisão de grupo de trabalho: “Eu estou escolhendo as pessoas que eu acredito que vão conseguir trabalhar comigo. Não vai adiantar vocês elegerem uma pessoa que eu não vou ter afinidade. Aí as pessoas ficaram falando assim: “Ah, mas não são vocês, é o processo. Não são as pessoas, é o processo”. Eu falei: “Gente, mas a gente não é processo, a gente é pessoa”. E eu não consigo entender isso. (...). E aí a [V.] também, num processo de quase se afastando, por questões de saúde, vai até a direção (...) e diz: “– Olha, eu vim aqui entregar meu cargo.. –Por que você está*

*entregando seu cargo? -Porque a chefe do Serviço Social se aposentou e eu sou substituta dela”. E na mesma hora o diretor diz: “-Não, mas eu quero que você seja a chefe do serviço”. Aí ela explica que está com essas questões de se afastamento, mas que eles voltariam a conversar sobre isso. E aí é que começa a surgir uma demanda da equipe, por achar que o cargo estava vago, de eleger uma chefe. E que de fato estava vago. (...) E aí, parte da equipe vai até a direção e coloca essa demanda de eleição da chefe que automaticamente é rechaçada pelo coordenador após conversar com o diretor, e foi uma situação meio complicada, difícil. (AS-E)*

A *priori*, a ocupação do cargo se deu por uma aproximação de identificação de trabalho da chefia substituta com duas colegas, identificadas como “aptas” a exercerem o cargo de chefe. A equipe entendeu a escolha como um privilégio das duas colegas, privilégio entendido enquanto “algo particular que não pode generalizar-se nem universalizar-se sem deixar de ser privilégio” (CHAUI, p. 2008, p. 74) e que contrariava o anseio e direito da equipe de expressar sua opinião e influenciar no processo de escolha da chefia, que não se trata de algo “particular e específico, mas geral e universal” (CHAUI, p. 2008, p. 74).

A exposição da **AS-E** conduz algumas análises bastante pertinentes sobre quão personalistas e autoritários podem se constituir os processos de escolha dos chefes de Serviço Social (mas não somente desses) nas instituições. Se, por um lado, as escolhas dos(as) chefes dos serviços e dos setores ainda se baseiam em relações de “favoritismo” e de “simpatias”, por outro as equipes ainda se deparam com obstáculos enormes para sobrepor essa correlação de forças entre quem tem a legitimidade para instituir o chefe e a defesa de um processo horizontal de escolha de chefia, enquanto um direito.

A diversidade nos processos de escolha das chefias constitui um elemento importante para análise, pois à medida que a equipe não tem direito de escolher a sua chefia, como se sentirá representada por esta? Esse processo de escolha remete diretamente às relações de poder no âmbito institucional, que reproduz velhas práticas gerenciais.

Já no caso do hospital em que **AS-F** trabalha, a escolha da chefia se deu por convite do diretor, mas corroborado por um grupo dentro do Serviço Social, que já ansiava pelo seu retorno à chefia.

*Professor [N.] na gestão me convidou para assumir a chefia e tinha um grupo de serviço que também queria que eu fosse a chefe. E o outro diretor, ele já entrou com essa instituição numa dificuldade tão grande que ele mexeu muito pouco nas pessoas que estavam administrando os serviços na época. Então eu acabei ficando mais*

*quatro anos (...) e eu estou saindo da administração do serviço agora. Bom, essa é a terceira vez que sou chefe de serviço. (AS-F)*

O direito de escolha de seu representante (COUTINHO, 1991; 2000), quer seja de uma equipe, de uma instituição ou de um país, compõe o processo de uma gestão democrática. Partindo-se desse pressuposto, acredita-se que a ausência dessa prerrogativa, no caso das chefias de Serviço Social, influencia na legitimidade e na sua relação com a equipe, interferindo nas relações de poder. Não significa, todavia, que uma chefia, ao ser escolhida democraticamente, através da participação dos membros da equipe, adotará ações caracterizadas como democráticas.

Defende-se que, na perspectiva de uma gestão democrática, o repensar a forma de condução das assistentes sociais para o cargo de chefia de equipes constitui um dos fatores importantes para a construção de um processo mais participativo que reverta em relações de trabalho mais democráticas. Entende-se, todavia, que o respeito à participação na escolha das chefias dentro das instituições de saúde, de um modo geral, trata-se de algo ainda distante, comprovado pela fala das entrevistadas. No entanto, indispensável quando se opta por um projeto de gestão democrático e participativo, que visa garantir o lugar do debate, o espaço público (livre de personalismos, “feudos”, favoritismos, livre da escolha por relações de troca de favores, bem características das relações patrimonialistas). Resguardadas as diferenças no processo de chegada ao cargo de chefes de Serviço Social, foi importante observar quais foram os motivos verbalizados pelas entrevistadas que levaram à aceitação do cargo.

De modo específico, uma das participantes deste estudo referiu que aceitou o cargo para evitar que a chefia fosse ocupada por assistente social vinda de outra instituição (AS-A). Com relação à AS-D, o aceite para assumir o cargo de chefia foi efetivado a partir de um consenso entre os membros da equipe de que haveria um sorteio para ocupação da função, já que naquele momento ocorria certa resistência dos membros em assumir a chefia. Ela fora sorteada e acabou aceitando.

Outra particularidade encontrada entre as assistentes sociais chefes entrevistadas foi a continuidade no cargo durante um longo período, tendo em vista que, nas duas instituições onde isso ocorre (da AS-A e da AS-F), a escolha é efetivada por indicação da direção. Não se identifica um processo de alternância no cargo, o que seria extremamente importante para o processo democrático.

Na maior parte, os motivos para se ocupar o cargo de chefia aparecem nas falas das entrevistadas relacionados aos aspectos de defesa de um Serviço Social qualificado, comprometido com um projeto de sociedade transformador.

Tanto a **AS-B** quanto a **AS-C** e a **AS-E** apontam que aceitaram ocupar o cargo por considerar que poderiam contribuir com o Serviço Social na instituição. Nota-se, pela exposição das entrevistadas, que a maior parte afirma ter aceitado responder pela chefia do Serviço Social em prol de um envolvimento ideológico que provocava a necessidade de contribuir com algum tipo de mudança.

*Então, porque sim, enfim, porque eu acho que naquele momento era uma forma de contribuir para a melhoria do serviço, para estar contribuindo (...) seria mais penoso para mim estar compondo um serviço que não fosse reconhecido, que não tivesse um Serviço Social bem organizado, respeitado dentro da Unidade de Saúde do que assumir a chefia do serviço. Então, eu optei por assumir, para dar uma coordenação técnica a esse processo e qualificar o Serviço Social. (AS-C)*

A aceitação do cargo por parte da maioria denota que, de certa maneira, elas se consideravam “competentes”, portanto com habilidades e com certo grau de experiência no âmbito da gestão (**AS-B**, **AS-C**, **AS-E**), para ocupar o lugar de chefe, desenvolvidas nas relações em serviço durante o percurso profissional.

*Por um lado eu não queria, mas por outro, tinham muitas coisas que me incomodavam no serviço que eu acho que eu como chefia, poderia começar a mexer, então era aquela coisa, era custo-benefício, eu achava que eu poderia contribuir como chefia, e aí assim, claro que com a ajuda de todo mundo e tal. Então foi uma decisão que eu acho que tomei, que eu me senti (...) ao mesmo tempo que eu senti que eu não tinha o preparo todo, eu acho que eu podia colaborar. (AS-B)*

Curioso observar que grande parte das assistentes sociais chefes, ao mesmo tempo em que se dizem habilitadas para assumir o cargo de chefe, dizem que não tiveram respaldo na formação para ocupá-lo, como será visto no próximo item. Importa, nesse sentido, considerar o entendimento que se tem sobre competência profissional. Afinal, *a priori*, assumir cargos de gestão constitui competência dos(as) assistentes sociais. No entanto, a competência defendida pelo Projeto ético-político profissional não está relacionada a uma competência burocrática e sim crítica, alicerçada em projetos de transformação social que afirmam a democracia, a liberdade, a equidade e a justiça (LEWGOY, 2007). A competência é baseada, entre outros elementos, na “elucidação das tendências presentes no movimento da própria realidade, decifrando

suas manifestações particulares no campo sobre o qual incide a ação profissional [que dialoga com] as fontes do conhecimento e com os pontos de vista das classes” (IAMAMOTO, 2009, p. 17).

Arelado à discussão de uma competência crítica está o investimento numa formação profissional que efetivamente contribua para uma prática qualitativamente diferenciada. Sendo assim, apresenta-se a seguir a discussão sobre a “contribuição ou não” da formação profissional para ocupação de um cargo de gestão. A discussão das competências e das estratégias dentro do âmbito da gestão ainda é um assunto pouco explorado na formação profissional. É necessário – sem perder a dimensão da totalidade – construir-se uma análise mais próxima do dia a dia dos profissionais que ocupam esse lugar.

#### **4.2.5 A ocupação do cargo de chefia de equipe e a questão da formação profissional**

*A faculdade então não me preparou. Eu acho que eu me senti preparada por conta da minha experiência, não pelo que a faculdade me (...) e preparada assim, modo de dizer, a gente sempre acha que a gente não está preparada, que vão surgir outros desafios. (AS-B)*

A ocupação de espaços de gestão por parte de assistentes sociais tem aumentado bastante nos últimos anos, fruto do processo de descentralização das políticas sociais. Entretanto, são inúmeras as “novas requisições” para esse(a) profissional, conforme visto no capítulo 3. Todavia, o enfoque deste trabalho centra-se na discussão sobre chefia de equipes de Serviço Social, como uma atribuição privativa do(a) profissional de Serviço Social.

Por associação, pode-se dizer que diversas ferramentas gerenciais utilizadas para discutir a gestão das políticas e dos serviços/instituições também se fazem presentes no cotidiano do trabalho de quem gerencia/chefia equipes de assistentes sociais. Diante disso, enfatiza-se a importância de aprimoramento das competências para ocupação deste lugar, tendo em vista o Projeto ético-político profissional.

Em qualquer processo de gestão, estão presentes elementos como mobilização, enfrentamento, capacitação, mediação, organização e participação (PRATES, 2005). Assim, quando o(a) gestor(a) se apropria desses processos, em uma perspectiva de totalidade, orientado por valores de democracia, autonomia e reconhecimento de direitos, maiores são as possibilidades de efetivação de um projeto de trabalho transformador – que, no âmbito da saúde, fortaleça o SUS universal e constitucional.

Para tanto, um caminho seria a busca pelo aprofundamento teórico e o conhecimento dos instrumentais da gestão, tendo em vista a necessidade de correlacionar as influências históricas advindas das experiências institucionais e tradicionais, e as diretrizes oriundas de princípios democráticos nessa perspectiva transformadora.

É primordial uma formação que tenha inserido em seu currículo questões referentes à gestão correlacionadas às diretrizes democráticas e participativas. Entretanto, o que chama a atenção (por ser muito grave) é que a maior parte das entrevistadas afirma que a graduação de Serviço Social, que tem como diretriz formar um(a) profissional(a) com perfil democrático e comprometido com ideais contra-hegemônicos, não contribuiu para o cargo que elas ocupam atualmente. Apontam ainda que se basearam empiricamente em experiências de outras chefes para fazerem gestão. Assim, implementam modos de gestão “experimentais”, construídos no movimento da realidade, que por sua vez são impregnados por situações que transversalizam as práticas cotidianas, influenciadas por características das culturas organizacionais instituídas historicamente.

Como pode ser visto na fala seguinte da **AS-A**, a presença fragilizada de questões referentes aos processos de gestão nos currículos de graduação do Serviço Social pode contribuir para que o(a) assistente social construa seu perfil e desenvolva seu exercício profissional de chefia influenciado mais pelas relações institucionais e multiprofissionais do que pela própria diretriz profissional.

*Na verdade eu acho assim que a nossa formação, mesmo as orientações que tem sobre a atribuição de chefia de Serviço Social na lei, no código de ética e tal, elas são muito genéricas, então na verdade tudo foi se construindo dentro da instituição e com as parcerias, então com as colegas e tal, com os outros profissionais.*  
(**AS-A**)

Além das influências institucionais, outro ponto correlacionado ao movimento de aprendizado para ser chefe de uma equipe de assistentes sociais que aparece na fala da **AS-C** e da **AS-D** aponta para a necessidade que elas tiveram de aprender a ser chefes se espelhando em uma colega de trabalho. E que a formação em si não forneceu muitos subsídios para ocuparem o cargo.

*O que me ajudou um pouco foi o mestrado em Política Social, com algumas disciplinas de avaliação. E eu acho que, na verdade, eu aprendi a ser chefe observando outro chefe de serviço, que foi a minha chefe (...) vendo o que era bom, o que não era, o que podia ser melhorado. Eu acho que a grande referência que eu tenho é essa*

*pessoa com quem eu convivi cinco anos e que eu pude observar um pouco o que era estar naquele espaço, como que ela fazia, como que ela se desenvolvia, enfim, acho que basicamente isso. (AS-C)*

O fato de a **AS-C** ter necessidade de se espelhar no exercício de uma outra colega reflete essa possível “fragilidade” da formação em pautar esse tema da gestão, que, por sua vez, torna provável uma continuidade de ações que fortalecem impressões pessoais em detrimentos de diretrizes coletivas da profissão. Contudo, esse preparo pode ir além do período da graduação. Talvez possa ser preconizado um incentivo para que essa temática faça parte de uma “educação permanente”, que esteja incorporada no cotidiano de quem está assumindo o cargo.

A fala seguinte da **AS-D** possibilita observar que esse processo deveria ocorrer por meio de uma preparação para assumir o cargo de gestão, já que, em tese, pode ser ocupado por qualquer assistente social.

*Assim, na verdade eu acho que a formação de uma maneira geral, não estou falando especificamente de mim, acho que a formação não prepara a gente para isso, não é?(...) E a maioria dos assistentes sociais vai ocupar, eu acho, que em algum momento da vida [o cargo] porque a carreira é longa, não é? Então eu acho que em algum momento (...) até porque (...) e vou te dizer mais, Dolores, ainda os que não ocuparem, devem estar preparados justamente porque isso a gente tem que participar democraticamente. (AS-E)*

Mesmo não se constituindo objeto da presente tese analisar a formação profissional mediante a afirmação da maioria (5) das assistentes sociais entrevistadas – quanto à percepção de falta de “preparo”, do ponto de vista da formação, para assumirem o cargo de chefia que ocupam –, torna-se crucial refletir como tem sido o exercício dessa função na atual conjuntura das instituições de ensino. Importa salientar que a formação profissional, que tem por base as Diretrizes Curriculares (ABEPSS, 1996), constitui referência fundamental para o Projeto ético-político profissional. Por isso é tão urgente que a formação pautar a discussão da “gestão”, nas disciplinas já existentes na graduação, pois terá condições de fornecer elementos que primem por uma postura teórico-metodológica vinculada à teoria social crítica.

A primeira consideração e reflexão remete à necessidade de situar que o lugar da “gestão” como está colocado atualmente, trata-se de uma discussão recente no âmbito da profissão, já que tradicionalmente os(as) assistentes sociais ocuparam um lugar de executores terminais das políticas sociais, conforme afirma Netto (2005). E mais, o

estabelecimento de relações democráticas e de espaços participativos é conquista recente, assegurada na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Ainda assim, os desafios para incorporação desses valores, de emancipação e democratização, são postos à prova diariamente na sociedade atual, como pode ser visto ao discutir os denominados “novos modelos de gestão” nas instituições de saúde. Nessa direção, a apropriação das discussões de gestão, com vistas à necessidade de correlacionar as influências desse movimento democrático participativo, acaba obtendo algum espaço – recentemente – na agenda profissional.

Outro elemento importante está relacionado ao fato de que a formação em Serviço Social tem caráter generalista. Não significa, porém, que esse aspecto generalista vá dar conta de um todo acabado. Pelo contrário, fica explícito nas diretrizes o reconhecimento do caráter processual da formação e inferindo que essa deva ser continuada, com uma proposta de formação generalista em detrimento da especialista, como analisa Lewgoy (2007). No que se refere à gestão, sustenta-se que a existência de cursos voltados especificamente para gestão no âmbito do Serviço Social, após a realização da graduação, pode constituir um caminho para aqueles que ocupam esse “lugar”. Isso foi percebido pela **AS-F**:

*(...) Eu até aprendi administração na graduação, mas o que me facilitou foi um curso que eu fiz sobre administração hospitalar na Uerj logo assim que eu entrei aqui. (AS-F)*

Chama-se a atenção, todavia, de que a não existência de uma bagagem mínima durante o processo de formação pode se constituir numa armadilha em que o profissional pode ser seduzido pelas discussões “conservadoras” sobre gestão, que recaem na busca da qualidade (programa de qualidade total, ISOs, certificações etc.), na cooptação do movimento democrático e/ou na falsa participação dos funcionários nos processos decisórios, na gestão de pessoal, por exemplo. E ainda, como afirma Guerra (2010, p. 718) em alguns casos os(as) assistentes sociais, no afã de se qualificarem, acabam participando de cursos sem qualidade, voltados para “habilitação no domínio do instrumental” apenas, buscando a conformação de um dado perfil profissional e por sua vez a continuidade de posturas tradicionais acríticas. Por isso, torna-se relevante pensar se, sendo a gestão (seja de equipes, de política ou do social), na atualidade, uma possibilidade para a área do Serviço Social, ela não deveria estar presente de maneira mais enfática, mesmo numa formação generalista?

Lanza et al. (2012), a esse respeito, afirmam que:

O assistente social, em especial, devido a sua formação generalista, necessita ter esse conhecimento histórico da política de saúde, da epidemiologia, dos mecanismos de gestão entre tantas outras ferramentas. Assim, poderá identificar os determinantes do processo saúde-doença e propor intervenções específicas e intersetoriais na busca pela saúde integral, articulando organicamente os saberes teóricos apropriados pela categoria, e expressos nas próprias diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social, com a realidade cotidiana dos serviços e das políticas sociais nos quais os profissionais atuam. (LANZA et al., 2012, p. 218)

Além dos aspectos sinalizados, essa discussão não pode prescindir de uma análise sobre a educação, sobretudo no que diz respeito à questão do ensino superior no Brasil. Nessa direção, há que se considerar que as universidades brasileiras, de acordo com Cislighi (2011a, p. 241), desde 1990 “vêm passando por uma contrarreforma que visa adequá-las às necessidades do capitalismo atual”. Esses elementos macrossociais têm afetado “as universidades públicas, acarretando em mudanças curriculares, superexploração do trabalho docente e financiamento por contratos de gestão”, provocando impactos negativos “na formação dos assistentes sociais”.

A configuração do mercado de trabalho, bem como dos espaços sócio-ocupacionais dos profissionais, exigem um determinado perfil (muitas vezes adaptativo), como ressalta Guerra (2010). Dessa forma, quando se tem uma formação crítica, os enfrentamentos e a busca de estratégias para fazer frente à hegemonia dos valores sustentados pelo capital financeiro são imprescindíveis.

Nesse sentido, apenas uma assistente social relatou ter tido uma discussão teórica que tornou possível aproximar questões da profissão com o exercício atual no âmbito da gestão.

*Eu participei de alguns projetos de gestão dentro da Uerj com a I. [suprimido] e o que eu percebo é assim (...) a gente traz todo esse embasamento prático-político (...) eu trouxe essa bagagem, mas na hora mesmo é tudo novo (...) Então assim, aqui já é mais fácil você operacionalizar alguns preceitos do código e tudo, dá para ver junto da equipe. Mas essa experiência de gestão, como profissional, eu posso dizer que saí bem preparada, eu tive estágios maravilhosos. (AS-D)*

Não significa que as demais cinco assistentes sociais não tiveram acesso a conteúdo que lhes permitisse realizar uma leitura crítica da realidade, que lhes proporcionasse um posicionamento ético e político frente à realidade, quer ocupando o

lugar da gestão ou não. Mas há que se destacar que tal afirmação não apareceu de maneira explícita e consciente no discurso das entrevistadas.

O movimento de contextualização do perfil das entrevistadas, bem como da inserção dessas profissionais no cargo de chefia de equipes de Serviço Social na saúde, contribuiu para a discussão do objeto delimitado no que diz respeito à atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social na saúde.

A partir dessas reflexões, no próximo capítulo faz-se a análise das atividades, atribuições e competências da chefia de Serviço Social. Assim como, discute-se a respeito dos desafios enfrentados pelas respectivas chefias para a construção de uma gestão com tendências mais democráticas e participativas.

## **5- OS DESAFIOS NA GESTÃO DE EQUIPES DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: EM DISCUSSÃO AS ATRIBUIÇÕES, OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES**

É na dinâmica tensa da vida social que se ancoram a esperança e a possibilidade de defender, efetivar e aprofundar os preceitos democráticos e os direitos de cidadania. (IAMAMOTO, 2009a, p. 368)

O espaço da gestão de equipes de Serviço Social está inserido na dinâmica tensa da vida social a que se refere Iamamoto (2009a). Reconhecer essa complexidade, repleta de contradições, é fundamental para identificar os desafios com os quais a atribuição privativa de chefiar equipes está envolvida. Foi a partir da realidade concreta das assistentes sociais chefes de equipes que os resultados da pesquisa tomaram os conceitos utilizados nos capítulos anteriores deste trabalho como fio condutor analítico, considerando a relação entre os determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos.

Nesse capítulo procurou-se analisar em que medida as assistentes sociais que assumem cargos de chefia apresentam características que se aproximam ou distanciam de uma “gestão com características mais democráticas e participativas”.

### **5.1 Das atividades, atribuições e competências da chefia de Serviço Social**

São diversas as atividades e ações desenvolvidas pelo (a) assistente social ao assumir um cargo de gerência de equipes numa instituição hospitalar. Tais atividades incluem a coordenação de equipe de assistentes sociais no planejamento global do Serviço Social na instituição, a assessoria individual e coletiva de assistentes sociais no planejamento individual e realização das ações; a coordenação de ações administrativas; de formação continuada; supervisão de estágio; preceptoria e tutoria; planejamento do trabalho do Serviço Social; representação da equipe nas decisões institucionais; supervisão técnica junto à equipe; participação na gestão hierarquizada da unidade de saúde; assessoria em matéria de Serviço Social; mobilização da equipe para articulação entre as ações de pesquisa, ensino e assistência direta aos usuários; fortalecimento da política de saúde, na perspectiva da Reforma Sanitária; contribuição para a construção de um trabalho interdisciplinar, entre outras.

A análise específica das atividades da chefia de Serviço Social, objeto delimitado nesta tese constitui um caminho importante para entender a direção que os (as) profissionais dão a sua atuação ao exercerem essa função, privativa da categoria profissional.

Em publicação lançada em maio de 2003, “o Serviço Social em hospitais: orientações básicas”, o CRESS 7ª Região pauta o tema da chefia de Serviço Social e elenca suas atribuições. Esse material resultou de um trabalho conjunto de assistentes sociais dos hospitais de emergência da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS). Posteriormente, o Grupo de Trabalho (GT) foi ampliado com assistentes sociais de outros hospitais gerais, estimulados pelo CRESS. O GT “contou, durante todas as discussões, com a assessoria da assistente social Ana Maria de Vasconcelos, mestre e doutora em Serviço Social pela UFRJ, professora da Faculdade de Serviço Social da UERJ” (CRESS, 2003, p. 3).

A publicação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na saúde (CFESS, 2010), de maneira correlata, também aborda a discussão sobre a importância da gestão democrática e participativa.

O movimento reflexivo inicial desta tese possibilitou retomar algumas questões que contribuem com esses apontamentos. Assim, através de um artigo publicado em 2013, buscou-se aprofundar reflexões específicas sobre o exercício da “chefia de equipe”<sup>117</sup>.

Defende-se que as (os) assistentes sociais, ao exercerem a atribuição privativa de chefiar equipes, têm a possibilidade de tomarem por fundamento não só as diretrizes do Código de Ética Profissional (CFESS, 1993), da Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993a), dos documentos já elaborados pelo CRESS (2003) e CFESS (2010). Mas também a incorporação dos princípios da democracia advindos da concepção de gestão democrática e participativa contida na Constituição Federal de 1988, acima de tudo, tendo por referência, na área da saúde, um sistema público, universal e de qualidade, o que reforça os valores existentes no Projeto ético-político profissional e nas lutas da categoria<sup>118</sup>.

---

<sup>117</sup> Para leitura detalhada sugere-se acessar Vidal (2013).

<sup>118</sup> Destacam-se as inúmeras campanhas realizadas pelo CFESS: em defesa de uma saúde pública de qualidade; pela ampliação do financiamento e pela qualidade dos serviços; contra a exploração do trabalho; pelo combate ao trabalho infantil; contra o preconceito e pela livre orientação e expressão sexual; pelo direito à cidade; contra a violência de classe e de cor; por uma sociedade justa e igualitária, entre outras.

A partir das falas das assistentes sociais chefes entrevistadas, conforme pode ser visto a seguir, estão apresentadas as atividades/ações identificadas como atribuições inerentes ao cargo.

**Quadro 10. Atividades relacionadas à chefia do Serviço Social**

Assistentes Sociais	Atribuições relacionadas à Chefia
AS-A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assessorar a direção.</li> <li>- Realizar parte administrativa (férias, licenças).</li> <li>- Pactuar metas junto aos demais setores.</li> <li>- Preparar documentação do Serviço Social.</li> <li>- Coordenar grupos de trabalho multiprofissionais.</li> <li>- Tratar de assuntos referentes a matéria de Serviço Social e direitos sociais no âmbito da instituição e para além dela.</li> <li>- Realizar pesquisa.</li> </ul>
AS-B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provocar reflexões sobre o fazer profissional.</li> </ul>
AS-C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nortear a equipe.</li> <li>- Realizar coordenação técnica.</li> <li>- Cumprir atividades do ponto de vista burocrático (folha de ponto, escala).</li> <li>- Partilhar conhecimento e informações.</li> <li>- Estar disponível para refletir com a equipe.</li> </ul>
AS-D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar um papel político e de mediador entre a equipe e entre essa e a direção.</li> </ul>
AS-E	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parte administrativa (licenças, escalas, férias)</li> <li>- Coordenar reuniões de equipes.</li> <li>- Responder junto a direção assuntos relacionados a família e ao próprio Serviço Social.</li> </ul>
AS-F	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuir para que o serviço fique melhor.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

A **AS-A** afirma que faz pesquisa e orientações e supervisão de estagiários. Essas são atividades realizadas pela chefia de Serviço Social, que talvez não sejam enfatizadas como uma responsabilidade de quem gerencia equipes, mas estão em sintonia com os postulados do Projeto ético-político profissional.

*Então por isso que a gente faz pesquisa, por isso que a gente orienta, por isso que a gente faz assessorias, por isso que a gente escreve. Nessa perspectiva, então o projeto de Serviço Social é o projeto na verdade básico do SUS. (AS-A)*

Aparece também que, a partir da realização de projetos, o Serviço Social contribui para dar visibilidade a seu trabalho. O elenco de atividades sinalizadas pelas chefias de Serviço Social engloba apontamentos que vão desde as atividades específicas associadas ao cunho burocrático que regulamenta a permanência do(a) profissional na instituição e assegura o exercício profissional das categorias, até ações que necessitam de envolvimento de mediação na totalidade das relações cotidianas.

Não é demais enfatizar que a gestão de uma equipe apresenta aspectos administrativos e burocráticos. Todavia, a ultrapassagem dessas questões, englobando relações horizontais de poder, necessidade de pactuação constante entre os membros da

equipe e a construção de mecanismos de participação dos usuários e dos trabalhadores (as), contribui para uma gestão com traços mais democráticos. Portanto, a depender da condução que as profissionais dão a seu trabalho, tendem a provocar movimentos que incorporem ou concretizem uma gestão mais ou menos democrática e participativa. Isso significa que a intencionalidade da direção social e política do profissional na condução das suas ações é que, em última instância, vai contribuir para determinar seu caráter conservador ou transformador (NETTO, 2006).

Em geral, observou-se um elenco variado de descrição das atribuições do papel da chefia de Serviço Social nas instituições pesquisadas. Entretanto, apesar da diversidade de atividades, todas as entrevistadas identificam em suas falas um compromisso com o exercício profissional da categoria, além de uma preocupação com o usuário, o que marca mais uma vez uma aproximação da gestão com o Projeto ético-político profissional.

*E aí quando você perguntou assim... é... quando você coloca essa questão do que fazer de como estar aqui administrando um serviço... existem momentos muito diferentes. Isso do ponto de vista daquilo que ele [ o Serviço] precisa e daquilo que você pode contribuir para que esse serviço fique um serviço melhor. Melhor do ponto de vista da qualidade que você presta, da assistência que você presta para o usuário, para a família... (AS-F)*

Ao serem indagadas a respeito do referencial teórico-metodológico necessário para realização (instrumentalização ou operacionalização) de uma gestão mais democrática no âmbito do Serviço Social dos hospitais pesquisados, que tenha por objetivo romper com aspectos autoritários e conservadores percebidos empiricamente nos serviços de saúde, foi possível perceber que a maior parte das profissionais, quatro, sinaliza ter se apoiado em leituras na direção hegemônica da profissão. Destacaram legislações referentes ao Código de Ética Profissional (CFESS, 1993), à Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993a) e aos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na saúde (CFESS, 2010). Apenas duas profissionais referenciaram que, na base para chefiar as equipes, se centraram em documentos da instituição. Não foi evidenciado nas falas nenhuma procura por leitura clássica sobre gestão.

Vale chamar a atenção para o fato de que a maioria das entrevistadas pontua que não buscou um aprofundamento de leituras sobre o trabalho do Serviço Social com relação à gestão de equipes. Mesmo que a produção teórica sobre o assunto seja focalizada, nenhuma das profissionais mencionou a publicação do CRESS (2003) que

aborda o tema, trazendo um elenco de atribuições da chefia na saúde. Diante de dificuldades para desenvolver a função de chefe, a partir de um conjunto de conhecimentos influenciados pelo Serviço Social, observa-se a possibilidade de busca de reflexões e conhecimentos em literaturas que vão além da academia formal. (...) *“Lendo esse livro, O Monge e o Executivo, eu descobri que o chefe de serviço... ele está a serviço. Ele não tem outra coisa a fazer” (AS-F).*

Em referência à prática dos assistentes sociais na saúde, Vasconcelos (2001, p. 117) aponta que, à medida que os (as) assistentes sociais não se apropriam de um “referencial teórico necessário, e com qualidade suficiente para uma análise teórico-crítica da sociedade na sua historicidade”, isso pode impossibilitar a projeção de práticas que rompam com o conservadorismo da profissão. Assim, verifica-se que, quando não há uma análise que prime, na perspectiva da totalidade, por ações pautadas em valores articulados com o Projeto ético-político do Serviço Social, corre-se o risco de ser “capturado” pelos modos de gerência tradicionais centrados na burocracia e no gerencialismo.

Na fala de uma das entrevistadas também se identifica o reconhecimento do papel de assessoria como uma das atribuições exercidas pelas (os) assistentes sociais ao ocuparem o cargo de chefia.

*É... o papel de gestão do Serviço Social na unidade, então sou eu que pactuo todas as metas, o funcionamento da unidade, o funcionamento do ambulatório, eu tenho a responsabilidade de participar da organização não só do Serviço Social, mas do ambulatório geral, então essa é atribuição. Tem a atribuição de assessoria à direção da instituição (...) Então, eu não sei, nas outras unidades isso varia, mas da minha parte eu faço assessoria a tudo o que se refere à matéria de Serviço Social para a direção geral da instituição. (AS-A)*

Importa dizer que, tomando por base o conceito de assessoria adotado por Matos (2006, p. 31) – “aquela ação que é desenvolvida por um profissional com conhecimentos na área, que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alteração da realidade” –, a ação de assessorar identificada na fala da entrevistada possibilita conotação de “auxílio”, tratando-se de uma assistência prestada pela chefia do Serviço Social à direção. Ou seja, quando se trata de assuntos relativos à “matéria de Serviço Social”, a chefe é “chamada” a propor caminhos e estratégias junto à direção, o que está em consonância com as atribuições privativas da profissão, conforme encontrado na Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993a).

Outra ação identificada, não com este nome, mas que se apresenta na fala das **AS-B** e **AS-C**, é a questão da “supervisão técnica profissional”. Isto é, reconhecer no chefe aquele profissional competente para promover debates e encontros entre os profissionais, com a finalidade de “garantir um projeto de intervenção profissional construído coletivamente nas instituições” (MATOS, 2006, p. 40). Assim, a conotação dada para essa “supervisão técnica” é baseada em relações horizontais e não em atitudes mantenedoras de tradição conservadora identificada nas relações hierarquizadas de comando e subordinação.

*Fica no papel de, ao mesmo tempo, fazer com que a equipe pense isso nas suas atividades, pense o porquê, onde a gente quer chegar, por que nós estamos aqui, o que a gente pode fazer efetivamente em relação àquele caso, discutir e tal. Mas por outro lado, tem as questões institucionais que a gente não pode também fugir, não é? É sempre esse paradoxo difícil. (AS- B)*

*Então eu vejo que o meu papel é muito esse de ser uma pessoa que está aí disponível para refletir com a equipe, para pensar os rumos do trabalho e o curioso é que eu vejo que a equipe me enxerga muito assim também, como alguém que está ali e você pode contar: “Olha, está acontecendo isso. (...) Como é que a gente vai pensar? A gente pensou aqui que poderia ser dessa forma. Você concorda? (...)”. As pessoas confiam muito, esperam muito de mim essa conduta, que eu vá nortear, que eu vá auxiliar a refletir sobre as diferentes questões que a gente vive, não é? Eu me entendo muito mais uma coordenação técnica, uma pessoa que vai nortear o serviço, do que um chefe que organiza os casos, que liga para cá para ver se as pessoas estão às sete horas da manhã aqui, eu não sou assim, não sou, não é? (AS- C)*

As falas ressaltam a pertinência dessa atividade, quando pautada em princípios do Projeto ético-político profissional, como liberdade, compromisso com a qualidade dos serviços prestados, defesa dos direitos humanos, recusa ao arbítrio e autoritarismo.

Matos (2006) alerta para a importância de não se confundir assessoria com supervisão profissional. A diferença entre elas, segundo o autor, está no grau de autonomia, visto que se espera do assistente social “chefe/assessor” uma atitude mais consultiva, ou seja, um posicionamento crítico como forma de contribuir com ideias e conhecimentos específicos do Serviço Social, quando demandado por outras instâncias institucionais como a direção geral. Neste caso, não lhe cabe um papel de decisor. Nas situações de supervisão técnica profissional, a/o chefe deve se envolver com as relações que ocorrem no interior da equipe, de modo que as decisões que dizem respeito às questões da própria equipe devem ser mediadas numa perspectiva coletiva.

Outra questão adquire especial relevância para esse momento de análise ao ser identificada na fala da **AS-D**. Trata-se da discussão da necessária interlocução do Serviço Social com as demais categorias profissionais, buscando a construção de um trabalho na perspectiva interdisciplinar, que sinaliza a importância que esse tema apresenta para suscitar estratégias de fortalecimento e reconhecimento do Serviço Social na instituição.

*Então a gente tem que estar sendo político, fazendo essas mediações, que dá para fazer, se articular com outros grupos, a questão do espaço, tem que estar presente... não só [ do espaço] (...). Tem a questão das reuniões, mas tem outros espaços, que são os rounds. Claro que não é a chefia que vai estar, mas a chefia tem que estar junto a essa equipe, vendo esses espaços que a gente pode estar ...se fazer presente, a administração de RH... o tempo todo estar sabendo dar esse “release” para a equipe... até onde você está priorizando mais o seu lado pessoal (...). Também tem a questão do serviço público aqui, como é que vai fazer essa mediação é uma questão que eu percebo é que o chefe, ele tem que estar bastante em sintonia, imbuído do paradigma que a gente aqui compartilha, que está no código de ética, não é? (AS- D)*

O Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) atual do(a) assistente social, em seus princípios fundamentais estabelece a importância da interlocução com os movimentos de outras categorias profissionais e com a luta geral dos trabalhadores. Isso colabora para o fortalecimento da defesa de um serviço de qualidade prestado à população, além de contribuir para a desconstrução dos paradigmas hegemônicos, que permeiam tanto a organização dos serviços como suas relações profissionais, que se encontram hierarquizadas sob influência do modelo biomédico.

Diante de movimentos contraditórios e de realidades dinâmicas que mudam constantemente no cotidiano das relações e instituições, torna-se imprescindível que a/o assistente social chefe tenha clareza das atividades/ações desse espaço ocupado por uma chefia. É importante indagar se as ações propostas e operacionalizadas junto à equipe estão buscando superar uma relação gerencial e burocrática da gestão. Ou seja, o projeto de gestão da/do assistente social chefe tem caminhado para uma perspectiva mais criativa e propositiva, com foco no processamento de estratégias que se pautem em relações horizontais e participativas na chefia de equipes? Tratam-se de questionamentos/reflexões que precisam ser feitos cotidianamente pelas assistentes sociais que ocupam este lugar.

Até esse ponto, a partir da fala das entrevistadas foi possível identificar uma série de ações/atividades que contribuem para identificar de forma atualizada esse ato do(a) assistente social realizar a “chefia” da própria equipe. Assim, além da categorização das ações realizadas acima, torna-se fundamental refletir sobre como tem sido o exercício contemporâneo de gestão realizado no Serviço Social.

Essa discussão precisa levar em conta a inserção do Serviço Social na saúde, pois assim é possível analisar como a profissão, nesse contexto, ainda é marcada pelos ditames hierárquicos de determinadas categorias profissionais.

O Serviço Social na saúde desenvolveu-se nos Estados Unidos no início do século XX e teve sua trajetória marcada por uma vinculação com o modelo médico clínico (BRAVO, 1991, 2013; VASCONCELOS, 2002; MATOS, 2013). A partir das considerações desses autores, pode-se afirmar que o(a) assistente social, nos primórdios da sua inserção na saúde, atuava em demandas complementares às do profissional médico. A ação do profissional, inicialmente, era de “ajuda aos médicos em seu trabalho”, que dessa maneira não precisavam se inteirar das condições de vida dos “pacientes” (BRAVO, 2013, p. 92).

No Brasil, o Serviço Social surgiu enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho (IAMAMOTO, 1999; 2007) a partir da passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, mediante a necessidade do Estado de dar respostas às expressões da questão social. Inicialmente, o Serviço Social não realizava questionamentos ao modelo burguês estabelecido. Entretanto, como já discutido no capítulo 3 desta tese, a partir dos anos 1960, iniciou um movimento interno de questionamento dos postulados conservadores, conhecido como Movimento de Reconceituação. Lembre-se que este debate surgiu articulado com diversos questionamentos levantados pelas ciências sociais e humanas (BRAVO, 1991; NETTO, 2002), todavia, em um contexto bastante desfavorável, quando se instauravam ditaduras militares em diversos países da América Latina. Somente a partir dos anos 1970 o Serviço Social afirma seu compromisso com a classe trabalhadora, dando forma a sua “intenção de ruptura” (NETTO, 2002), o que contribuiu de maneira decisiva para a construção do Projeto ético-político profissional.

Bravo (1991; 2013) enfatiza que o Serviço Social na área da saúde, até a década de 1960, continuava priorizando as ações curativas, centralizadas na doença, em detrimento do foco na saúde, e que, a partir dos anos 1990, com a consolidação do Projeto ético-político profissional, ocorreram mudanças significativas na atuação dos

(as) assistentes sociais na saúde. Entre tais mudanças, Mattos (2013, p. 59) destaca a “incorporação pelos (as) assistentes sociais da defesa dos princípios de reforma sanitária”.

Esse breve panorama serve como base para alguns questionamentos e reflexões no campo da gestão nos hospitais. Será que aos(às) assistentes sociais não são ventiladas possibilidades de alcançar funções de gerências de maior visibilidade dentro das instituições porque a saúde ainda continua sendo considerada uma “propriedade” dos profissionais médicos e enfermeiros? Ou porque a questão gênero<sup>119</sup> ainda prevalece no espaço onde o médico homem sempre ocupou a posição de gerente? Essas provocações remetem à necessidade de outras investigações para se certificar como o espaço da gestão tem se concretizado no cotidiano profissional do(a) assistente social.

De modo específico, outro elemento importante na discussão sobre a gerência de equipes é observar se a função de chefiar equipes tem sido realizada de maneira exclusiva durante o tempo de trabalho ou tem sido desenvolvida de modo concomitante às demais atividades de assistência inerentes ao Serviço Social no hospital.

No caso das entrevistadas, constatou-se que a maioria (5) acumula as funções da chefia com o atendimento aos usuários. Mas isso não ocorre em tempo integral na vida de todas as entrevistadas. No caso de duas entrevistadas, ocorre apenas quando há necessidade de suprir recursos humanos.

Os motivos desse acúmulo são variados. Vão desde a opção pela vinculação com a assistência, até a necessidade de suporte em virtude da ausência de profissionais no serviço, seja por férias, doenças ou capacitação profissional. A respeito do acúmulo de atividades de assistência com as atividades de chefia, percebe-se que, para algumas assistentes sociais, esse acúmulo retroalimenta as atividades realizadas no cargo, como demonstra a fala da **AS-C**.

*Acumulo. Eu atendo como todos os outros profissionais...se tiver que ir pra vara da infância acompanhar uma situação, eu vou, se tiver que fazer uma visita domiciliar, eu faço, eu acumulo totalmente. Primeiro porque aqui eu entendo que é um hospital menor, não teria a necessidade... enfim, eu não vejo a necessidade de estar afastada das questões de atendimento. Segundo porque eu acho que todo chefe de serviço, ele tem que, se não integralmente, mas parte do seu tempo estar dedicado à questão de um contato com a população, de um contato com os profissionais nesse momento do atendimento. Eu não*

---

<sup>119</sup> Salienta-se que a categoria gênero está sendo entendida enquanto construção histórica e social relacionada às manifestações biológicas e culturais, quanto às emocionais, políticas e históricas. Para aprofundamento ver: Scott (1990).

*entendo muito essas chefias de serviço que viram chefes e param de atender e não têm mais contato nenhum com a população, contato nenhum com os outros profissionais ali naquele ambiente de atendimento, entendeu. (AS-C)*

Além das pontuações realizadas pelas entrevistadas no que se refere à importância de acumular a função da chefia de equipes com a prática direta do atendimento, cabe pensar se a não dedicação concomitante ao cargo de gestão estaria relacionada a uma conquista de espaço, já realizada, e ao receio de perda desse lugar para atividades gerenciais e à quebra de vínculo com a população atendida. A ocupação do cargo de chefia é transitória e em algum momento será preciso retornar para o atendimento. Isso pode causar um receio de ser lotada em um setor desconhecido. Então, talvez essa vinculação dupla, entre gestão e assistência, garanta o espaço já ocupado anteriormente.

A **AS-D** aponta que, com maior distribuição das responsabilidades na equipe, através do rodízio da chefia e o estabelecimento de um grupo de trabalho, ocorreu o entendimento de que a chefia poderia dividir sua carga horária entre gestão e atendimento direto à população.

*A chefia começou a acumular porque aí entende-se que esse gestor, como ele não está com essa responsabilidade total e tem um assessor, não está centralizado naquela pessoa, então começou... O gestor atende efetivamente nos seus grupos de trabalho porque a gente agora aqui está trabalhando por grupos de trabalho - essa gestão já tinha uma proposta anterior que conseguiu se efetivar - então ela atende, participa de um grupo de trabalho, atende, tem o apoio do assessor, tudo feito conjuntamente e outras pessoas da equipe também se envolvem em questões que são de chefia. (AS- D)*

Registra-se o processo particular que a **AS-D** vem passando, não tendo havido manifestação de nenhum membro da equipe que se disponibilizasse a assumir o cargo de chefe do Serviço Social, tendo em vista dificuldades estruturais das(os) profissionais para ocupar este lugar. Instaurou-se então um sistema de rodízio entre os membros, no qual cada assistente social assumiria por um determinado período o cargo de chefia. Mesmo entendendo que, naquele momento, não havia profissionais disponíveis para a ocupação do cargo, há de convir que esse movimento pode caracterizar uma possibilidade de construção democrática, como se percebe na fala da entrevistada.

Enfim, além do fato de exercer a chefia cumulativamente às demais atividades de assistência, e da realização de rodízio para ocupação do cargo, cabem mais algumas

reflexões sobre o entendimento da ocupação da chefia do Serviço Social. Estando na função privativa de chefia do Serviço Social, o(a) profissional estaria “encastelado” em ações gerenciais, o que o deixaria distante das demais atividades no cotidiano hospitalar? Quando a chefia do Serviço Social se responsabiliza por dar “cobertura” aos setores, na ausência sistemática do profissional de referência para o setor, estaria ela contribuindo para “escamotear” a falta de recursos humanos? Seria o atendimento realizado pela chefia uma forma de se afastar dos conflitos gerados no processo de gestão? A ausência planejada por parte dos(as) chefes de um projeto de gestão seria um dos fatores que as levam a argumentar que não há necessidade de uma dedicação integral para a gestão?

Mediante a delimitação do objeto de tese não se torna possível responder a essas questões, mas com esse movimento é possível fazer provocações e reflexões sobre o entendimento que se tem da ocupação dessa função. Em outros termos, trata-se de problematizar o próprio entendimento de gestão que os(as) profissionais concretizam a partir de suas experiências cotidianas. E buscar entender até que ponto esse conceito está distanciado ou articulado com a viabilização do Projeto ético-político profissional e, conseqüentemente, com as atribuições privativas e competências do Serviço Social.

Isso não significa a defesa do estabelecimento de uma única forma de gestão, pois tal fato contraria o reconhecimento do pluralismo e dos valores a ele inerentes, ou seja, a necessidade do conflito, a importância da tolerância e da partilha de poderes e o respeito ao outro (COUTINHO, 1991). Todavia, a adoção de um conceito de gestão que se pautar na horizontalidade das relações, na transparência das decisões e na participação estará mais em consonância com o Projeto ético-político profissional do que um conceito de gestão centrado na hierarquia, no autoritarismo, em processos burocráticos e gerenciais. A pesquisa demonstra que parte das assistentes sociais chefes entende a gestão como diretriz que pode fortalecer o Projeto ético-político profissional e, dessa forma, buscam realizar uma gestão com características mais democráticas e participativas. Ao mesmo tempo, no exercício dessa atribuição privativa, foram identificados traços na “forma de chefiar as equipes”, regidos por influências das formas atuais da gestão (particulares, personalistas e burocráticas, gerenciais), da cultura das instituições e da conjuntura da política de saúde.

Na busca de uma apreensão, na perspectiva da totalidade, das atividades e competências das assistentes sociais chefes no âmbito das instituições hospitalares verifica-se que essas profissionais realizam um trabalho extremamente importante, que

pode contribuir (o que, em muitos momentos, ocorre) para a defesa do Projeto ético-político profissional. Não somente junto à equipe de Serviço Social, mas sobretudo junto aos usuários e aos demais profissionais com os quais compartilham suas ações, assim como junto à direção da instituição onde atuam. Para tanto se torna necessário, a partir das mediações, ultrapassarem o imediatismo das ações entendendo-os em um contexto histórico, político e social (KOSIK, 2010).

## 5.2 Dos projetos do Serviço Social e da gestão

*A gente tem um projeto de trabalho que é comum a todos os setores, a todas as áreas, a todas as unidades, enfermaria, CTI, a gente tem um projeto de trabalho comum só que ele está sofrendo alterações... coletivamente. (AS-D)*

O propósito das considerações que se seguem, sobre a existência de projetos de equipes e de gestão, bem como a sua forma de construção, é importante estabelecer uma relação direta entre estes e refletir em que medida esses projetos encontram-se mais próximos de uma gestão tradicional reconhecida empiricamente em grande parte das instituições de saúde ou de uma gestão democrática e participativa, conforme caracterizam as preconizações que dialogam diretamente com o Projeto ético-político profissional.

Em relação à existência de projetos do Serviço Social, cinco profissionais afirmam que existem projetos que implicam modos de se organizar o trabalho da/do assistente social na instituição hospitalar, mas nem todos são documentados por escrito. Sabe-se que o trabalho do(a) assistente social, numa perspectiva crítica, é norteado por “um plano de intervenção profissional objetivando construir estratégias coletivas” para o enfrentamento das diferentes manifestações das questões sociais “numa perspectiva histórica que apreenda o movimento contraditório do real” (FRAGA, 2010, p. 45). Portanto, a existência de projetos visa, entre outros objetivos, o planejamento de ações, a sistematização da prática profissional, o repensar das ações numa perspectiva investigativa, de pesquisa da realidade.

*(...) é de forma bastante simplificada... é fazer cumprir as nossas atribuições dentro da instituição, dar visibilidade ao Serviço Social, que isso é uma outra questão que é importante, produzir, na perspectiva da ciência e tecnologia, conteúdo de Serviço Social.. (AS-A)*

O planejamento das ações, enquanto um processo contínuo de pensar o exercício profissional, evita práticas burocratizadas, rotineiras e repetitivas, conforme sinalizam Miotto e Nogueira (2006). Nesse sentido é que a construção coletiva e problematizada de projetos do Serviço Social ganha importância. O planejamento das ações se constrói em meio a relações societárias e institucionais contraditórias, repletas de divergências, oposições e conflitos entre os sujeitos envolvidos, que devem ser enfrentadas via negociação democrática e participativa, livre de autoritarismo, conforme lembram as autoras.

Em geral, no âmbito do Serviço Social, organizar o exercício profissional a partir da realização coletiva de um “projeto” constitui o instrumento mais utilizado pelos assistentes sociais para concretizar o planejamento (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006). A pesquisa de campo realizada como parte desta tese ratifica essa informação.

*Tem. Projeto único e outros projetos. A gente tem o plano básico de ação que dá todas as direções e que foi reformulado, talvez daqui a um tempo precise novamente. (AS-F)*

*Existem. A gente tem um projetão do Serviço Social que guia as nossas ações, e existem projetos específicos, como o projeto de atendimento da maternidade, o projeto – que agora está parado – com relação a imunologia, o projeto do Polo de Diabetes, e um projeto que o Serviço Social tem em termos da formação continuada dos trabalhadores. Então basicamente são esses quatro projetos aí. Projetos coletivos do Serviço Social. (AS-C)*

Retoma-se, a partir da fala da AS-C, a existência de projetos relacionados a estruturas tradicionais de organização das instituições, ou seja, projetos construídos a partir das doenças (diabetes, hanseníase, genética). O tipo de organização presente nas instituições ainda influencia sobremaneira a organização do trabalho do (a) assistente social. Portanto, constitui um desafio operacionalizar esses projetos assentados numa análise crítica da realidade dos sujeitos participantes. Talvez, a proposta de buscar trabalhar os determinantes sociais, mesmo diante da organização por patologias, seja um caminho possível para garantir a contribuição do Serviço Social nessa organização.

Na única instituição onde a assistente social afirma não existir projeto, ela aponta que existe um plano de trabalho, o que denota a preocupação de buscar a definição de objetivos, metas e ações, o que está relacionado à sistematização da prática profissional.

*Não. Não existe projeto. Existe um plano de trabalho que assim, a gente está modificando por conta de todas (...) não existe um projeto escrito, mas existem iniciativas que a gente já tem que incorporar a esse plano de trabalho. (AS-B)*

Concorda-se com Miotto e Nogueira (2006, p. 288) que a existência do planejamento das ações não se constitui em uma camisa de força. A sua importância está exatamente na possibilidade de “imprimir racionalidade as decisões e as ações”. Verifica-se que a existência de projetos, enquanto instrumento que justifica as ações, é primordial, tendo em vista a necessidade de aproximar condutas e posições dos profissionais, pois o Serviço Social constitui uma das poucas profissões que tem em seus princípios uma articulação com as necessidades e interesses históricos da classe trabalhadora (VASCONCELOS et al., 2004).

Levanta-se um certo grau de preocupação quando se verifica que, em relação ao trabalho realizado especificamente na gestão, a maior parte das assistentes sociais afirma não existir projeto. Ou seja, as assistentes sociais fazem chefia de equipe sem ter um projeto específico que dê uma conotação diferenciada para essa prática, ao ser comparada com outros trabalhos/ações. As profissionais entendem ser necessário um projeto de atuação direta do Serviço Social nas atividades assistenciais, mas ao se referir à gerência de equipes não conseguem ter o mesmo entendimento. Acredita-se ser imprescindível que esse exercício de chefia se posicione contra a continuidade das características tradicionais da gerência, que permeiam as categorias profissionais na saúde. E defende o exercício exaustivo de buscar uma prática comprometida com a construção coletiva dos princípios democráticos e participativos.

Isso leva a pensar que o espaço da gestão de equipes de Serviço Social, à medida que é ocupado de maneira competente, enquanto espaço legítimo de produção de conhecimentos, de exercício de atribuições privativas, constitui um lugar potencialmente importante para mudança da imagem da profissão.

A pesquisa apontou que, das seis chefes de Serviço Social, duas afirmam ter um projeto de gestão. Embora nenhum desses projetos esteja escrito, aparecem nas falas das entrevistadas como um norte das ações. Mas isso não impede, como se observa na fala da AS-A, a identificação com um discurso em sintonia com o Projeto ético-político profissional.

*O nosso projeto é o projeto do Serviço Social e o projeto ético-político do Serviço Social, que a gente faz ele acontecer em uma realidade de uma instituição de alta complexidade de [suprimido],*

*isso vai trazer um conjunto de particularidades na verdade com relação à[...], que é como fazer isso funcionar em uma instituição de alta complexidade, com nível forte de hierarquia, com um nível decisório muito truncado, (...) e aí a gente tem algumas estratégias, não é? A estratégia é ocupar espaço, quer dizer, definir o que é Serviço Social e deixar claro para todos na instituição. Ocupar esse espaço do direito, que é nosso e dar visibilidade ao Serviço Social na perspectiva do ensino e na perspectiva da pesquisa. (AS-A)*

No entanto, existe fala como da **AS-F** que, ao afirmar a existência de um projeto para o exercício de sua chefia, possibilita observar a prioridade de determinadas ações que caracterizam questões administrativas e burocráticas, e que por sua vez sofre influência de uma forma tradicional de gerência.

*Existe. É claro que cada vez que você entra, é claro que tem a questão administrativa que você tem que dar conta, e a sua filosofia de trabalho, ela tem que estar clara também, por exemplo, quando eu cheguei aqui em 2006... as nossas férias aqui...ela é um exemplo de como as férias tem que acontecer porque a gente já começa a programar as nossas férias de 2015 com tudo organizado, tudo pronto porque quando vem o mapa, já está tudo organizado. Além disso, a gente tem a estrutura do serviço relacionado à residente. Alunos de graduação para o ano inteiro dentro do currículo dos alunos e o período curricular deles, não é? Então a gente tem que ter clareza disso. “Você é supervisora de três alunos, mas você está de férias no mês de abril. A [Y.] trabalha com você. Os seus alunos ficarão com a [Y.]” Todo mundo já sabe disso. Então... ah, agora eu estou com seis alunos (...) é assim mesmo que funciona ou você acha que no mês de abril o aluno volta para casa e fica esperando a supervisora? Não. Então isso tudo tem que estar organizado e aí isso você tem que dizer qual é a sua filosofia de trabalho. Eu acho que é filosofia de trabalho mesmo. O que não está bom e que precisa ser visto ou revisto, o que está completamente desestruturado que precisa ser estruturado, mas isso você às vezes só descobre quando você está sentado aqui nessa cadeira porque na Assistência você não tem noção de que isso está acontecendo desse modo. (AS-F)*

Dentre as que afirmam que não têm projeto de gestão, no caso da **AS-C** identificam-se propostas de trabalho na direção do Projeto ético-político profissional. Destaca-se o entendimento de que todo trabalho profissional tem uma direção política, ética e teórica (ALMEIDA, 2006; IAMAMOTO, 2004). Portanto, ainda que não exista identificação, por parte das assistentes sociais, da existência de um projeto, suas ações são baseadas em planejamentos que caracterizam objetivos relacionados a um projeto de construção coletiva, tenham elas consciência disso ou não.

*Não. Algo específico da chefia não existe. O que a gente faz todo ano, mas muito enquanto equipe, é traçar todo início do ano qual vai ser o*

*caminho que a gente vai tentar percorrer no próximo ano. Esse ano que entrou, então semana que vem a gente está fazendo isso, a gente está parando uma manhã para pensar um pouco, por exemplo: que curso a gente vai fazer? Qual público a gente vai atender? A gente está com um projeto na maternidade que é conseguir instalar um cartório aqui dentro agora, não é? A gente pára, mas isso tudo é muito coletivo na minha avaliação. (AS-C)*

Vale destacar que o fato de as entrevistadas pouco referenciarem a existência de um projeto específico para a própria gestão dá margem para que seja refletida a necessidade de um movimento que amplie a visibilidade do exercício dessa chefia, não como uma gerente (profissional das empresas e mercado), mas como um sujeito que esteja imbuído de iniciativas responsáveis para implementar a defesa de construções coletivas e democráticas.

Esse distanciamento consciente da necessidade de imprimir uma representação diferenciada para o exercício da chefia de equipe de Serviço Social, é traduzido de certa forma quando surgem falas de entrevistadas afirmando nunca ter parado para refletir sobre o tema – mesmo ocupando esse espaço de chefias por um longo período.

*Aliás, olha, para ser bem sincera, eu só fui pensar nesse negócio de gestão de chefia por tua causa. Sério. Tu que me apresentou esse tema. Estou te falando sério, eu nunca tinha pensado... (AS- A)*

Outra forma de expressar essa invisibilidade é quando cinco (a maior parte) das assistentes sociais entrevistadas afirmam que nunca apresentaram o trabalho que realizam na chefia em nenhum evento científico, seja no âmbito do Serviço Social ou fora dele (por exemplo, em um congresso, seminário, oficina ou afim). Assim, a não “valorização da importância” da gestão enquanto um lugar que ao ser ocupado por um/uma assistente social merece ser problematizada em termos de produção de conhecimento.

*Não. A gente teve ano passado um congresso científico (...), mas nada diretamente relacionado à questão da gestão. (AS-C)*

*Não. Todos os trabalhos que eu apresentei foram trabalhos relacionados ao atendimento direto da população mesmo(...). Sobre a gestão assim (...) porque eu entendo que, na minha cabeça, o meu trabalho de chefe com o trabalho de assistente social é tão misturado que eu nem faço essa distinção, sabe: “Vou escrever um trabalho...”. Até porque, dependendo do momento em que você escrever podem sair coisas muito ruins. Se você está escrevendo num momento em que as criaturas estão aqui se engalfinhando porque ninguém quer dar uma hora a mais do trabalho, enfim, é complicado. (AS- D)*

Apenas uma assistente social (**AS- F**) afirmou ter apresentado um trabalho em um congresso no ano de 2012, que retratou a mudança na estrutura do Serviço Social na instituição.

Retoma-se aqui a discussão feita por Almeida (2006) sobre o entendimento da sistematização do trabalho do assistente social. Segundo o autor,

(...) [trata-se de] uma estratégia que recobra a dimensão intelectual, posto que põe em marcha uma reflexão teórica, ou seja, revitaliza e atualiza o estatuto teórico da profissão, condição social e institucionalmente reconhecida para a formação de quadros nesta profissão. (ALMEIDA, 2006, p. 403)

Ao realizar a reflexão sobre a dimensão da atividade da chefia, por exemplo, possibilita ao profissional analisar um pouco sobre o caminho que tem tomando e sobretudo tem influenciado na organização das atividades da categoria inserida na instituição hospitalar. *Nunca. Nem pensei sobre isso. Pois é, aí você está dando ideias pra gente... e boa ideia.* (**AS-B**)

Essa pesquisa viabiliza pensar se as ações dos(as) profissionais chefes têm favorecido as diretrizes hegemônicas do Projeto ético-político da profissão, além de refletir se é necessário experimentar outras estratégias no âmbito da gestão, cada vez mais ousadas na perspectiva democrática. Ou se acredita ser interessante permanecer dando continuidade às tradicionais formas de chefiar equipes, ou ainda se estão abertas a incorporar as novas tendências da gestão ditadas pelos “denominados novos modelos de gestão na saúde” e assim por diante.

Torna-se imprescindível para o(a) profissional “reconhecer seus limites, os avanços e a contribuição efetiva da sua atuação” (ALMEIDA, 2006, p. 404), visando repensar suas ações. Ao negar isso, o profissional fica mais sujeito às determinações institucionais, às armadilhas da cotidianidade e ao atropelamento das posições neoliberais que assolam as instituições do SUS.

Ratifica-se que a existência de um projeto de trabalho no âmbito da gestão de uma equipe não garante necessariamente um trabalho sintonizado com o Projeto ético-político profissional. Um projeto não significa “manual a ser seguido” (COUTO, 2009, p.654). Defende-se que, à medida que se tem um projeto de gestão, torna-se possível o estabelecimento de possibilidades e os limites para execução de atividades que se pretendem alcançar, articuladas com os compromissos fundamentados em um projeto com faces mais democráticas e participativas.

### **5.3 Dos dilemas entre o modelo de gestão institucional, os modos de administração e a gestão de equipes do Serviço Social**

*Um modelo com nível forte de hierarquia, com um nível decisório muito truncado. (AS-A)*

Prates (2005) aponta que aquele a quem é delegada ou entregue por ter sido conquistada a competência para gerenciar, seja no âmbito da política, seja no âmbito institucional ou até em uma equipe, é condicionado ou decide fazê-lo a partir de duas possibilidades fundamentais: de modo centralizador ou de modo democrático e participativo. Isso se estende tanto para o gestor de uma instituição, nesse caso, dos hospitais, quanto àquele que gerencia a equipe.

Nessa direção é que esse item se estrutura de maneira a problematizar em que medida a forma de gestão dos hospitais pesquisados acaba por influenciar a gestão das assistentes sociais chefes. Portanto, não há como dissociar a influência das mudanças no modelo de gestão das instituições da discussão da gerência de equipes.

Como aspecto central é importante reafirmar que os “novos modelos de gestão” se traduzem na mercantilização do setor saúde. Trata-se de uma discussão que vem ganhando a agenda do governo e avançando na contramão do SUS Constitucional. Desde os anos 1990, a Reforma do Estado traduziu-se na saúde pelo esvaziamento de investimento no setor, de maneira a sucateá-lo, fortalecendo a ideia de que é preciso aderir aos “novos modelos de gestão” para “acabar” com a crise do setor saúde (BRAVO; MENEZES, 2011; TEIXEIRA, 2012; GUIMARÃES, 2012).

A proposta da Reforma Sanitária sempre se constituiu em um projeto contra-hegemônico em relação ao modelo de administração pública implementado no Brasil, o que significa dizer, conforme Guimarães (2012), que o SUS e sua forma de organização se opõem ao projeto de Reforma do Estado. O SUS apresenta um modelo com proposta de uma “administração” inovadora que envolve o trabalhador, o usuário e o gestor na concepção e execução da política de saúde, num processo democrático, participativo e transparente. Essas características marcaram a construção do sistema de saúde vigente desde os anos 1970 e 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária, cujo lema era “Saúde é democracia” (FLEURY, 1997; GERSCHMAN, 2004, GUIMARÃES, 2012).

A pesquisa realizada ratifica o avanço dessa discussão dos modelos de gestão nos hospitais federais, sobretudo nos universitários. As chefes de Serviço Social das

instituições universitárias têm um acúmulo significativo a respeito da discussão, destacando-se seu posicionamento contrário à adoção desses novos modelos.

*A gente está em um momento onde houve uma reunião do Conselho Superior da universidade onde os servidores, eles impediram que a sessão começasse, e aí a gente está no limbo hoje, a gente não sabe como a gente vai ficar, a verdade é essa, a sessão que definiria a adesão a EBSEERH não aconteceu, a EBSEERH tem sido extremamente rechaçada dentro dessa instituição, a direção tem um posicionamento nitidamente a favor da EBSEERH, os professores da medicina também.* (AS-C)

*É, esse novo diretor, ele entrou exatamente porque ele é contra visceralmente a EBSEERH. E o outro que estava concorrendo com ele era a favor. O outro perdeu a direção do Hospital porque era a favor da EBSEERH. E o serviço inteiro... algumas pessoas até dizem que acham que se tivesse (...) “bom gente, talvez um dia a gente pudesse pensar que era assim”, mas hoje a gente já sabe que até no lugares que tem EBSEERH não está nada direito.* (AS-F)

O mesmo não se verifica nas demais instituições, à exceção da AS-A, que demonstra um acúmulo sobre a discussão dos modelos de gestão. E afirma que na instituição onde atua já se percebe um movimento crescente em favor da implantação de mudanças na direção da entrada de empresas de direito público. Já as assistentes sociais dos demais hospitais (3), no momento da coleta de dados (fevereiro de 2014), não ressaltaram percepção em relação a mudanças no modelo de gestão<sup>120</sup>, talvez porque essa discussão não tenha atingido, ainda, diretamente essas instituições.

As instituições ainda são muito hierarquizadas, com características influenciadas pelo patrimonialismo, com ênfase na indistinção entre o público e o privado, como definia Weber (1999); a burocratização, com ênfase na organização e na existência de um sistema de autoridade fundado na hierarquia (CHAUI, 2007), e no gerencialismo, que apresenta o discurso da flexibilidade, da horizontalização das estruturas, da descentralização, com objetivo explícito de proporcionar maior eficácia e eficiência para se atingir a excelência administrativa (PEREIRA, 2008).

Essa análise pôde ser visualizada na fala das assistentes sociais chefes.

---

<sup>120</sup> Vale registrar que no momento da coleta de dados da pesquisa (fevereiro de 2014), os hospitais federais deflagaram uma greve (que durou 36 dias e terminou no dia 12/3/2014) que reivindicava “a extensão imediata da jornada de 30 horas para todos os setores, o respeito ao duplo-vínculo e o fim da privatização, com saída imediata da EBSEERH de todos os hospitais e Institutos Federais do Rio de Janeiro”. Fonte: <<http://www.sindsprevrj.org.br/jornal/secao.asp?area=11&entrada=7083>>. Acesso em 8 de junho de 2014.

*É um modelo centralizador, pouquíssimo democrático. Uma gestão que prioriza as questões cirúrgicas porque o diretor é um cirurgião, então ele prioriza as clínicas cirúrgicas; e ao mesmo tempo é um profissional que gerencia o hospital muito que, digamos, pelo merecimento dos profissionais. (...) Então... “o Serviço Social produz? O Serviço Social faz seis mil atendimentos por ano? Ótimo. Então o Serviço Social vai ganhar impressora nova, o Serviço Social vai ganhar geladeira nova”. (AS-C)*

*Aqui é muito feudal, então assim, as pessoas não conseguem entender que o mínimo de abertura é algo que você já consegue... que você consegue também. Isso se chama leitura institucional. Não se tem... aí o povo é meio kamikaze... (AS-E)*

Os modos de administrar interferem sobremaneira no estabelecimento da participação nos processos decisórios. De tal forma, por exemplo, que apesar de existirem espaços legítimos de participação nas instituições, esses não funcionam em alguns casos.

Como já visto no capítulo 1, a introdução dos mecanismos de participação está prevista na Constituição Federal (1988). Dias (2007) fez uma síntese bastante elucidativa sobre os mecanismos de participação previstos na Carta Magna, destacando os instrumentos e os artigos que o prevêm: o plebiscito (artigo 14, inciso I), o referendo (artigo 14, inciso II), a iniciativa popular de leis (artigo 14, inciso III), a cooperação das associações representativas no planejamento municipal (artigo 29, inciso XII), a exibição anual das contas municipais (artigo 31, parágrafo 3º), a reclamação relativa à prestação de serviços públicos (artigo 37, parágrafo 3º), a denúncia aos Tribunais de Contas (artigo 74, parágrafo 2º), a provocação do inquérito civil (artigo 129, parágrafo 1º) e os conselhos gestores de políticas sociais (artigo 194, inciso VII; artigo 198, inciso III; artigo 204, inciso II; artigo 205, caput). Apesar de previstos formalmente, nem todos esses instrumentos são executados de maneira efetiva, lembra Dias (2007).

Muitas vezes, a existência dos espaços decisórios não garante a participação dos sujeitos. Reforça-se que se entende nessa tese a participação enquanto um processo, não ficando limitada a momentos excepcionais (DALARI, 1985; DIAS, 2007). O envolvimento dos sujeitos nos diversos espaços, sejam eles do partido político, das associações, das organizações, das instituições, dos conselhos, das equipes, entre outros, ganha importância visando à construção de um processo mais democrático.

É possível observar no Quadro 11 que existem espaços deliberativos junto à direção, contudo, nem sempre estes funcionam. E mesmo quando funcionam, nem sempre visam à participação dos sujeitos de maneira igualitária.

**Quadro 11. Da existência de espaços decisórios na Instituição**

<b>Assistente Social</b>	<b>Denominação e Funcionamento</b>	<b>Funcionamento</b>
AS-A	Conselho de Ação Participativa	Não funciona
AS-B	CD (Conselho Deliberativo)	Funciona
AS-C	CTA (Conselho Técnico Administrativo)	Não funciona
AS-D	Reuniões	Mas nem sempre o Serviço Social é convocado
AS-E	Reuniões de Colegiado	Funciona
AS-F	Reuniões	Funciona

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014)

Para CHAUI (2007, p. 153), “um indivíduo participa da vida social em proporção ao volume e à qualidade das informações que possui” – mas, sobretudo, em função de suas possibilidades de acesso às fontes de informações e de como pode aproveitá-las para “nelas intervir como produtor do saber”. Quando não é possibilitado às chefias de Serviço Social, bem como a outras chefias, o acesso a informações que proporcionem sua participação em espaços coletivos, esses espaços adquirem faces menos democráticas e mais autoritárias, além de centralizadoras.

A partir dessa consideração, verifica-se que o estabelecimento de relações democráticas e participativas é terreno pouco explorado. No caso do presente trabalho, nem sempre o conceito de participação e democracia articulado a sua aplicabilidade faz parte do cotidiano das chefias do Serviço Social. Essa afirmação se baseia no entendimento que as entrevistadas apresentaram ao serem indagadas sobre sua relação com a chefia imediata, caracterizada como “boa” pela maior parte. Contudo, em diversos momentos das entrevistas, sinalizaram uma série de elementos que podem caracterizar essas relações como permeadas por contradições e conflitos, com pouco grau de participação das mesmas na gestão institucional.

*Assim, a gente tem muita abertura ... não é próximo no sentido de reuniões e etc. Até porque, o que acontece? Existe uma assessoria da coordenação. Com a assessoria a gente tem muita proximidade, até porque o coordenador tem zilhões e milhões de compromissos. Então quando ele próprio liga para mim, a gente sabe que, geralmente, é por um motivo expressivo. Porque a assessoria da coordenação é o lugar que a gente tem de maior proximidade até para pensar junto, antes de levar as questões para a coordenação “Olha só, a gente vai*

*fazer a situação assim, o que você acha?” – Ou então: “Não. Vamos pensar, dá para resolver? Não, vamos ter que falar com ele”. (AS-E)*

*É muito tranquila. Alguns momentos, assim, a gente tem um tensionamento, óbvio, não é? Mas o que ocorre? A Superintendência médica e a direção perceberam muito rapidamente que o Serviço Social tinha uma contribuição a dar numa série de questões em que eles estavam sendo cobrados, como a PNH. Enfim, e o que aconteceu é que no início eu me senti um pouco testada pela nova direção. À medida que eles perceberam que havia uma qualificação, à medida que os primeiros embates foram cordiais, mas duros no sentido do Serviço Social expor o seu posicionamento e deixar claro que não aceitaria nenhuma determinação que ferisse o seu código de ética, que fosse contrária às leis que regulamentam a Saúde, eles perceberam que o caminho tinha que ser outro, tinha que ser mais de compor, então, eu não sou boba. Enfim, percebi que às vezes a gente tem que recuar (...) e aí a gente passou a ter aí uma parceria, então às vezes é um posicionamento tenso. (AS-C)*

Na única fala em que há um relato expresso de dificuldade entre o Serviço Social e a chefia imediata, o destaque está na diferença dos projetos defendidos pelo Serviço Social e pela direção.

*O Serviço Social tem um paradigma que a gente defende institucionalmente e eles não concordam, então a gente é tida como os desobedientes, que não sabem obedecer ordem, que não respeitam a direção, então por conta disso a gente é punido. E aí, eu vejo que essas perdas de sala são como uma punição para os desobedientes, os rebeldes que não obedecem ordens institucionais. (...).O que eu percebo é assim... qualquer brecha, se essa equipe atualmente não estiver muito organizada... qualquer brecha que a gente der, a gente sofre uma retaliação. (AS- D)*

Os conflitos ficam evidenciados à medida que surge a requisição por demandas, fora do âmbito das atribuições e competência do Serviço Social. Percebem-se algumas contradições, uma vez que (5) afirmam, em um primeiro momento, que não existe solicitação de atendimento por demandas inadequadas, mas no decorrer da entrevista exemplificam de diversas maneiras os tipos de solicitações que as fazem se posicionar contrariamente às demandas inadequadas que chegam até o Serviço Social. A própria sistemática de operacionalização da política de saúde nos dias de hoje, adensada pela nebulosa concepção da própria categoria, e também, dos demais trabalhadores de saúde sobre qual a particularidade do trabalho do assistente social no âmbito do SUS, contribuem para as inúmeras demandas “inadequadas” ao Serviço Social (COSTA, 2000; MATOS, 2013).

*(...) passava pela triagem, a triagem identificava que não era paciente absorvido aqui e o Serviço Social carimbava a contrarreferência. Isso também foi uma vitória nossa, a gente não faz mais isso. Porque assim, a discussão era (...) se é um encaminhamento social, a assistente social avalia, a assistente social encaminha. (AS-B)*

*Até tentam eventualmente, mas tipo em uma consulta, assim, por exemplo: “ah, não sei o que lá, o Serviço Social, o (SISREG?)” – “Não, o (SISREG?) tu tem que organizar um núcleo de regulação, não é nossa atribuição”. Pode até vir a acontecer, mas quando ela aparece, a gente apresenta um conjunto de argumentos e assim, hoje em dia nós não fazemos nada que não seja nossa atribuição. E ninguém todo mundo, ninguém todo mundo, por exemplo, fazer autorização de acompanhante, então tem um conjunto de situações que não é de ninguém e que é de todo mundo, mas ninguém quer fazer, aí tem a tendência: ninguém quer fazer, chame o Serviço Social. (AS-A)*

O campo da saúde é repleto de contradições e diversidades. E, já foi verificado em estudos como os de Costa (2000), Vasconcelos (2002) e Matos (2013) que existe um conjunto de ações e atividades realizadas pelos (as) profissionais de Serviço Social, que acabam não tendo uma certa homogeneidade, o que pode gerar por parte dos profissionais de saúde, dificuldades no entendimento da ação profissional. A exemplo cita-se a autorização de acompanhante ou o cartão de acompanhante e similar. Ou seja, seria a emissão de algum documento para que o acompanhante tenha acesso as enfermarias. Do ponto de vista do direito, sabe-se que em relação à criança, ao adolescente e a gestante durante o parto e pos parto, bem como o idoso, o acompanhamento, está previsto em lei. Mas, ainda assim, em muitas instituições cabe ao Serviço Social emitir um documento que ratifique a lei, o que na verdade, se constitui em um contra senso. Sem ser objeto desta tese, o cartão de acompanhante acabou aparecendo em diversos momentos da entrevista, como uma das atividades exercidas pelo Serviço Social, objeto de enfrentamentos por parte de algumas chefias junto aos demais profissionais, com muitas particularidades em cada instituição.

Em algumas instituições, as chefes de Serviço Social identificam que a emissão do cartão de acompanhante constitui uma demanda /requisição para o Serviço Social, tomando para si a “competência” para emissão do documento. O debate sobre a atribuição de emissão de cartão de acompanhante na saúde é bastante polêmico e não se pretende travá-lo nesse momento. Contudo, constitui discussão que não pode se fazer desvinculadamente da clareza que o profissional precisa ter de “suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas

apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas” (CFESS, 2010, p. 43). Mediante as demandas por ações emergenciais, é preciso buscar a realização de planejamento coletivo junto à unidade de saúde, para que tais demandas sejam reencaminhadas para os setores competentes, possibilitando dessa forma ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A fala da **AS-E** aponta para essa questão, ao afirmar que:

*A gente obviamente segue os critérios legais para o acompanhamento durante a internação, porém isso não fica tão fechado. Conforme a equipe veja a necessidade, mesmo que essas pessoas, esses pacientes estejam fora desses critérios, criança, adolescente... Tem. A gente tem uma autorização pra acompanhante. É o que a gente chama. Que na verdade qualquer profissional pode autorizar e isso também é uma coisa de colocação nossa de tipo assim, por exemplo: “O enfermeiro acha que tal paciente tem que ter acompanhante. Vai no Serviço Social”. Ele que emita. Ele que emita a autorização, que carimbe e assine porque a gente manda por mês a relação de quem a gente autorizou. (AS-E)*

É central considerar que “as ações a serem desenvolvidas pelos(as) assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático” (CFESS, 2010, p.43). Cabe questionar se, de fato, emitir cartão de acompanhante para os sujeitos que já têm direito de serem acompanhados seria uma ação a ser executada pelo Serviço Social. Talvez, no máximo, para os que não têm esse direito assegurado na legislação, caiba algum tipo de autorização compartilhada pelos(as) profissionais de saúde, entre eles, o(a) assistente social.

A questão reflete uma contradição da atuação do Serviço Social no campo da saúde. Como entender que numa determinada unidade de saúde a emissão do cartão seja responsabilidade do Serviço Social e, em outra, essa emissão é entendida como algo burocrático e, portanto, pode ser realizada por profissional administrativo?

Na mesma instituição onde foi relatada pela entrevistada uma série de dificuldades com a chefia imediata, devido a diferenças dos projetos defendidos, o Serviço Social não faz a emissão do cartão, e é solicitado e muito questionado por isso.

*(...) a autorização de acompanhante, a gente tinha acabado de passar e queria... devido a uma má interpretação da nossa chefia, que voltasse tudo pra gente com uma demanda a mais, com a demanda de finais de semana porque os agentes administrativos que assinavam aos finais de semana não queriam mais fazer isso. Então assim, teve que ter todo um jogo de cintura. (AS-D)*

A **AS-C** apontou que o Serviço Social toma para si como atividade a emissão de cartão para acompanhante, visando a garantir um direito, mediante situação específica ocorrida no setor de obstetrícia. O depoimento da **AS-C** vai além da discussão de emissão de um documento específico para autorização ou não do acompanhante. Demonstra o aspecto da correlação de forças institucionais, sobretudo entre as categorias profissionais, onde a intenção do(a) assistente social estava voltada para a garantia do direito dos usuários, o que, de certa forma, contrariava a postura da equipe do setor de obstetrícia.

*(...) a gente começou a emitir cartão de acompanhante para a obstetrícia sem acordo nenhum com a chefia da obstetrícia. Dissemos assim; “Olha só, não somos nós que fazemos isso? Nós temos autonomia para fazer o nosso trabalho. A partir de agora a gente emite”. E eu mandei um documento para a direção dizendo que não havia tido entendimento entre o Serviço Social e a Obstetrícia e a partir daquele momento a direção tinha que intermediar essa relação. Não tinha mais nem multidisciplinaridade possível ali, porque a intenção deles é violar direito, é quebrar direito, e a gente vai no contrário disso, então não tem nada que nos une. Não tem. Nem possibilidade de diálogo. (AS-C)*

Esse debate abre uma discussão sobre a importância do Serviço Social na busca pela efetivação do direito do usuário. Em relação à exposição da **AS-C**, sabe-se que a Lei Nº 11.108, de 7 de abril (BRASIL, 2005), visa garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. No entanto, em algumas unidades de saúde, esse direito é cerceado. Quando o(a) assistente social busca a efetivação desse direito, autorizando algo que já deveria se constituir rotina na instituição, constata-se uma contradição no processo de “racionalização/reorganização do SUS, que acaba em última instância se constituindo no principal vetor de demandas ao Serviço Social. Isto é: as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização dos serviços” (COSTA, 2000, p. 315).

A lógica do direito ao acompanhante é descrita pelas **AS-A** e **AS-B**. Nos casos previstos em lei (já legitimados e que não deveriam precisar de autorização), o Serviço Social emite a autorização para acompanhante; os casos não previstos são partilhados pela equipe de saúde.

*A gente faz assim, os casos previstos em lei, o assistente social vai fazer e, por exemplo, porque a gente tem uma política... emitimos cartão de acompanhante. O que acontece... no nosso caso aqui tem a ver com a alimentação, com um conjunto de outras coisas, contrato, processo, quem paga, o que o SUS não paga. Então com a gente faz? O que se refere a situações que têm a ver com o direito, o Serviço Social, se for uma situação dentro da Psicologia, a Psicologia vai fazer. (...) Tudo que tem a ver com o direito do usuário, mesmo que não seja diretamente – situações que é a gente que tem que fazer – mas a gente assume a bandeira. Então acompanhante é feito dessa forma, os casos legais somos nós que regularizamos. (AS-A)*

*Aqui tem uma autorização que é feita assim... como o Hospital passou pelo processo de acreditação, esse formulário do acompanhante acabou ficando na documentação do Serviço Social, mas aí também foi iniciada uma discussão porque lá tem, por exemplo, um dos itens para a justificativa do acompanhantes é apoio emocional, suporte emocional. Então assim, isso eu entendo que tem que ter uma colaboração da Psicologia para avaliar e aí a discussão que também está em pauta é: se você avalia, você que assina. (AS-B)*

A existência de conflitos entre a proposta de trabalho em direção ao Projeto ético-político profissional e o projeto defendido pela instituição de saúde leva muitas vezes a “uma dificuldade de compreensão por parte da equipe de saúde das atribuições e competências” dos(as) assistentes sociais. Isso ocorre, muitas vezes, devido à própria dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde, motivada pelas pressões com relação à demanda a ser atendida e à fragmentação do trabalho ainda existente (CFESS, 2010, p.47).

Evidencia-se que o debate em torno dos dilemas entre o modelo de gestão, os modos de administração e a gerência das equipes não está no centro das discussões da maioria das chefes entrevistadas. Isso denota, em certa medida, um não reconhecimento imediato por parte delas de que esse modelo de gestão institucional, bem como a conformação da política de saúde atual, causa impactos na forma de gestão das equipes.

Essa observação ganha relevância à medida que a realidade de alguns hospitais públicos, em especial os de âmbito estadual, com a entrada das OSs, já aponta para um movimento de “exclusão” do cargo de chefia por categoria profissional. Isto é, a não existência, nesse “novo modelo de gestão”, da figura do chefe de Serviço Social, de Enfermagem e assim por diante. As categorias profissionais passam a estar sob responsabilidade de chefias multiprofissionais, em sua maior parte médicos, destituindo o espaço das atribuições privativas, da oportunidade de defesa dos postulados de cada profissão, do espaço de luta por conquistas já efetivadas nas diversas categorias profissionais. Então, pergunta-se: que valores estão em pauta na defesa da exclusão de

uma coordenação técnica, de uma chefia, como preconizado pelas diversas profissões? Conforme Cabral (2012, p. 100), os tipos de valores agregados e repostos pela sociedade brasileira ainda estão centrados no “autoritarismo das elites”, na “cerimônia da superioridade social” e na “desvalorização do que é público”.

#### **5.4 A Política Nacional de Humanização e os rebatimentos para a gestão do Serviço Social**

A humanização entendida como busca pela garantia dos direitos já assegurados no SUS Constitucional, visando à universalização da saúde, democratização do acesso, integralidade da atenção e ao controle social, encontra-se “respaldada no Projeto ético-político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional” (CFESS, 2010, p. 52).

Dessa forma, em um contexto em que as instituições de saúde de âmbito federal são “convocadas” a implantar a Política Nacional de Humanização de maneira transversa à política de saúde, considera-se importante pensar qual é o envolvimento da chefia de Serviço Social com essa política, e que rebatimentos ela apresenta para essas gerências de equipes e para os usuários. Afinal, a PNH, em seus documentos, conforme discutido no capítulo 2 deste trabalho (BRASIL, 2004, 2007, 2008, 2009) reconhece a importância dos usuários, trabalhadores e gestores visando à construção de um trabalho interdisciplinar, com centralidade no protagonismo dos sujeitos.

Todavia, é preciso reconhecer que a implantação e consolidação da Política Nacional de Humanização ocorre em um contexto de disputas teóricas, ideológicas e políticas (ALVES; MIOTO; GERBER, 2007), somadas a uma conjuntura de avanço desenfreado do neoliberalismo que cada vez mais tem colocado em xeque o investimento público nas políticas sociais, sobretudo na política de saúde. Assim sendo, é preciso que as(os) assistentes sociais tenham clareza quanto à concepção dessa política, para um encaminhamento do seu trabalho na defesa de um sistema público de saúde que consiga operacionalizar serviços e relações profissionais a partir de princípios universais, democráticos e participativos que dialogam diretamente com os pressupostos constitucionais e por sua vez do Projeto ético-político profissional.

Refletir sobre os princípios da PNH de modo relacionado ao objeto investigado nessa tese – gestão de equipes realizadas por assistentes sociais – tornou possível observar contradições que merecem destaque para análise.

A pesquisa de campo identificou certo descompasso entre o “entendimento” da PNH por parte das direções institucionais e das assistentes sociais chefes. Mesmo assim, em algumas unidades, fica explícita a aplicação das diretrizes e dispositivos da PNH no cotidiano do trabalho, apesar de as assistentes sociais não a referendarem como algo previsto por elas.

No seio da discussão sobre humanização, a atenção se volta para o exercício reflexivo e o questionamento de algumas propostas da PNH, que às vezes estão relacionadas ao marketing, projetos de qualidade total, com foco prioritário na responsabilidade dos trabalhadores, de maneira messiânica<sup>121</sup>. Considera-se um papel importante do Serviço Social (com destaque para a chefia) promover o debate das diversas concepções de humanização e seus dispositivos (ex: ambiência, acolhimento, classificação de risco, visita ampliada), que contribuem para apontar novos rumos gerenciais a partir da contradição dos conceitos.

Através do diálogo com os demais gestores das instituições, trabalhadores de saúde e usuários, é importante que as chefias de Serviço Social, mas não somente essas, busquem “a elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção à saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde” (CFESS, 2010, p. 52).

No entanto, a fala seguinte da AS-E consegue exemplificar o quanto existe de contradição entre algumas posturas profissionais que se ancoram nos princípios da PNH de modo acrítico, para justificar suas práticas e o exercício coletivo para implementar um modelo de saúde que prioritariamente se ocupe das reais necessidades da população (demanda reprimida, democratização do acesso, oferta de vagas/rodízio de leitos, visita ampliada, entre outras).

*(...) infelizmente a humanização daqui tem um cariz muito ligado a questão religiosa. O médico que é responsável pela Humanização é diácono da igreja católica. Muitas das vezes inclusive (...) ontem (...) foi sábado, ele estava de plantão e estava falando, convidando as pessoas pelo alto- falante para fazer... não sei direito. Só sei que é*

---

<sup>121</sup> Iamamoto (2004, p. 115-116) faz uma análise sobre o messianismo no âmbito da prática profissional do Serviço Social, mas essa análise pode ser estendida a outras práticas sociais. De acordo com a autora, o messianismo “privilegia as intenções, os propósitos do sujeito profissional individual, através de um voluntarismo marcante, que não dá conta do desvendamento do movimento social e das determinações que a prática profissional incorpora nesse mesmo movimento. O messianismo traduz-se numa visão heróica, ingênua, das possibilidades revolucionárias da prática profissional, a partir de uma visão mágica da transformação social”.

*suporte religioso, não é? “O senhor deseja receber a visita...”. E aí a gente se incomoda com o fato de uma política tão importante, que é a de Humanização, estar resumida a essa questão de fazer com que as pessoas no ambiente hospitalar se sintam confortáveis espiritualmente falando. (AS-E)*

Destaca-se a seguir uma análise bastante oportuna da **AS-A**, em que a profissional aponta como pode ser perversa a estratégia de marketing da PNH (ALVES; MIOTO; GERBER, 2007), pois, em vez de divulgar as ações de implantação com o êxito do SUS, nomeia essas ações como se fossem “inovadoras” e dispositivos de uma nova política, chamando, por exemplo, a triagem tradicional de “acolhimento com classificação de risco”. No lugar de diretamente “dizer não” à população, provoca uma realização estratégica de espaços responsáveis para justificar de modo “humanizado” uma negativa institucional (limitação do acesso, quantitativo de vagas, serviços, etc.).

No entanto, em algumas instituições já ocorriam processos de mudanças de acordo com o preconizado pelo SUS, como pode ser visto na fala seguinte da **AS-A**. Ou seja, reeditam-se ações que dão certo a fim de promover “algo” que pareça novo, mas que está em muitas situações sintonizado com o que estabelecem os defensores da Reforma Sanitária e do SUS.

*Foi ótimo pra PNH porque na verdade eles pegaram coisas que a gente já fazia e nomearam. Só que a gente já fazia isso, então a gente já atendia primeira vez sem ser aquela triagem dura, entendeu? Tem a triagem, óbvio, médica, e se a pessoa no dia ela vai passar pelo assistente social (...) Isso é uma coisa que a gente já tinha definido, então assim, a gente conhece os princípios, claro, e o que a gente faz? Uma utilização táctica dos princípios. A gente nomeia do jeito que a gente quiser o que a gente quer manter de atividade. O que nos ajudou? A questão da visita. A gente ampliou o horário de visita de onze às quatro da tarde por causa disso. (AS-A)*

Outro elemento a ser enfatizado na análise sobre os rebatimentos da PNH nos serviços de saúde, e, sobretudo, no trabalho da chefia do Serviço Social, diz respeito à importância de buscar alianças que possam reorientar as rotinas institucionais em favor do usuário. Isso pressupõe, como alerta Iamamoto (2004, p. 125), dar “densidade histórica, competência intelectual e técnica às nossas pretensões de vontade”, para estabelecimento e/ou concretização dessas estratégias.

A partir do Projeto ético-político do Serviço Social, as assistentes sociais em cargos de chefia, podem buscar o caminho de reiterar junto à equipe e aos usuários a defesa de um serviço de qualidade, comprometido com a democratização e

universalização do acesso, visando ao envolvimento dos usuários e trabalhadores nas decisões institucionais e na construção de um atendimento de qualidade (ALVES; MIOTO; GERBER, 2007). Lembra-se, no entanto que, para que essa proposta se realize é preciso que os trabalhadores estejam comprometidos com a realidade e as demandas dos usuários, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis (CFESS, 2010).

A defesa do SUS sempre esteve ancorada em uma **gestão democrática**, com a proposta do envolvimento e participação dos trabalhadores da saúde, usuários e gestores da política de saúde. Trata-se ainda de um dos ideários defendidos desde o Movimento da Reforma sanitária (PAIM, 1997, 2008; FLEURY, 1997; BRAVO, 2004).

Contudo, a discussão sobre a gestão democrática tem sido hoje, no cerne das instituições de saúde, muitas vezes reduzida a um dispositivo da PNH, conhecido como “colegiado gestor” (CECÍLIO, 2010). Concorde-se que a forma colegiada nas instituições colabora para a quebra da linha de mando verticalizada. Todavia, é imprescindível chamar a atenção para o fato de que a existência de colegiado sem poder deliberativo junto aos órgãos de decisão não basta.

Neste sentido, a definição de Cecílio (2010, p.558) sobre o significado da gestão colegiada é bastante pertinente. O autor aponta que:

(...) fazer gestão colegiada, materializada em colegiados de gestão, em todos os níveis de decisão, formulação e avaliação de políticas de saúde e em todos os espaços de trabalho, transformou-se em uma espécie de garantia de inovação da gestão, que deveria resultar em efetivas mudanças no paradigma clássico da administração pública, com suas bem conhecidas e denunciadas mazelas de rigidez, baixa comunicação, autoritarismo, alienação dos trabalhadores, e, mais importante, na insensibilidade para com as necessidades dos usuários. (CECÍLIO, 2010, p. 558)

Contudo, no rol de questões apresentadas pelo autor excetua-se a dimensão macropolítica, que determina todas as demais e necessita caminhar *pari passu* com a discussão da gestão colegiada numa perspectiva de totalidade, como: a regulamentação jurídico-institucional da política de saúde; a definição de orçamento (com influência na forma de contratação de trabalhadores de saúde); as condições de trabalho, entre outras.

Interessa em especial, nesta pesquisa, considerar que existem diversos fatores imprescindíveis para demonstrar o quanto é necessário levar em consideração questões das políticas sociais e econômicas responsáveis por influenciar a realidade do trabalho nas instituições hospitalares. Desse modo, é importante sinalizar que, além dos fatores micropolíticos responsáveis por suscitar mudanças no cotidiano das gestões das

instituições de saúde, a conformação da política de saúde atual, o modo de gestão da instituição, as relações de poder institucionais, os projetos sociais defendidos pelos profissionais, a forma de organização do trabalho na saúde, e as próprias condições de trabalho contribuem para a realização de uma gestão com traços mais ou menos democráticos e participativos.

No entanto, esse movimento de provocar aproximações que levem em consideração tanto as questões micro quanto as macropolíticas e sociais, na totalidade em que se encontram inseridas as instituições de saúde, possibilita compartilhar experiências profissionais/gerenciais que expressam contradições, e que por sua vez transitam por uma série de situações que se apresentam como dificuldades e/ou desafios.

### **5.5 Os desafios para a construção de uma gestão democrática e participativa**

*É óbvio que eu consigo entender que a participação democrática é importantíssima, mas é importantíssima desde que você tenha o bônus, mas tem o ônus porque não existe participação democrática sem que haja responsabilização de cada um dentro do processo. No mesmo momento em que você acha mais fácil delegar uma coisa para o outro, você não tem desejo de viver uma gestão democrática, não é? Se eu quero vir aqui fazer somente o que me cabe sem me importar com o que acontece a minha volta, não acredito que isso seja querer viver uma gestão democrática. E aí ficou aquela coisa complicada.*  
(AS -E)

A afirmação se conecta de maneira direta com o pensamento de Kosik (2010), ao observar que o homem é parte do todo. Ele concentra sua atenção, ação e avaliação a partir desse todo que o circunda. Dessa forma, é possível compreender porque, no apontamento acima, a profissional declara que consegue compreender a importância de uma gestão democrática, mas ao mesmo tempo assevera que, na realidade cotidiana, no mundo da relação com outras assistentes sociais, se torna difícil a operacionalização do que preconiza uma gestão democrática.

Essa análise remete-se à afirmação de Yamamoto (2004) de que o próprio significado da prática profissional do(a) assistente social não se revela de imediato, não se mostra no relato do fazer profissional, nas dificuldades vividas cotidianamente, mas na história da sociedade da qual este profissional faz parte.

Esse é um dos aspectos contraditórios da realidade cotidiana das chefes de Serviço Social. Ao mesmo tempo em que têm a intencionalidade, a pretensão de realizar

uma gestão democrática e participativa, deparam-se com imperativos estruturantes e institucionais tradicionais, além de seus próprios conceitos que encontram aproximação com um tipo de gestão mais hierarquizada, autoritária, rotineira e imediata, relacionado de alguma maneira como o que conheceram como sendo “a função de chefiar equipes”.

*Embora eu tenha uma péssima fama de que sou uma pessoa muito autoritária e o dia que eu perguntei por que as pessoas acham que eu sou autoritária... “Você não tem nenhuma flexibilidade”. Eu falei: “Bom, em que?” “Horário, por exemplo”. Eu falei: “Mas isso não sou eu. Na sua avaliação a primeira coisa que está perguntado é assim oh: a pessoa é assídua? É pontual?” Se isso não fossem duas características ou dois pontos ou dois valores importantes, não estava na avaliação(...) Então eu não sou uma pessoa flexível, não sou mesmo. (AS-F)*

Afinal de contas, muita delas se fizeram chefes no cotidiano das relações institucionais, cujas estruturas até hoje funcionam tendo como princípios norteadores relações de poder centralizadoras, influenciadas pela TGA (BERNARDINO, 2007; CHIAVENATO, 2008) e seduzidas pelos ditames do mercado.

*O conceito de gestão participativa é na verdade todos os envolvidos do processo terem não só direito a voz, mas a voto (...) se eu pensar, o Serviço Social é a participação de todos os assistentes sociais, porque isso é o conceito na verdade. Então assim, a gestão participativa significa que todos os sujeitos envolvidos no processo têm grau de autonomia de escolha, tem possibilidade de serem ouvidos. (AS-A)*

A maior parte das chefes do Serviço Social demonstra em suas falas um conceito de gestão democrática, em sintonia com a direção de democracia apontada por Coutinho (1999; 2000), segundo a qual é essencial a incorporação das massas no processo decisório. O autor refere-se à democracia política visando à transformação da sociedade brasileira. Mas, por associação, pode-se aplicar tal consideração à realidade da gestão democrática, sendo preciso o envolvimento dos sujeitos participantes cujo poder decisório expresse o ideal coletivo, com relevância para o diálogo, o respeito e a tolerância na busca de uma gestão com características mais democráticas.

*Eu acho que uma gestão que está aberta ao diálogo, aberta a críticas, aberta a pensar novas possibilidades... porque às vezes na chefia a gente fica muito, muito fechado, com muita pressão externa, da gestão (institucional) em cima do Serviço Social, pressão de outros chefes de serviço, então às vezes a gente fica muito envolvido com essas questões e a gente deixa de olhar algumas possibilidades... mas uma gestão democrática, ela é em primeiro lugar, muito aberta a ouvir o*

*colega, a perceber o que está acontecendo na equipe, a estar preparado mesmo para partilhar um pretensão poder, que não existe na verdade, ninguém é chefe, você está chefe, amanhã você não é chefe mais de nada. (AS-C)*

*Uma gestão democrática é aquela que ouve aquilo que o outro pode contribuir. Mas isso para mim não quer dizer que eu vá acatar aquilo porque a democracia, ela tem que ser respeitada e respeitar é também respeitar a minha posição diante daquilo. (AS-F)*

Destaca-se ainda outra face da concepção de gestão democrática sinalizada na fala da **AS-E**, em que o conceito está ligado à partilha de responsabilidades. Porém, chama-se a atenção para a diferenciação existente entre dividir responsabilidades e resolver privadamente as situações.

*Eu acho que em primeiro lugar, a equipe entender que um problema é problema da equipe, não é problema do chefe. Do tipo: “Fulano entrou de licença”. Não pode ser um problema meu que tal espaço está sem profissional. É um problema nosso. (...) No que eu posso colaborar pra que o serviço flua? Acho que isso é participar democraticamente. É pensar no bem da coletividade, não no que é só bom pra mim. (AS-E)*

À medida que as chefias de Serviço Social buscam a realização de uma gestão mais democrática e participativa, estão posicionando-se contra o autoritarismo, oportunizando que o outro se expresse. Contudo, a concepção de uma gestão democrática em si, não necessariamente irá garantir que as relações se pautem nesses princípios. Para tanto, é necessária a criação e manutenção de espaços que garantam não só participações e discussões, como também decisões. Conforme alerta Salles (2010, p.52), (...) “embora a cultura democrática esteja avançando no país desde os anos de 1980, com avanços significativos no tocante à participação popular, muitas vezes a nova institucionalidade oculta velhas práticas” autoritárias, centralizadoras, coercitivas.

Verificou-se em todas as instituições pesquisadas que as assistentes sociais apontaram a existência do espaço da reunião de equipe como um dos instrumentos para tomada de decisão coletiva no âmbito da categoria profissional. Ainda assim, em um movimento contraditório, elas assumem a existência de questões decididas individualmente, o que acaba por influenciar a dinâmica desses encontros coletivos. A responsabilidade de convocar a equipe para a reunião estar atrelada exclusivamente à função individual da chefia, por exemplo, foi um dos fatores que contribuiu para dificultar a periodicidade de realização das mesmas. Ou seja, mediante a ausência por

um tempo prolongado da **AS-C**, por estar em licença maternidade, os encontros da equipe foram interrompidos.

*A gente tem as reuniões de equipe, que são chamadas por mim, a gente está tentando fazer uma reunião por mês, mas às vezes isso não acontece. Eu fiquei de licença maternidade sete meses, não houve reunião neste período. (AS-C)*

A permuta das chefias por sorteio entre as/os trabalhadores também provoca, no caso da **AS-D**, um distanciamento entre a realização das reuniões. Isto é, torna possível inferir que a continuidade da realização das reuniões encontra-se atrelada ao posicionamento/influência da chefe durante o período em que exerce a função de líder de um grupo.

*A gente acabou de ter uma reunião agora. Teve uma de planejamento em janeiro. Teve uma agora de troca de chefia em fevereiro. O que a gente percebe, assim, depois que virou o sorteio, não existem tantas reuniões. A gente tenta ser mais objetivo, mas mesmo a gente estando nesse período de sorteio, esse ano já ocorreram duas reuniões. (AS-D)*

O estabelecimento de espaços de discussões e deliberações onde as pautas também sejam pensadas de maneira coletiva e regulares pode constituir um instrumento de provocação de uma gestão mais democrática, que garanta a oportunidade do debate, do envolvimento dos sujeitos no processo de gestão, com validade das deliberações realizadas.

Todavia, há que se considerar que o instrumento por si só, no caso da reunião, não garante o espaço do debate necessário para caracterizar um modelo de gestão democrática no âmbito das equipes de Serviço Social. Depende da intencionalidade dos sujeitos envolvidos e da posição político-ideológica daquele que conduz a reunião. Sabe-se que uma reunião pode adquirir um caráter extremamente autoritário, com pautas estabelecidas de maneira rígida; sem problematização das questões apresentadas, sem respeito à voz do outro. Isso demonstra a necessidade de mediações que a chefia do Serviço Social necessita realizar em busca dessa gestão aqui defendida.

O cotidiano apresenta possibilidades imensas de captação dos fenômenos para o alcance da intencionalidade dos sujeitos, como afirma Marsiglia (2006). Em sendo assim, têm-se as reuniões, bem como a defesa de uma comunicação transparente dos processos, enquanto instrumentos que podem contribuir para uma gestão com faces mais democráticas. As assistentes sociais chefes têm no cotidiano a possibilidade diária

de buscar a operacionalização dessas estratégias, transformando-as inclusive em conhecimento que poderá contribuir com o seu trabalho, com a equipe e com a população usuária. Nesse sentido, advoga-se que a realização de reuniões (mas não somente essas), de maneira processual e participativa, constitui um instrumento importante para as assistentes sociais chefes refletirem sobre a forma como têm conduzido a gestão das equipes.

Os desafios para uma gestão democrática também podem ser identificados e analisados a partir de inúmeras dificuldades relacionadas ao exercício de chefiar equipes que, por sua vez, causa conflitos e tensões entre a equipe. Assim, como pode ser visto inicialmente, foram evidenciadas pelas assistentes sociais chefes entrevistadas algumas dificuldades que podem contribuir para problematizar o debate sobre os modos de gestão de equipe do Serviço Social em instituições hospitalares.

Entre as dificuldades sinalizadas encontram-se as demandas da própria equipe para a chefia. Todas as entrevistadas acabaram trazendo para a pesquisa diversos relatos de situações vividas no cotidiano que demonstraram tensões e conflitos entre a própria equipe.

Os embates dessas tensões e conflitos ficam bastante explícitos quando as entrevistadas falam sobre as demandas que as profissionais da equipe de Serviço Social direcionam para a chefia, dificultando as relações profissionais, as implementações de atividades e questões administrativas, além da necessidade de mediar as demandas pessoais de cada trabalhador(a). O Quadro 12 apresenta essas informações.

**Quadro 12. Da relação entre equipe de Serviço Social e chefia**

<b>Assistentes Sociais</b>	<b>Demandas da equipe para a chefia</b>
A	- Orientação e encaminhamento de questões relacionadas ao trabalho profissional. - Mediação de conflitos e de questões pessoais.
B	- Gerenciamento de questões pessoais e de trabalho. - Orientação em atendimentos mais complexos. - Interlocução com demais profissionais em divergências das atribuições do Assistente Social.
C	- Orientação técnica e política. - Resolução quanto as questões administrativas.
D	- Administração de conflitos internos e de trabalho.
E	- Orientação profissional. - Questões pessoais que demandam alteração no trabalho.
F	- Questões pessoais

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Vale pontuar que todas ressaltam em suas colocações que a equipe direciona para elas a necessidade de resolver questões administrativas, pessoais e resolução de conflitos. Essas demandas processuais e persistentes ocasionam, em diversas situações, dificuldades que geram um desgaste muito grande para as respectivas chefias, sobretudo quando existem interesses contraditórios e a tentativa de realização da gestão de equipes do Serviço Social sob influência dos aspectos democráticos e participações coletivas.

*Gerenciar alguns problemas de trabalho e pessoais, tipo escala, é... dificuldades de... ajuste, de escala principalmente. Casos complicados, elas me passam sempre, assim, situações mais complexas que exigem encaminhamentos, articulação mais pesada, elas me passam. (AS- B)*

Estar na condição de chefe de uma equipe significa que, além de representar socialmente e ser responsável tecnicamente pela sua profissão, você está lidando com sujeitos, com histórias de vida diferentes e semelhantes ao mesmo tempo (mediante a inserção de classe, de gênero e etnia), todas inseridas em um contexto de reprodução social (MARX, 1989), que acabam condicionando diversos valores e tradições a partir do modo capitalista vigente.

Dessa forma, as chefes do Serviço Social vivem a contradição de partilhar com os demais membros da equipe de Serviço Social o lugar de trabalhadoras assalariadas com diversas demandas a serem contempladas e, ao mesmo tempo, estar em uma posição em que os seus “parceiros(as)” de trabalho apresentam necessidades sociais condicionadas pelas relações de poder (no âmbito público e privado) que também precisam ser consideradas. Então, as chefes do Serviço Social possuem, em uma medida de comparação, a própria equipe enquanto sujeito relacional de sua ação. Conforme pode ser visto a partir da fala da AS-C, o exercício de chefiar uma equipe denota possibilidades de envolvimento que provocam desdobramentos responsáveis por mediar questões entre os espaços individuais e os coletivos enquanto *modus operandi* da categoria profissional.

*Uma chefia jamais pode permitir que algo fira o Serviço Social, que o assistente social faça alguma coisa indevida, então assim, é um espaço muito espinhoso, não é? (AS- C)*

Cabe uma reflexão sobre o desafio posto para as chefes do Serviço Social de transitar das demandas privadas para lutas mais amplas na cena pública institucional.

Como transitar da situação, *a priori* particular, da profissional que não conta com rede de apoio para suporte mediante o episódio de doença de um filho, para a luta pela ampliação do estado de direitos do servidor em casos de doenças crônicas na família?

*Então assim, embora a gente decida coletivamente, me demandam um papel de mediadora mesmo: “Oh, mas tu disse aquilo. Mas como é que é isso?” Entendeu? Então assim, é um papel muito de mediação de conflitos individuais, então, por exemplo: “Fulana disse isso. Será que ela quis dizer aquilo?” Então eu tenho que construir, mas me solicitam muito questões subjetivas, então eu tenho que olhar para cá, isso é uma atribuição minha, eu tenho que conhecer o problema de todos os assistentes sociais aqui dentro. Então, por exemplo, se alguém chegar aqui com cara feia ou triste, se eu não notar que a pessoa está triste, isso vai me gerar um problema. Porque a pessoa vai ver “ah, tu não notou...”. Me solicitam muito isso assim, questões psicológicas demais. (AS- A)*

Nessa direção, constitui um desafio para a assistente social chefe a busca de uma visão crítica sobre a relação com o outro colega da equipe, entendendo-o enquanto um sujeito trabalhador assalariado, dentro de uma lógica capitalista. E isso requer competência teórico-metodológica (IAMAMOTO, 2007), conhecimento do modo de vida e trabalho, além das expressões culturais de todos os trabalhadores, inclusive da sua equipe de assistentes sociais.

Outro dado relevante neste ponto de análise das dificuldades para se ocupar um cargo de chefia é, em geral, o fato de essa função exigir uma dedicação para além do que se é muitas vezes remunerado. A dedicação diz respeito ao envolvimento com as demandas decorrentes das questões que envolvem o Serviço Social e a equipe pela qual o(a) chefe é responsável extrapolar o horário de trabalho remunerado.

Isso independe do dia e da hora. Independe se a carga horária individual já foi cumprida, se a pessoa está de férias ou afastada por motivos pessoais. Este fator que interfere na vida privada é apontado, na maior parte das falas, como um dos aspectos negativos que dificultam a ocupação do cargo.

*Eu tenho hora para chegar aqui. Meu horário é às sete horas da manhã. (...) Agora, a minha hora de saída é uma pena que ele não põe no papel também, sabe? Porque não tem hora... é: “Tá tudo bem?”, dezessete horas, mas “não está nada bem”, tem coisa pendente... acabou? Amanhã é sábado? Ah, amanhã é sábado. Amanhã tem isso, tem aquilo, tem não sei o que, entendeu? Então eu venho. (AS- F)*

Além das dificuldades que afetam somente a si mesmas, existem desdobramentos que ainda geram conflitos com a própria família dessa chefe no âmbito

complexo da própria vida privada. Como expressa a **AS-E**, o fato de existir uma ininterrupta demanda de questões do âmbito de responsabilidade da chefia, que ultrapassam as relações institucionais, acaba por afetar a vida privada.

*No início, foi muito problema na minha casa com meu marido. Foi complicado. (...) Ele falou: “Você não sai desse telefone, não sei o que!”. E aí quando eu comecei na chefia, que ele se viu diante do que ele fazia [em casa resolvendo problema do trabalho], ele se viu enlouquecido. (AS- E)*

A chefia precisa dar respostas. E em “tempos modernos”, a forma de dar essas respostas está cada vez mais rápida (via telefone, SMS, e-mail, whatsapp). A velocidade da comunicação traz diversas vantagens, mas em certa medida, “aprisiona” e intensifica o trabalho dos profissionais. Nessa perspectiva, Sennet (2004) afirma que o fator tempo passou a ser decisivo no mundo do trabalho, em que tudo depende de prazos, de oportunidades, de horários e de datas.

Nesta perspectiva, a **AS-A** compartilha que, mesmo durante o tempo considerado exclusivo para o âmbito da vida privada, o trabalho remunerado não deixa de acessá-la.

*E mesmo eu não estando aqui, eu não consigo... então as pessoas me acessam o tempo inteiro, então eu tenho dificuldade de tirar férias. Ao longo desses 12 anos (...) eu trabalhei a maior parte das minhas férias. (...) E acho que por isso que ninguém quer esse lugar, porque na verdade é assim (AS- A)*

Pereira (2013), em estudo realizado sobre o uso dos tempos no cotidiano de enfermeiras e enfermeiros, afirma que, entre as experiências de invasão provenientes da instituição na vida pessoal, as que se destacam relacionam-se a profissionais que exercem atividades de gerência de pessoas ou administração de áreas ou setores (direção, supervisão ou coordenação). Mesmo o estudo tendo se referido a enfermeiros e enfermeiras, no que se diz respeito a chefia essa informação dialoga diretamente com o objeto da presente tese.

Ainda é possível observar questões que dificultam o exercício de chefiar equipes de Serviço Social em hospitais, quando se possibilita a identificação de demandas da própria chefe para com a equipe. Nota-se que as solicitações estão relacionadas a um compromisso ético, político e profissional. Mesmo assim, as expectativas geradas a partir do exercício da função de chefe podem provocar tensões que dificultam as relações com a equipe, sobretudo quando existem desencontros ideológicos e posturas

individuais antagônicas (tanto com relação aos acordos e diretrizes da categoria profissional quanto às normas institucionais). O Quadro 13 descreve essas demandas da chefia para a equipe.

**Quadro 13. Das demandas da chefia para a equipe de Serviço Social**

Assistentes Sociais	Demandas da chefia para a equipe
A	- Cumprimento das questões pactuadas coletivamente. (como por exemplo, a carga horária). - Solicitação de envolvimento com a preceptoria da residência.
B	- Ciência do trabalho que está sendo realizado.
C	- Compromisso com o trabalho realizado. - Respeito a profissão e aos usuários. - Qualificação profissional.
D	- Parceria e apoio nas decisões e enfrentamentos institucionais.
E	- Parceria e apoio nas decisões e enfrentamentos institucionais.
F	- Compromisso e cumprimento do trabalho a ser realizado.

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

As chefes de Serviço Social, ao elegerem, em sua maioria, o compromisso ético, político e profissional como uma das principais demandas para a equipe que gerenciam reafirmam em seu discurso que buscam a construção de exercício profissional comprometido com a justiça social e a liberdade, a qualidade dos serviços prestados, valores centrais do atual código de ética (MATOS, 2013). No entanto, a decisão de se orientar uma prática coletiva a partir de um projeto ideológico e político que dialogue com princípios contra-hegemônicos, em muitas situações pode expressar conflitos entre os interesses e posicionamentos pessoais dos trabalhadores, os acordos coletivos e as normativas institucionais.

Assim, pode-se visualizar que as chefes de Serviço Social, ao mesmo tempo em que visam garantir essa articulação com o Projeto ético-político profissional, muitas vezes acabam tomando decisões conflitantes, mais hierarquizadas, quando, por exemplo, ocorre quebra nos acordos relativos ao cumprimento, principalmente, de carga horária. Dessa forma, mediante a possibilidade de alguns problemas ficarem evidentes, a responsabilização individual do trabalhador passa a ser cobrada, gerando tensões com a equipe.

*Solicito acima de tudo compromisso com o trabalho, respeito à profissão, aos usuários, enfim, eu solicito qualificação também se a gente está atendendo uma determinada situação... (...) É o que disse para você: eu não sou uma chefe de ficar contando minuto, horário... não quero saber disso, não me interessa... o que me interessa é que o trabalho esteja sendo realizado. Ao mesmo tempo, se baterem aqui*

*cinco minutos antes do nosso horário e tiver algum problema... não tiver ninguém... aí vão ter que responder por isso... e eu deixo muito claro... Eu deixo muito claro que cada um vai responder pelas suas ações... aqui todo mundo é adulto, todo mundo tem que tomar conta da própria vida... Eu deixo isso sempre muito nítido pra todos assim... (AS- C)*

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho (IAMAMOTO, 1999; RAICHELIS, 2009; 2011), e o(a) assistente social é um(a) trabalhador(a) assalariado(a). A condição de trabalhador assalariado – seja como servidor público, empregado de empresa privada ou contrato – envolve necessariamente, como lembra Iamamoto (2007), a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho – incluídos jornada de trabalho, índices de produtividade, salário, entre outros. Tratam-se de acordos comuns a todo e qualquer trabalhador(a) e, portanto, precisam ser respeitados. Essas questões relacionadas a normas contratuais acabam sendo um dos pontos de conflitos mais evidentes entre as chefes e a equipe.

*Eu acho que a chefia demanda muita coisa para a equipe. (...) A enfermeira no outro dia falou comigo assim: “Já tem mais ou menos umas duas horas que eu estou procurando a Assistente Social aqui do oitavo andar”. Aí falei: “Mas às vezes os telefones estão com problema.” – “Não, eu fui lá na sala dela e não tinha ninguém lá”. (...) Como eu estava terminando uma coisa, eu falei: “Eu estou indo aí”. E eu subi. Quando eu cheguei lá, a sala do Serviço Social estava fechada e a luz estava apagada. (...) No dia seguinte eu disse para a AS do setor: ”Nem sobe porque eu quero saber o que foi que aconteceu ontem. Não sobe. Porque você não tem como me dizer o que foi que aconteceu”. Perguntei: “Quem te autorizou ir embora? Quem disse pra você que você podia ter ido embora?” – “Ah, mas eu não fui...”. “Onde é que você estava porque eu fui lá, estava fechado sim, a luz estava apagada e eu deixei por escrito lá a hora que eu cheguei lá em cima, e que hora que eu saí lá de cima e o que foi que eu fiz, está tudo escrito lá e a enfermeira já tinha ligado pra mim dizendo que estava te procurando. E eu também não posso fazer isso só com você, eu vou fazer com o serviço todo e eu vou dizer porque. A partir de amanhã eu quero todo mundo aqui. Só depois das quatro horas e quarenta e cinco minutos vocês passem aqui pra assinar o ponto. (...) Porque aconteceu ontem no oitavo andar isso, aquilo... (AS-F)*

Pautas relativas ao reconhecimento do(a) assistente social enquanto um trabalhador(a) o(a) coloca em situação de igualdade com todos os demais trabalhadores assalariados, inclusive com o colega que assume um cargo de maneira temporária. Ao mesmo tempo imputa igual autonomia e responsabilidades. Numa relação de hierarquia,

além dos ditames do respeito é preciso problematizar qual o limite entre o policialesco autoritário e uma prática de respeito à população e aos demais profissionais.

Dessa forma é interessante observar que a questão de traços autoritários aparece no discurso de algumas chefes. Todavia, o argumento utilizado para uma suposta postura autoritária da chefia de Serviço Social se baseia no compromisso do profissional com o usuário, o que no mínimo pode ser caracterizado como uma grande contradição, uma vez que não se pode dizer que se adota a defesa de direitos dos usuários, mas utiliza relações autoritárias para com os colegas de profissão<sup>122</sup>.

Essas questões são apontadas pelas assistentes sociais chefes, quando deixam explícita sua preocupação em demandar para a equipe o compromisso e cumprimento com o trabalho realizado (**AS-C** e **AS-F**) e a solicitação de envolvimento com atividades que abarcam assistência, ensino e pesquisa (**AS-A**). O que requer, em última instância:

(...) um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Esses elementos, aliados à pesquisa da realidade, possibilitam decifrar as situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. Mas, requisita, também, um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los. (IAMAMOTO, 2007, p. 208)

Os(As) profissionais precisam estar conectados ao “movimento histórico processual da realidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 198). Ainda que os limites impostos pela estrutura das instituições hierarquizadas, e em última instância da estrutura econômica estejam dados, é preciso investir e acreditar na criação de estratégias que possibilitem a formulação de propostas visando à ultrapassagem do instituído, de práticas rotineiras, em favor dos valores democráticos.

As assistentes sociais chefes **AS-D** e **AS-E** destacam outro aspecto muito caro para a categoria, o movimento coletivo e participativo da equipe na defesa do projeto que defendem. Quando este envolvimento não ocorre, devido a divergências

---

<sup>122</sup> Termo comumente utilizado para se referir a profissional da mesma equipe ou da mesma instituição de trabalho.

ideológicas, isso pode gerar “decepção” da chefia, desgaste na relação com a equipe e até desestímulo pela ocupação do cargo.

Outra forma de analisar os desafios para se implementar uma gestão mais democrática foi a identificação de alguns pontos “negativos” em relação à gestão (falta de gerência sobre a política de RH, permissividade do serviço público, ausência de trabalho em grupo, entre outros); além de alguns pontos de conflitos da equipe (diferença de vínculos de trabalho, divergência de condutas e projetos defendidos individualmente por componentes da equipe), que, correlacionados, se apresentam como fatores que traçam modos tensos de convivências e interferem diretamente no trabalho realizado pelas chefias entrevistadas.

Assim, o Quadro 14 apresenta uma descrição do que as chefes entrevistadas consideram como pontos negativos ao ocuparem o cargo de gerência de equipes de Serviço Social que, por sua vez, dificultam o exercício dessa função.

**Quadro 14. Pontos negativos em relação à gestão**

<b>Instituição</b>	<b>Pontos negativos</b>
A	- A falta de gerência sobre a política de Recursos Humanos. - A desarticulação da instituição de alta complexidade com a rede de atenção de média e baixa complexidade. - Ausência de trabalho em grupo.
B	- Questões de entendimento das atribuições e competências do Serviço Social dentro da própria equipe.
C	- A falta de organização burocrática que acaba acarretando problemas administrativos. - Diferença entre os projetos defendidos pela categoria e pela instituição.
D	- Envolvimento abaixo do que avalia como necessário para ocupação do cargo de chefia. - Comunicação da equipe ainda deficitária. - Exigência de privilégios com os assistentes sociais dos quais a chefia é próxima. - Diferença entre os projetos defendidos pela categoria e pela instituição.
E	- Tratamento diferenciado da equipe porque você está exercendo a função de chefe.
F	- Permissividade do serviço público.

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

No que diz respeito aos pontos negativos, destacam-se questões relacionadas à conformação da política de saúde atual, com redução de investimentos em recursos humanos para o SUS. Além disso, pode-se observar a desarticulação entre os níveis de atenção à saúde; a necessidade de um maior envolvimento da equipe com o trabalho, além do atendimento direto ao usuário; a dificuldade de reconhecimento das atribuições

privativas do(a) assistente social; a ausência do trabalho em grupo e a diferença entre os projetos institucionais e os da categoria. A falta de organização/apoio administrativo, além dos modos de administração e modelos de gestão, contribuem por ampliar o contexto de conflitos que dificultam o exercício da chefia numa perspectiva democrática e participativa.

*A Política de Recursos Humanos é uma, então a gente já teve situações de três vínculos aqui, em que as pessoas recebiam salários diferentes... uma recebia dois, outra recebia três e outra recebia dez e todo mundo tinha que fazer a mesma função[...]. Então eu acho que assim, o ponto mais negativo é isso, a questão de recursos humanos, que a gente não tem autonomia para definir isso. Não tem gerência sobre isso, a gente acaba tentando fazer o melhor que pode com o que nos é solicitado. (AS-A)*

Assim, são destacados ainda como pontos negativos, pela assistente social **AS-D**, “certas exigências” por parte da equipe, que se transformam em conflitos, como se a assistente social que se encontra ocupando o cargo de chefe pudesse privilegiar determinadas posturas em detrimento de outras, em função do vínculo afetivo com as colegas de trabalho, com foco em relações particulares.

Por outro lado, a **AS-E** afirma que o lugar de chefia acaba sendo um lugar de distanciamento da equipe, uma vez que esta tende a passar a ver o chefe não como aquele mesmo colega que até então fazia parte do grupo envolvido nas discussões e pactuações coletivas, mas como alguém “diferente”, pela posição momentânea que ocupa. Desta forma, as funções e o papel exercido pelo chefe ocasionam distanciamento da equipe e dificultam nas relações cotidianas.

*Ponto negativo é isso... as pessoas passarem a te ver de uma maneira diferente, que aí você não é mais a colega, você vira o chefe e isso para mim é muito difícil. Isso é uma coisa que eu ainda não consigo me encaixar, entendeu? Não consigo me encaixar nisso ainda. É muito difícil porque na verdade você continua sendo parte da equipe. Você na verdade só está fazendo uma função diferente, porque de fato é isso, eu não vejo isso como prerrogativa, muito pelo contrário, eu acho que a responsabilidade dobra, triplica, porque eu também sou isso, eu sou uma pessoa que eu gosto de ser muito correta nas coisas que eu faço. Eu não vou admitir nunca alguém botar o dedo na minha cara e falar: “Você fala isso, você não faz, você não cumpre tal coisa assim, assim, assado, você não pode me cobrar isso porque você (...)” Isso é uma coisa que eu não vou admitir nunca. Mas, na verdade, eu não mudei, eu mudei a função que eu faço, mas eu continuo sendo a mesma pessoa. (AS-E)*

Além das questões administrativas e da necessidade de mediar conflitos pessoais, que foram analisadas como dificuldades, as entrevistadas apontaram alguns conflitos existentes nas relações cotidianas entre os membros da equipe e a chefia, e entre essa e a direção, que acabam por gerar tensões e desgastes diretamente no exercício da gerência.

Dentre os apontamentos ressaltados pela **AS-B** destaca-se um exemplo que diz respeito às diferenças ideológicas dentro da equipe, no que tange à defesa de projetos profissionais divergentes, independentemente da função exercida.

*Não digo nem da formação... tem uma coisa do entendimento da nossa atividade. A equipe não é homogênea no entendimento da atividade, no entendimento do perfil de atendimento do Hospital, isso também é complicado... é... tem conflitos assim, conflitos pessoais... muito acirrados. Conflitos pessoais relacionados a forma de trabalhar mesmo, (...) aí isso vira uma grande confusão... só que a autonomia também é um problema porque a autonomia tem muito conflito em relação à gente ter uma linguagem única do serviço, com todas as nossas diferenças, para o estabelecimento do serviço, na minha opinião a gente tem que ter uma linguagem única. Se a gente começa a polarizar muito a gente, fragiliza (...) isso é um ponto crucial na minha gestão assim, de dificuldade na minha gestão que é aquela (...) em nome da autonomia, eu falo o que eu quiser. (AS-B)*

Outro elemento de conflito importante que também perpassa o cotidiano da chefia de Serviço Social está relacionado aos enfrentamentos com a direção para garantir a defesa dos direitos dos usuários. Sabe-se que o exercício profissional do (a) assistente social encontra-se inserido em um complexo de determinações e mediações que põem em relevo a contradição entre as exigências institucionais dos empregadores, as imposições pessoais históricas de acúmulo de poder (e suas requisições, muitas vezes equivocadas) e a defesa de um projeto profissional construído coletivamente pela categoria (IAMAMOTO, 2009). O Serviço Social no âmbito da saúde é a única categoria, de acordo com Vasconcelos et al (2004, p. 48), com um “projeto de profissão articulado às necessidades e interesses históricos da classe trabalhadora”. Portanto, os(as) profissionais enquanto categoria se posicionam em defesa dos direitos dos usuários. Nesse sentido, a chefia pode desempenhar um papel muito importante contribuindo para visibilidade de um trabalho de qualidade, respaldado nas atribuições e competência do Serviço Social, a partir de mediações. Mas isso também pode colocá-lo em uma posição de enfrentamento constante. O exemplo trazido pela **AS-C** demonstra

de maneira bem nítida como esses conflitos permeiam o cotidiano das assistentes sociais chefes.

*(...) Para você ter uma ideia, quando a gente foi instalar a visita ampliada, os docentes da medicina escreveram um documento de oito páginas, sendo contrários à visita ampliada. E aí nesse documento, os argumentos mais assim, que você para e pensa: “esse povo está precisando aposentar urgente” – (...) então o paciente, ele é um mero objeto de estudo deles. Não interessa se ele tem família, ele é um privilegiado de ter conseguido entrar aqui dentro? E aí, nesse momento assim, eu tive que fazer – olha isso – eu tive que fazer contato com a direção da Escola de Medicina, explicar para a Escola de Medicina do que se tratava. A Escola de Medicina fez uma reunião onde eu estive presente, na cova dos leões, para explicar, ouvir os argumentos mais assim... que dava vontade assim, de levantar e falar assim: “não, gente, pelo amor de Deus, o que é isso? (AS-C)*

A divergência relativa aos projetos defendidos pela instituição e os projetos da categoria profissional influenciam diretamente o trabalho do(a) assistente social. As correlações de forças econômicas, culturais e sociais acabam impondo ao profissional desafios que trarão embates com as relações de poder instituídas, em busca dos interesses dos cidadãos. Como já referenciado anteriormente, o(a) assistente social é um profissional assalariado (IAMAMOTO, 1999; 2007) e, portanto possui uma autonomia relativa<sup>123</sup>, já que não dispõe de todos os meios necessários para realização de sua atividade profissional, pois parte destes meios são fornecidos pelas instituições empregadoras. De tal modo que, o trabalho do assistente social encontra-se “sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao seu controle e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto coletivo” (IAMAMOTO, 2009a, p. 354).

Assim, existe um tensionamento entre o poder do empregador (e suas demandas) e os projetos defendidos pela categoria. A partir do conhecimento dos profissionais, calcados em estratégias técnicas e políticas (IAMAMOTO, 2009a), se torna possível a realização de mediações necessárias para que estes possam potencializar ações capazes de promover impactos de mudanças na vida dos sujeitos. A fala da **AS-D** também contribui para traduzir a presença de conflitos entre os projetos institucionais e os do Serviço Social.

---

<sup>123</sup> Somada aos estudos de Iamamoto (2007), a dissertação de Simões (2012) também apresenta um elenco importante de questões para o debate da autonomia.

*(...) uma direção do hospital que pensa autoritariamente, hierarquicamente, não tem ali a gestão democrática, eles pensam em termos de subordinados, a fala deles é essa: “ah, os seus subordinados, vocês tem que mandar nos seus subordinados, pedir, que os subordinados obedçam.” O Serviço Social trabalha com outra linha: a escuta, decisões coletivas e democráticas. Então você está no meio desse caldeirão. (AS-D)*

Ao considerar a sociedade e o modo de produção vigente, em que se encontram inseridas as assistentes sociais, torna-se importante sinalizar de modo mais direto que as questões que envolvem a operacionalização de uma gestão democrática e participativa podem se expressar por meio de desafios/dificuldades, mas também por algumas facilidades. Facilidades essas que dialogam diretamente com os pontos positivos encontrados nas falas das assistentes sociais para imprimir uma gestão mais democrática.

As entrevistadas apontaram diversos conflitos, dilemas. E pontos negativos, como foi visto até aqui. Nenhuma delas afirmou que exercer a atribuição privativa de chefia constitui função fácil. Pelo contrário, afirmaram que se trata de um cargo difícil, embora não tenha ocorrido nenhuma manifestação de que seria um lugar jamais ocupado por elas. Cabe a reflexão de que, apesar de trabalhoso e difícil, não deixa de ser um lugar que proporciona status e poder.

Mas, “... pra não dizer que não falei das flores...” (parafraseando o compositor Geraldo Vandré), em meio às dificuldades as assistentes sociais conseguem identificar pontos positivos que contribuem para exercerem o cargo de chefia.

O Quadro 15 apresenta uma descrição a respeito das impressões das chefes entrevistadas sobre os pontos que consideram como positivos que por sua vez facilitam a ocupação do cargo de gerência de equipes de Serviço Social ou talvez contribuam como mecanismos capazes de qualificar o exercício profissional.

**Quadro 15. Pontos positivos em relação à gestão**

<b>Assistentes Sociais</b>	<b>Pontos positivos da gestão</b>
A	- Compartilhar as decisões em grupo. - Legitimidade perante o grupo.
B	- Contribuição para uma maior qualidade do Serviço Social na instituição.
C	- Reconhecimento institucional do Serviço Social.
D	- Reconhecer o que é estar no lugar de um chefe. - Contribuir para melhoria do serviço e da comunicação.
E	- Criação de uma gestão mais participativa e democrática e menos autoritária.
F	- Garantia de carga horária para qualificação profissional. - Criação de critérios coletivos para as questões administrativas, como critérios para férias e estudos.

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisa realizada pela autora com chefes de equipes de Serviço Social de instituições federais no Rio de Janeiro (fevereiro/2014).

Assim, independentemente das atividades, das dificuldades, de ser “duro” e complexo o espaço da gestão de equipes, fica bastante explícita em alguns posicionamentos uma preocupação em ocupar de maneira competente o espaço da chefia, de contribuir para um Serviço Social cada vez mais sintonizado e compromissado com o Projeto ético-político profissional. A proposta defendida por todas as assistentes sociais chefes é que elas estão no cargo a fim de contribuir para que o serviço seja mais qualificado tanto para o usuário quanto para a própria equipe.

Esse envolvimento pode ser expresso a partir de aspectos positivos sinalizados nos depoimentos das **AS-B** e **AS-C**, caracterizando o avanço que tem ocorrido a partir do reconhecimento da profissão no âmbito institucional, fruto do trabalho da equipe, incluindo o envolvimento da chefia.

*Positivos eu acho que, como eu falei, a gente avançou. A gente avançou assim, com todos os problemas, com as divergências assim pessoais que existem, com a imaturidade que todos nós temos um pouco, não é? Eu acho que com tudo isso, a gente está crescendo... eu pelo menos tenho esse olhar... a gente está crescendo enquanto categoria, sabe? (AS- B)*

*Como ponto positivo eu vejo, de fato, que na minha gestão o Serviço Social foi alçado a outro patamar dentro da instituição, de um Serviço Social mais reconhecido dentro do espaço de trabalho. (AS-C)*

Outro aspecto que aparece na fala da **AS-A**, que conota inferência positiva, está relacionado ao modo como a profissional ocupa o cargo de chefe, desempenha um papel de assessoria, de facilitadora e de liderança. Talvez essa possibilidade esteja de acordo com um exercício que se aproxime de uma legitimidade alcançada perante as relações hierárquicas na instituição. Isso gera sensação de reconhecimento da própria capacidade técnica da profissional e de que está caminhando em direção aos projetos que defende e acredita.

*(...) a gente acaba ocupando um espaço de assessoria, digamos assim, às direções e que a gente meio que divide e que não é função só minha porque também uma preocupação minha como chefia é ser uma liderança e não ser chefe entendeu? (AS-A)*

O reconhecimento de que o(a) assistente social é um(a) profissional que tem muito a contribuir para a saúde, devido ao acúmulo de conhecimentos em relação a essa política, constitui um aspecto positivo e facilitador no que se refere à ocupação do cargo de chefia.

De modo específico, o exercício de garantir carga horária para qualificação profissional gera possibilidade de uma aproximação horizontal com a equipe e suscita possibilidade de respeito e troca que, por sua vez, constitui facilitador dos processos democráticos e das relações cotidianas de trabalho.

*Então todo mundo tem que estudar. Eu acho que isso foi uma das coisas que eu consegui construir nessa equipe. Porque eu não sei se você tem essa experiência, mas as pessoas quando trabalham muito, elas vão trabalhando e um dia elas lembram: “gente, não fiz outra coisa a não ser trabalhar.” Não aqui. Aqui é o lugar de estudar e é lugar de trabalhar. E quando você estuda, você também na sua relação com o outro, acaba aquela história assim da subalternidade profissional. É subalterno aquele que não sabe discutir, aquele que não defende o seu ponto de vista, aquele que não consegue mostrar qual é a sua contribuição para um trabalho interdisciplinar na equipe, não é? Então eu acho que isso tudo vai dependendo de como que você se põe naquele lugar com a equipe. E o respeito você não cobra. Nós nos respeitamos pelo que nós somos dentro da própria equipe. Então eu acho isso muito positivo. (AS- F)*

Ressalta-se que as assistentes sociais chefes, ao se envolverem com propósitos de realizar mediações que provoquem a possibilidade de garantir relações horizontais, de respeito, com acordos pactuados relacionados aos direitos e deveres dos trabalhadores, encontram-se em consonância com princípios de uma gestão com aproximações cada vez mais democráticas e participativas.

Pensar uma gestão com características mais democráticas e participativas na área da saúde, dentre outros aspectos, pressupõe:

- \* uma articulação com o movimento dos trabalhadores e dos usuários comprometidos com o SUS Constitucional;

- \* a busca da construção e efetivação conjunta com outros profissionais de espaços nas instituições de saúde, que “garantam a participação popular nas decisões”, assim como o levantamento de discussões e “defesa da participação crítica” tanto entre a equipe de Serviço Social, como os demais trabalhadores da saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p. 43-44);

- \* articulação das ações do Serviço Social na instituição com o que preconiza o Projeto de reforma sanitária, e consequentemente o Projeto ético-político profissional (BRAVO; MATOS, 2004, p. 43-44);

- \* a busca da construção de espaços em que todos(as) os(as) assistentes sociais da equipe possam opinar sobre a gestão realizada, com pactuação de acordos referentes a

organização do trabalho, a exemplo da realização regular de reuniões, além da garantia do respeito às decisões colegiadas da gestão.

\* envolvimento dos(as) assistentes sociais nas atividades de planejamento, de definição de objetivos a serem realizados durante a gestão (tanto em relação à equipe de Serviço Social propriamente dita, como da gestão da instituição ) contribuindo a partir de estudos e pesquisas sobre os determinantes sociais da saúde;

\* elaboração conjunta com a equipe de um projeto para a gestão, com previsão de participação de todos(as) os(as) assistentes sociais, na perspectiva de uma “apropriação teórica metodológica e ético política” que objetive o “exercício de um profissional consciente, crítico, criativo e politizante” (VASCONCELOS, 2001, p. 130);

\* busca de condições objetivas para uma formação continuada para a equipe de Serviço Social.

Muitas dessas características que compõem uma gestão com “características democráticas e participativas”, articuladas com a defesa dos direitos dos usuários e das conquistas dos(as) trabalhadores(as), foram percebidas nos depoimentos das assistentes sociais chefes de equipe. Ficou explícito que a maior parte delas busca chefiar as suas equipes tomando por norte o Projeto ético-político profissional, mas ainda encontra muitas dificuldades para realizar mediações que possibilitem uma maior participação e envolvimento da equipe de Serviço Social nas decisões e nos espaços institucionais. Isso comprova que as instituições de saúde, mesmo com a presença de movimentos em favor do Projeto de Reforma Sanitária, ainda caminham com características conservadoras, hierarquizadas, o que vem fortalecendo o Projeto privatista. São características difíceis de ser modificadas, quer seja por questões estruturais, como o modo de produção capitalista, a conformação da política de saúde atual, as influências de construções coletivas históricas, com o predomínio de determinadas categorias profissionais; quer seja pelo estabelecimento de relações autoritárias, tradicionais e particularistas, marcadas por conflitos e tensões nesses contextos.

As assistentes sociais realizam um movimento de busca para operacionalização de uma gestão com características mais democráticas, mas se trata de um exercício ainda inicial, mediante as práticas democráticas vivenciadas em nosso país marcadas por cortes históricos de ditadura (golpes militares) e abusos de poder. Lembra-se que a própria configuração atual do hospital advém de influências militares e hierarquizadas, conforme aponta Foucault (2011). Além disso, faz pouco tempo que se iniciou o exercício da participação social, tanto da população quanto dos trabalhadores.

Acredito que seja cada vez mais urgente forjar, nos espaços ocupados na gestão em caráter amplo – seja na gestão da política ou de uma equipe –, processos que busquem a defesa de uma gestão democrática e participativa sintonizada com o Projeto ético-político profissional. Pois, assim como diz a canção “Coração Civil” de Milton Nascimento:

(...) Quero que a justiça reine em meu país. Quero a liberdade, quero o vinho e o pão. (...) Se o poeta é o que sonha o que vai ser real. Bom sonhar coisas boas que o homem faz. (...) Assim dizendo a minha utopia eu vou levando a vida. (...) Doido pra ver o meu sonho teimoso, um dia se realizar.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu a realização de aproximações com a realidade das assistentes sociais que ocupam cargos de chefia de equipe de Serviço Social que exercem suas atividades em hospitais públicos federais na Cidade do Rio de Janeiro. A opção pela realização da pesquisa possibilitou investigar a atribuição privativa de chefia de equipes, no contexto de privatização cada vez mais crescente da saúde pública, imposta pelo neoliberalismo.

Afirma-se que foram, de fato, aproximações com essa realidade, uma vez que não é possível “conhecer a estrutura concreta da realidade social em si mesma” (KOSIK, 2010, p.43). Então, buscou-se uma apreensão, a partir da perspectiva de totalidade, a fim de analisar como tem se dado o desenvolvimento da atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social – no contexto dos hospitais públicos federais na Cidade do Rio de Janeiro – e sua relação com o Projeto ético-político da categoria profissional.

A presente pesquisa buscou, através da articulação entre material bibliográfico e entrevistas realizadas, ampliar o debate em torno da discussão da atribuição privativa de chefiar ou coordenar equipes de Serviço Social na saúde. A finalidade foi refletir como tem sido, por parte destes(as) trabalhadoras(es), a defesa de uma gestão com características mais democráticas, amparada no estabelecimento de relações horizontais e pactuadas em equipe, que em muitas situações vão de encontro aos movimentos hierárquicos hegemônicos e aos processos de privatização da saúde pública. Considerou-se, nessa proposta, que a base para uma gestão mais democrática e participativa encontra respaldo nos postulados do Projeto ético-político profissional defendido pela categoria, que primam pela defesa da questão pública de direito e de movimentos democráticos.

Minha hipótese era de que as assistentes sociais, ao exercerem a atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social, em alguma medida têm dificuldades para realizar uma gestão com traços mais democráticos e participativos articulados com o Projeto ético-político profissional, mediante as questões da política de saúde atual, da hierarquia institucional, dos processos burocráticos e gerenciais, das privatizações crescentes nas unidades hospitalares e da intencionalidade de suas ações profissionais. A partir da aproximação com o campo empírico, sob a luz da teoria crítica, foi possível analisar que efetivamente as assistentes sociais, em cargos de chefia de equipes de

Serviço Social, enfrentam os rebatimentos da política pública atual, cujos traços de privatização, flexibilização, terceirização provocam tensões nas relações de poder hierarquizadas entre chefias (direção geral e profissionais da equipe) influenciando o exercício profissional dessas profissionais.

O ponto de partida para a análise das chefias de equipes de Serviço Social considerou as diversas configurações da administração pública no Brasil, cujas características patrimonialistas, burocráticas e gerenciais continuam impactando as formas de gestão geral das instituições, das políticas sociais e dos serviços e equipes. A política de saúde, foco do estudo, defendida aqui enquanto direito universal, público e de qualidade inscrito na Constituição Federal de 1988, vem sofrendo os rebatimentos da contrarreforma do Estado brasileiro, com destaque para os denominados novos modelos de gestão que apresentam como característica principal, a privatização e a mercantilização da saúde.

Em um movimento paralelo e contraditório a Política Nacional de Humanização (PNH) no âmbito da saúde, apresenta como proposta mudanças na gestão e no trabalho em saúde, que objetiva caminhar na direção de um SUS de qualidade. Contudo, percebe-se que algumas das propostas da PNH são contraditórias e conflitantes com os pressupostos da Reforma Sanitária e do SUS.

Alguns dos dispositivos que vêm sendo utilizados para “operacionalizar essa política”, como ênfase na ambiência, no projeto terapêutico singular e nos contratos de gestão; apresentam-se sem a correlação necessária com os aspectos centrais da política de saúde. Os aspectos como o financiamento, os determinantes sociais da saúde e a efetiva participação dos sujeitos nos processos decisórios, não têm sido tratados no âmbito dessa política, com o mesmo foco prioritário que tem sido dado para a micropolítica do trabalho e das relações.

A proposta foi pensar como os aspectos mencionados, que dizem respeito aos denominados “novos modelos de gestão”, que dialogam diretamente com os princípios da PNH, impactam nas relações hierárquicas de poder, em suas formas de gerência nas instituições de saúde. E como essas questões influenciam a função de chefes, gerentes ou coordenador de equipes na saúde, com destaque para as chefias de Serviço Social, sobretudo no âmbito hospitalar. Nesse sentido, particularizou-se a análise a partir dos hospitais públicos, tendo em vista ser o lócus da pesquisa de campo. Busquei discutir a importância de os(as) assistentes sociais chefes de equipe, tomarem por base em seu cotidiano os princípios e valores do Projeto ético-político profissional, a fim de terem

embasamento necessário para defenderem uma gestão com traços mais democráticos e participativos frente as requisições gerenciais atuais, em tempos de mercantilização das relações.

A gestão constitui tema bem complexo e contraditório, pois o próprio conceito surge associado às teorias da administração, conforme aponta Chiavenato (1996; 2008) conformando um caráter intensamente conservador. E, nos últimos tempos, tem sido a bandeira defendida pelos organismos internacionais (CLAD, OMC, FMI) para a superação da suposta crise das políticas sociais, em especial, a da saúde.

A defesa deste trabalho é que, a constituição de uma “gestão mais democrática e participativa”, no âmbito do Serviço Social na saúde, deve tomar por norte tanto as prerrogativas constitucionais quanto as leis oriundas da Reforma Sanitária, que embasaram o SUS e se encontram em consonância com os postulados e valores do Projeto ético-político profissional. Esse projeto busca a incorporação, no cotidiano das relações sociais, de valores da cidadania, justiça social, pluralismo, da qualidade dos serviços prestados à população, do incentivo à participação, da chefia de equipe através de relações horizontais e democráticas – enfim, de uma nova ordem societária, sem exploração de qualquer natureza. Nesse sentido, se opõe veementemente à mercantilização das políticas sociais, da terceirização, das desigualdades sociais, do autoritarismo, do preconceito, da dominação, das relações desiguais de poder.

Importa dizer que esse é um estudo específico e, portanto, pode não corresponder à realidade da maioria das chefias de Serviço Social dos hospitais públicos do Brasil, uma vez que a pesquisa partiu da realidade de profissionais vinculadas a instituições federais, que, de certa forma, privilegiam a vinculação entre assistência, ensino e pesquisa.

Em geral, a pesquisa de campo realizada com as chefes de Serviço Social desses hospitais constatou que, o Projeto ético-político profissional e a aproximação com as questões constitucionais democráticas e participativas constituem referência para as assistentes sociais chefes entrevistadas. Contudo, a forma como as profissionais realizam sua gestão junto às equipes de Serviço Social na saúde, sofre influência das configurações contemporâneas da administração pública, da conformação da política de saúde atual, das requisições gerenciais ainda prevalentes nas instituições de saúde, que corroboram a continuidade de relações hierárquicas, implantações de metas, produtividade, eficiência e eficácia, conforme os moldes impostos pelo projeto neoliberal. Esses elementos trazem repercussões para o trabalho das chefias de Serviço

Social e se confrontam diretamente com o Projeto ético-político profissional, principalmente no tocante ao trabalho coletivo em saúde.

Apesar dessa constatação, todas as profissionais que participaram dessa investigação demonstraram em seus discursos posicionamentos antagônicos a esses determinantes macrossociais, ainda que, em algumas de suas ações, fique patente a influência que essas características exercem no cotidiano da gestão das chefias.

Nesse sentido é que se pode afirmar, nos limites deste estudo, que na pesquisa realizada verificou-se, a partir de algumas falas, a presença de práticas das chefes de Serviço Social ainda permeadas de hierarquia e gerencialismo, mediante os ditames institucionais. Há de se convir que são inúmeras as dificuldades cotidianas para se romper com lógicas hegemônicas, construções históricas e posicionamentos naturalizados ao longo dos tempos. E mais, que os processos democráticos e participativos no Brasil são recentes e, portanto, as práticas que caminham nessa direção também o são.

Ainda que as chefias de Serviço Social deixem explícito em seus discursos o comprometimento com práticas democráticas e participativas, transversalizando o exercício profissional, isso nem sempre se traduz em ações, embora realizem ações positivas e diferenciadas. Em alguns momentos, notam-se relatos de existência de posicionamentos, no exercício do cargo, demonstrando um “certo mix” do modo de gerência defendido pelo Projeto ético-político profissional e pela Reforma Sanitária (democrático e participativo) com a realidade cotidiana (permeada de características ainda hierarquizadas, burocráticas, rotineiras, imediatas e gerenciais). Isto é, ficou explícito em suas falas que elas até têm a pretensão de realizar uma gestão mais com características mais democráticas e participativas. Mas, essa intenção nem sempre se concretiza em ações.

Assim, embora a maior parte das(os) assistente sociais entrevistadas(os) que ocupam cargos de chefia busque caminhar numa direção contra-hegemônica, com características mais democráticas e participativas, ao se defrontar com as diretrizes estruturais das instituições, com os processos hierárquicos, com as relações contratuais de trabalho, com os ajustes impostos pelo não investimento suficiente na política de saúde (traduzido na falta de recursos humanos, de insumos, de pouco investimento no plano de cargos e salários, por exemplo), adicionada à própria intencionalidade de suas ações, acaba, em algumas situações, permeando suas práticas em ações pautadas em aspectos personalistas e hierárquicos.

Identificou-se na pesquisa que, em geral, para a construção de uma gestão democrática, ainda se torna necessário maior investimento na comunicação horizontal entre a equipe; na transparência dos processos decisórios; na luta pela escolha dos(as) chefias pela própria equipe do Serviço Social; enfrentamentos coletivos em relação à privatização e mercantilização da saúde; maior participação nos espaços legítimos, tanto institucionais quanto da categoria; envolvimento cada vez maior contra os valores e práticas conservadoras e autoritárias no exercício profissional, entre outros aspectos.

Defende-se que a ocupação do cargo de gestão de equipes, com a possibilidade de exercer a atribuição privativa de chefia, constitui um lugar estratégico para defesa dos direitos dos usuários e da própria profissão. Ou seja, é um espaço para a defesa de uma gestão mais democrática e participativa, sintonizada com os princípios do Projeto de Reforma Sanitária, do SUS e do Projeto ético-político profissional.

Nesse sentido, foi possível verificar nas entrevistas que o exercício de gestão de equipes como atribuição privativa da(o) assistente social que trabalha na área da Saúde não tem se constituído “um problema” de estudo, enquanto objeto de investigações, caracterizando uma possibilidade de espaço de produção do conhecimento e de sistematização. Tal fato leva a refletir sobre a necessidade de imprimir uma imagem diferenciada para o exercício da chefia de equipe de Serviço Social – ainda que tenha sido constatado quão trabalhoso, difícil e até espinhoso (reproduzindo a fala de uma das entrevistadas) se constitua esse lugar.

Diante dessas dificuldades, foi possível identificar que as entrevistadas, em sua maioria, realizam uma gama de atividades e ações (administrativas, políticas, pedagógicas) ao ocuparem espaços de gerência de equipes de Serviço Social nos hospitais públicos federais do Rio de Janeiro. E mediante a necessidade de respostas gerenciais, burocráticas e rotineiras, nem sempre se torna possível reconhecerem a importância da gestão como lugar estratégico e fundamental na operacionalização de ações cada vez mais democráticas e participativas.

Constatou-se que, mesmo em contextos distintos, as assistentes sociais entrevistadas apresentam algumas características possíveis de serem generalizadas. A partir de então, foi possível ratificar que as assistentes sociais, ao ocupar a função/cargo de chefias ou coordenações das equipes de Serviço Social nos hospitais públicos federais do Rio de Janeiro, enfrentam diversas dificuldades que caracterizam os modos de se fazer gestão nos contextos pesquisados. Essas dificuldades ocorrem em circunstâncias contraditórias e marcam exercícios profissionais permeados de conflitos

e tensões. Mesmo entendendo que são experiências, a partir de uma realidade específica, para efeitos didáticos, essas dificuldades foram elencadas em internas e externas à equipe.

Entre as dificuldades internas estão: 1 - posicionamento ideológico e defesa de projetos distintos entre as(os) profissionais da equipe; 2 - necessidade de um maior envolvimento da equipe com o trabalho, para além do atendimento direto ao usuário; 3 - a ausência do trabalho em grupo; 4 - demanda da equipe por posturas com foco em relações particulares; 5 - distanciamento afetivo da equipe em relação a quem está ocupando a chefia, o que expressa dificuldade nas relações cotidianas; 6 - necessidade de mediação de conflitos pessoais entre os membros da equipe; 7 - comunicação deficiente entre os membros da equipe.

Já as dificuldades externas à equipe referem-se a(aos): 1 - enfrentamentos com a direção para garantir a defesa dos direitos dos usuários, 2 - divergência relativa aos projetos defendidos pela instituição e os projetos profissionais; 3 - redução de investimento em recursos humanos para o SUS; 4 - desarticulação entre os níveis de atenção à saúde; 5 - a dificuldade de reconhecimento das atribuições privativas do assistente social; 6 - modelos de gestão das instituições que contribuem por ampliar o contexto de conflitos que dificultam o exercício da chefia numa perspectiva democrática e participativa.

Ainda a partir das entrevistas, torna-se possível refletir que, mesmo diante das dificuldades destacadas pelas assistentes sociais ao ocuparem cargos de chefia de equipe, existe um consenso explicitando que, ao ocuparem este lugar, objetivam contribuir para que o “serviço” seja mais qualificado tanto para o usuário quanto para a própria equipe. Isso demonstra o comprometimento dessas profissionais com essa atribuição privativa, numa perspectiva mais autônoma e participativa.

Além das diversas dificuldades que apresentam relação direta com o exercício profissional, observou-se ainda que as assistentes sociais chefes pontuaram diversas tensões atreladas às relações de trabalho com a equipe multiprofissional, com a sua própria equipe e a direção, e que, ao ocuparem esse lugar, vivenciam situações que afetam sua vida privada (saúde e relações familiares). Esses fatores contribuem para que esse espaço seja, de fato, um espaço permeado de conflitos, que, mesmo sendo naturalizados pela posição de chefia, acabam interferindo na vida cotidiana das entrevistadas. Desse modo, é preciso analisar a complexidade do lugar de chefe no seio das relações contraditórias e da conjuntura atual.

Mediante o limite deste estudo, acredita-se que muitas indagações possam ser trabalhadas posteriormente, como: aprofundamento do conceito de gestão democrática e participativa no âmbito das instituições de saúde e das relações entre gestores, chefes, coordenadores e demais profissionais de equipes; a necessidade de oferta de formação continuada e/ou permanente em gestão, seja de equipes ou de serviços ou de instituições, calcadas na teoria crítica; investimento em estudos que dialoguem com a perspectiva de saúde do trabalhador chefe de equipes na saúde; análises sobre como a graduação pauta o tema da atribuição privativa de chefia de equipe na formação profissional; a discussão do(a) assistente social enquanto gestor(a) de equipes multiprofissionais; a polêmica em torno da extinção de chefias por categorias profissionais, entre outras.

Espera-se que as reflexões desta tese contribuam para o debate referente à atribuição privativa de chefiar equipes de Serviço Social, não só no âmbito da política de saúde, mas também de outras políticas sociais. Defende-se que esse espaço da gestão pode ser ocupado com ações mais democráticas e participativas, a fim de contribuir para o enfrentamento das posições hegemônicas ainda presentes no cotidiano, cujas ações dos sujeitos concretos, expressam modos gerenciais tradicionais nas instituições, setores e equipes na área da saúde.

As provocações levantadas nesta tese remetem à necessidade de maiores investigações para que se certifique de como o espaço da chefia de equipes de Serviço Social tem se concretizado no cotidiano profissional do(a) assistente social que exerce essa atribuição privativa.

Como sugestão, deixa-se a proposta de ampliação da discussão na Comissão de Saúde do CRESS sobre as atribuições, a partir do papel estratégico da chefia de Serviço Social na saúde, para a defesa do Projeto ético-político profissional, reabrindo um debate realizado por esse Conselho (CRESS, 2003). Fica o convite para ampliação das reflexões, a partir da contribuição deste estudo. Afinal, o conhecimento é um desafio! E a pesquisa, como afirma Minayo (2006, p. 47), tem a “característica do acabado provisório e o inacabado permanente”.

## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. Formação do assistente social no Brasil e a consolidação do Projeto ético-político. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.79, p.72-81, set. 2004.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro, 1996.

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.50, p.143-171, abr. 1996.

ABRAMIDES, M. B. C. **O projeto ético político profissional do Serviço Social brasileiro**. 2006, 401f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. PUC, São Paulo, 2006.

ABRUCIO, F. L. A; COSTA, V. M. F. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998.

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE (ADI) Nº. 1.923/1998. Frente Nacional pela procedência da ação direta de inconstitucionalidade e contra as organizações sociais (OSs). Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil: Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs). S/d In: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico\\_frentecontrasOS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf)> Acesso em 12 de julho de 2013.

AGUIAR, N. Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. In: **Soc. Estado**. Brasília, v.15, n.2, p.303-330, jun./dez. 2000.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. In: **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.4 n.2, p.263-286. 1999.

ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática da sistematização da prática em Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

ALVES, F. L; MIOTO, R. C. T; GERBER, L. M. L. Política Nacional de Humanização e o serviço social: elementos para o debate. In: **Serviço Social & Saúde**. Campinas, v.6, n.6, p.35-52, maio, 2007.

AMADOR, J. R. de O. A prática do assistente social na atualidade: a sala de espera como alternativa nos espaços do plantão. In: **POLÊM!CA**. Revista Eletrônica. Rio de Janeiro, v. 8, n.3, jul./set. 2009.

AMOROSO LIMA, A. M. C. **Administração pública brasileira e o sistema universitário federal. A ética deformada do patrimônio**. 2006, 157f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Escola de Serviço Social. UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

ANTUNES, R. O Brasil da era Lula. In: **Margem Esquerda, Ensaios Marxistas**. São Paulo, n.16, 2011.

\_\_\_\_\_. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8 ed. Cortez e Editora da UNICAMP, Campinas/São Paulo, 2002.

ARAÚJO, S. O. S de. **Gestão democrática?** Os desafios de uma gestão participativa na educação pública em uma sociedade clientelista e oligárquica. Maceió, EDUFAL, 2007.

ARIOSI, C. M. F. **Organização e gestão democrática na escola de educação infantil:** análise dos limites e perspectivas nas realidades brasileira e italiana. 2010, 254f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília-SP, 2010.

AZEVEDO, A. F. de; SARMENTO, H. B de M. Projeto ético político, necessidades e direitos sociais. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.92, p.85-97, nov. 2007.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Edição revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, Ltda., 2009.

BARROCO, M. L. S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.106, p.205-218, abr./jun. 2011.

\_\_\_\_\_. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético político do Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.79, p.27-42 nov. 2004.

\_\_\_\_\_. **Ética:** fundamentos sócio históricos. São Paulo: Cortez, Coleção biblioteca básica de Serviço Social, v.4, 2008.

BARROCO, M. L. S; TERRA, S. H. **Código de Ética do/a assistente social comentado**. CFESS (org). São Paulo: Cortez, 2012.

BATTINI, O. Atitude investigativa e formação profissional: a falsa dicotomia. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.45, p.142-146, ago. 1994.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma:** a desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. (orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. França e Brasil: realidades distintas da proteção social, entrelaçadas no fluxo da história. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.113, p 7-52, jan./mar. 2013.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, Coleção biblioteca básica de Serviço Social. v.2, 2006.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.561-571. jul./set. 2005.

BERNARDINO, E. **Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem.** 2007. 176f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos Campi São Paulo e Ribeirão Preto da USP, São Paulo, 2007.

BERQUÓ, L. T. A. P. P. O princípio da eficiência e o setor público não-estatal. **Prim@Facie.** Paraíba, v. 3, n.4, p.140-156, jan./jun. 2004.

BRECHT, B. **Antologia Poética.** Versão e prefácio de Edmundo Moniz. Rio de Janeiro: Edil, 1977.

BEZERRA, A. A. C. **Gestão democrática da construção de uma proposta curricular no ensino público: a experiência de Aracaju.** Maceió. EDUFAL, 2007.

BIHR, A. **Da grande noite à alternativa: o movimento operário europeu em crise.** São Paulo: Boitempo, 1999.

BOBBIO, N. Max Weber e os clássicos. In: BOBBIO, N.; SANTILLÁN, J. F. (orgs.). **Norberto Bobbio: o filósofo e a política.** Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

BOSCHETTI, I. Condições de trabalho e a luta dos(as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n.107, p.557-583, jul./set. 2011.

\_\_\_\_\_. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, I. et al. (orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo, Cortez, 2010.

BODSTEIN, R. C. de A. A assistência médica na agenda pública. In: BODSTEIN, R. C. de A. (orgs) In: **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.** Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1993.

BRASIL. **Lei Nº. 3.252, de 27 de agosto de 1957,** regulamentada pelo Decreto 994, de 15 de maio de 1962, que dispõe sobre o exercício da profissão de Assistente Social. Diário Oficial da União (DOU) de 15 de maio de 1962.

\_\_\_\_\_. **História e evolução dos hospitais.** Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização hospitalar. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 1944. Reedição de 1965.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil,** 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 20 de setembro de 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 31 de dezembro de 1990b.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 16 de julho de 1990 e retificado em 27 de setembro de 1990c.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União (DOU) de 19 de abril de 1991.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE).** Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Brasília, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória Nº. 1.591, de 9 de outubro de 1997.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do laboratório Nacional de Luiz Sincrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União(DOU) de 10 outubro de 1997a.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 18 de maio de 1998 e retificado em 25 de maio de 1998.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional Nº. 19 de 04 de junho de 1998.** Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 05 de junho de 1998a.

\_\_\_\_\_. **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, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 18 de março de 1999.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 9.962, de 22 de fevereiro de 2000.** Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 23 de fevereiro de 2000.

\_\_\_\_\_. **XI Conferência Nacional de Saúde,** Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Série histórica do Conselho Nacional de Saúde, Nº 2. Relatório Final. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).** Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 03 de outubro de 2003a.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM. Nº. 1863 de 29 de setembro de 2003.** Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde, 2003b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 11.108, de 07 de abril de 2005.** Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União (DOU) de 08 de abril de 2005.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização. Visita aberta e direito ao acompanhante.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Projeto Fundação Estatal. Principais aspectos.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Secretaria de Gestão. Brasília, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei Complementar Nº. 92, de 13 de julho de 2007b.** Regulamenta a Constituição Federal de 1988. Estabelece que o Poder Público poderá instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, nas áreas de atuação que especifica.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização. Gestão participativa e co-gestão.** Secretaria de Atenção à Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. rev. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada.** Secretaria de Atenção à Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 11.907, de 02 de fevereiro de 2009** - Capítulo III, Art. 298. Fica instituído o Adicional por Plantão Hospitalar - APH. Diário Oficial da União (DOU) de 03 de fevereiro de 2009 e retificado em 04 de fevereiro de 2009b.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº. 1.077, de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área

Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Ministério da Educação e da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 12.317, de 26 de agosto de 2010.** Acrescenta dispositivo à Lei no 8.662, de 07 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. Diário Oficial da União (DOU) de 27 de agosto de 2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº. 7.186, de 27 de maio de 2010.** Regulamenta os Arts. 298 a 307 da Lei Nº 11.907 de 02 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH. Diário Oficial da União (DOU) de 28 de maio de 2010a.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória Nº. 520, de 31 de dezembro de 2010.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. **EBESERH** e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). Edição extra de 31 de dezembro de 2010b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Programa de formação em saúde do trabalhador.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Diário Oficial da União (DOU) de 16 de dezembro de 2011a.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial MEC/MS N.º 1.224, de 03 de outubro de 2012.** Altera a Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Diário Oficial da União (DOU) de 04 de outubro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM Nº. 1.429, de 12 de julho de 2013.** Estabelece regras complementares acerca dos critérios de fixação do quantitativo máximo de plantões permitido para cada unidade hospitalar e instituto e os critérios para a implementação do Adicional por Plantão Hospitalar (APH) no âmbito do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 12.842, de 10 de julho de 2013.** Dispõe sobre o Exercício da Medicina. Diário Oficial da União (DOU) de 11 de julho de 2013b.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei Nº. 1749/2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH e dá outras providências. Transformado em Lei Nº. 12.550, de 15/12/2011. In: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029>> Acesso em 05 de outubro de 2014.

**BRAVO, M. I. S. Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.102, p.5-21, abr./jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). In: **Serviço Social e Saúde**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões. In: **Revista Inscrita**, n.09. Brasília, CFESS, 2004.

\_\_\_\_\_. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. (orgs). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. A saúde no Brasil na década de 90: projetos em Disputa. **Superando Desafios**. Rio de Janeiro, v. 4, p.9-16, 1999.

\_\_\_\_\_. **Questão da saúde e serviço social**: as práticas profissionais e as lutas no setor. 1991. 337f. Tese (Doutorado em Serviço Social). PUC, São Paulo, 1991.

BRAVO, M. I. S; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.109, p.126-150, jan./mar. 2012.

BRAVO, M. I. S; et al. Agenda para a saúde: desafios a serem enfrentados. In: BRAVO, M. et al. (orgs). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

BRAVO, M. I. S; MARQUES, M. G. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto privatista. In: BRAVO, M. I; MENEZES, J. S. B (orgs). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo, Cortez, 2012.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. Reforma sanitária e projeto ético político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. et al. (orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

\_\_\_\_\_. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B; RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Papel Social, Campinas, 2013.

BRAZ, M. O III CBAS de 1979: a virada e o seu legado às novas gerações. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.100, p.709-719, out./dez. 2009.

\_\_\_\_\_. O Governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.78, p.48-68, jul. 2004.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Exposição no Senado sobre a Reforma da Administração Pública. In: **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, n.3. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: SACHS, I., WILHEIM, J.; PINHEIRO, O. S.; (orgs.). **Brasil: um século de transformações**. São Paulo: Companhia das Letras, p.223-59, 2001.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte**. 2004. 393f. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

CABRAL, P. B. G. **Conservadorismo moral e Serviço Social**: a particularidade da formação moral brasileira e sua influência no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais. 2012. 192f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social. ESS/UFRJ, Rio de Janeiro, 2012.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.14, n.4, p.863-870, oct./dez. 1998.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-404, 1999.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/Fase, 1995.

CARVALHO, E. A Totalidade Como Categoria Central na Dialética Marxista. In: **Revista Outubro**. Instituto de Estudos Socialistas, n.15, p.177-193, 2007.

CARVALHO, J. M. de. A utopia de Oliveira Vianna. In: **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v.4, n.7, p.82-99, 1991.

\_\_\_\_\_. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro. 12 ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2009.

CASTRO, J. L. de; CASTRO, J. L. de. Estudo do perfil dos gerentes dos hospitais públicos do Rio Grande do Norte. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

CECÍLIO, L. C. de O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.557-566, jan./mar. 2010.

\_\_\_\_\_. Modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP**. Rio de Janeiro, v.3, n.31, p.36-47, 1997.

\_\_\_\_\_. Inventando a mudança no hospital: o projeto em defesa da vida na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. Saúde em debate. Série didática. São Paulo: HUCITEC, p.187-234, 1994.

CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO (CLAD), 1998. **Uma nova gestão pública para América Latina**. In: <<http://unpa1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/unpan000162>>. Acesso em: 08 de julho de 2014.

CÉSAR, M. de J. Serviço Social e reestruturação industrial: requisições, competências e condições de trabalho profissional In: MOTA, A. E (org.)s **A Nova fábrica de Consensos**: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social. São Paulo: Cortez, 1998.

CHAUI, M. **Cultura e democracia**. In: Crítica y emancipación. Revista latinoamericana de Ciencias Sociales [online]. n.1, Año 1, p.53-76, 2008.

\_\_\_\_\_. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 4ª reimpressão, 2008.

\_\_\_\_\_. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Makron Books, 1996.

CISLAGHI, J. F. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

\_\_\_\_\_. A formação profissional dos assistentes sociais em tempos de contrarreformas do ensino superior: o impacto das mais recentes propostas do governo Lula. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.105, p.241-266, abr./jun. 2011a.

CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O.; SOUZA, T. **O financiamento do SUS**: principais dilemas. In: ANAIS do I Circuito de debates acadêmicos (2011). INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>> Acesso em 11 de julho de 2014.

CONCEIÇÃO, T. S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. In: **SER Social**, Brasília, v.11, n 25, p.194-220, jul./dez. 2009.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. et al (orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.394-395, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. 1ª edição ampliação, 2012.

\_\_\_\_\_. **Relatório Analítico. Frente contra as Organizações Sociais**. In: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico\\_frentecontrasOS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf)> Acesso em 12 de julho de 2013.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. 2010.

\_\_\_\_\_. **Direito se conquista: a luta dos/as assistentes sociais pelas 30 horas semanais**. Gestão Atitude crítica para avançar na luta. Brasília: CFESS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. In: PREDES, R. et al. (orgs.). Brasília, CFESS, 2005.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº. 493 de 21 de agosto de 2006**. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social, 2006.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº. 383 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº. 533, de 29 de setembro de 2008**. Regulamenta a Supervisão direta de Estágio no Serviço Social. 2008.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº. 273, de 13 de março de 1993**. Institui o Código de Ética profissional do assistente social. Diário Oficial da União (DOU) de 30 de março de 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº. 8.662, de 7 de junho de 1993**. Regulamenta a profissão de assistente social e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 08 de julho de 1993a.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução Nº. 218, de 6 de março de 1997**. Reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde. 1997.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). 7ª Região - RJ. **O Serviço Social em hospitais: orientações básicas**. Rio de Janeiro, 2003.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COSTA, G. P. **Heranças patrimonialistas, (dis)funções burocráticas, práticas gerenciais e os novos arranjos do Estado em rede: entendendo a configuração atual da administração pública brasileira**. 2012. 253f. Tese (Doutorado em Administração). Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. Rio de Janeiro, 2012.

COSTA, M. H. da. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: MOTA, A. E. (org.). **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social**. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. O trabalho dos Assistentes Sociais nos Serviços Públicos de Saúde. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.62, p.35-72, mar. 2000.

COSTA, R. G-R. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. vol.18, suppl.1, p.53-66, 2011.

COUTINHO, C. N. **Intervenções: o marxismo na batalha das ideias**. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Contra a corrente-Ensaio sobre a democracia e socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. Cidadania e modernidade. In: **PERSPECTIVAS**. Revista de Ciências Sociais. UNESP. São Paulo, n.22, p.41-59, 1999.

\_\_\_\_\_. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. In: **Cadernos ABESS**. São Paulo, n.04, p.5-17, mai. 1991.

COUTO, B. R. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

CUNHA, L. C. S; FREITAS, A. D. de; JUNIOR, L. B de O. Participação e cidadania na gestão da escola pública. In: CUNHA L. C. S; MELO, M. P. da. et. al (orgs.). **Casos de gestão: políticas e situações emblemáticas do cotidiano educacional brasileiro**. Juiz de Fora-MG, FADEPE/UFJF, 2012.

DALLARI, D. de A. **Que é participação política**. Col. Primeiros Passos. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: **Formação**. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência Brasília, v.1, n.2, p.05-16, maio, 2001.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1988.

DIAS, S. G. Reflexões acerca da participação popular. In: **Integração**. n.48, ano 13, p.45-53, jan./fev./mar., 2007.

DINIZ, E. **Globalização, reformas econômicas e elites empresariais**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DITTERICH, R. G. **A contratualização como ferramenta de gestão e organização da atenção 2011 primária à saúde: avanços, dificuldades e desafios.** 2011. 162f. Tese (Doutorado em Odontologia). PUC, Curitiba-PR, 2011.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.615-627, abr., 2012.

DUTRA, V. de C. de A. **Controle social e participação na gestão da saúde: a experiência do município do Rio de Janeiro.** 2010. 207f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S; LOBATO, L. de V. C. et al. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato brasileiro.** 3 ed. São Paulo: Globo, 2001.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil.** São Paulo: Globo, 2006.

\_\_\_\_\_. Existe uma crise da democracia no Brasil? In: FERNANDES, F. **Mudanças sociais no Brasil.** São Paulo: Global, 2008.

FERREIRA, C. M. M. Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. In: **Revista do Serviço Público.** v.120. n3, ano 47, p.5-33, set/dez. 1996.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. In: **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. v.12, n.4, p.965-971, jul./ago., 2007.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FORTUNA, M. L. de A. A dimensão subjetiva das relações escolares e de sua gestão. In: OLIVEIRA, D.; ROSAR, M. (orgs.). **Política e Gestão da Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

FOUCAULT. M. **Microfísica do poder.** Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 29 reimpressão, 2011.

FRANCO, M. S. C. **Homens livres na ordem escravocrata.** São Paulo: Kairós, 1983.

FRANCO, C. M. et al. Linhas de Cuidado: passo a passo. In: PESSOA, L. R.; SANTOS, E. H. de A. S.; TORRES, K. R. B. de O. (orgs.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.101, p.40-64, jan./mar., 2010.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GOHN, M. da G. **Teoria dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

\_\_\_\_\_. Fundações, políticas sociais e aumento da exploração da classe trabalhadora. In: **Universidade e Sociedade**, Brasília, v. 42, p. 105-115, 2008.

GUERRA, Y. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.104, p.715-736, out. dez/2010.

\_\_\_\_\_. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.91, p.5-33, set., 2007.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, D. M. Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. In: **Ci. Inf.** v.33, n.1, p.72-80, 2004.

GUIMARÃES, J. M. X. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental**: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. 2012. 286f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Doutorado em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde, UFC, Fortaleza, 2012.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1992.

HOBBSBAWN, E. J. **A era das revoluções**. Biblioteca de textos universitários. Lisboa: Editorial Presença, 1982.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

HOLANDA, A. B. Dicionário da Língua Portuguesa. In: <<http://www.dicionariodoaurelio.com>>. Acesso em 07 de novembro de 2013.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. 1ª edição ampliada. Brasília: CFESS, 2012.

\_\_\_\_\_. O serviço social na cena contemporânea. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília. CFESS/ABEPSS, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. A questão social no capitalismo. In: **Temporalis**, Brasília, n.3, ano II, p.9-32, jan./jun. 2001.

\_\_\_\_\_. **Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IANNI, O. **A idéia do Brasil Moderno**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

JUNIOR, A. P. Florestan Fernandes e o conceito de patrimonialismo na compreensão do Brasil. In: **PLURAL**, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP. São Paulo, v.19, n.2, p.9-27, 2012.

KINGDON, J. **Agendas, Alternatives and Public Choices**. Boston: Little Brown, 1984.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LANZA, L. M. B; CAMPANUCCI, F. da S; BALDOW, L. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **Rev. Katálisis** [online]. v.15, n.2, p.212-220, 2012.

LAUREL, A. C. (org.). **Estado e política social no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1997.

LEMES, C. Hospitais públicos de SP gerenciados por OSs: Rombo acumulado é de R\$147,18 milhões. 2011. In: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html>>. Acesso em 18 de novembro de 2013.

LEWGOY, A. M. B. **Pensar a supervisão de estágio em Serviço Social: ser ou não ser, eis a questão**. 2007. 255f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social. PUC, Porto Alegre-RS, 2007.

LOBATO, L. V. C. **Reforma Sanitária e Reorganização dos Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. 2000. 252f. Tese (Doutorado em Ciências). Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz, 2000.

MACHADO, C. V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. In: **Physis** [online]. v.11, n.1, p.105-197, 2001.

MAIA, M. Gestão Social-Reconhecendo e construindo referenciais. In: **Revista Virtual Textos & Contextos**, v.4, n.1, p.1-18, dez. 2005.

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

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MARX, K. **O capital**. Crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural Ltda., 1989.

MARTINS, L. Reforma da administração pública e cultura política no Brasil: uma visão geral. **Cadernos Enap**. ENAP. Brasília, 1997.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. (orgs.). **Assessoria, consultoria e serviço social**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MEGHNAGI, S. A competência profissional como tema de pesquisa. **Educ. Soc.** Campinas, v.19, n.64, p.50-86, set.,1998.

MENDES, A. G. Residência multiprofissional em saúde e serviço social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Papel Social, Campinas, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MIRANDA, V. dos S. N. **A conexão da gestão com a política nacional de humanização da saúde**: a experiência desenvolvida no hospital municipal Odilon

Behrens/Belo Horizonte - MG. 2009. 380f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social. UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NETO, F. C. B.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. et al. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NETTO, J. P. III CBAS: algumas referências para a sua contextualização. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.100, p.650-678, out/dez. 2009.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.79, p.5-26, set. 2004.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política**. Belo Horizonte-MG, Oficina de Livros. 1990.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, Biblioteca básica de Serviço Social. v.1, 2006.

NOGUEIRA, R. P. Relações de trabalho no setor saúde: as dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

OLIVAR, M. S. P. O; VIDAL, D. L. C. O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais de emergência: notas para o debate. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, p.139-158, n.92. nov. 2007.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

OMS. **Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012**. Lyon: WHO, 2012.

ORTIZ, F. G. **O serviço social no Brasil:** os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Coletiva.** São Paulo, v.32, n.4, aug., 1998.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C. et al. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface,** Botucatu, v.13, p.701-708, 2009.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde:** possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247f. Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem. USP. São Paulo, 2007.

PENTEADO, R. Z; CHUN, R.Y. S.; SILVA, R. C. da. Do Higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. **Distúrbios da Comunicação,** São Paulo, v.17, n.1, p.9-17, abr., 2005.

PEREIRA, A. V. **Os tempos e as relações de gênero:** o cotidiano de enfermeiras e enfermeiros a partir do tempo de trabalho no hospital. 2013. 219f. Tese (Doutorado em Ciências), ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, A. V.; ROTENBERG, L.; OLIVEIRA, S. S. Relações de gênero e interdependências: reflexões a partir de mudanças na configuração hospitalar. In: **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** [online], v. 20, n.3, p.1.007-1.024, 2013.

PEREIRA, P. A. P. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (orgs.). **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

PEREIRA, P. A. P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n.112, p.729-753, out./dez., 2012.

PEREIRA, J. M. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Europeia. In: **RAP,** Rio de Janeiro, v.42, n.1, p.61-82, jan./fev., 2008.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.341-360, 2001.

PIMENTA, C. C. A reforma gerencial do Estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais. In: **RAP**. Rio de Janeiro, v.32, n.5, p.173-99. set./out., 1998.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. In: **Rev Bras Enfermagem**, v.53, n.2, p.251-63, abr./jun., 2000.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC. 3 ed.,1994.

PONTES, R. N. **Mediação e serviço social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social**. 2 ed. ver. São Paulo: Cortez, 1997.

PRADO JUNIOR, C. **A revolução brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

PRATES, J. C. A questão dos instrumentais técnico operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n2, p.01-08, dez., 2003.

\_\_\_\_\_. **Gestores Sociais-Competências, habilidades e atitudes** In: Anais da I Conferência internacional de gestão social, 2005. Disponível em: <<http://www.sesirs.org.br/conferencia/conferencia2005/papers/prates>> Acesso em 20 de maio de 2014.

PUCCINI, P. de T; CECÍLIO, L. C. de O. A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-1353, set./out., 2004.

RAICHELIS, R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.107, p.420-437, jul./set., 2011.

RAMOS, A. **As expressões da “nova” modalidade da parceria público e privado: uma análise crítica das ONGs conveniadas com a SMAS**. 2013. 272f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Escola de Serviço Social. UFRJ, Rio de Janeiro, 2013.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. (org). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei Nº 5.164 de 17 de dezembro de 2007**. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro de 18 de dezembro de 2007.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SÁ, J. L. M. de (org.). **Serviço Social e interdisciplinaridade:** dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

SALLES, H. da M. **Gestão Democrática e Participativa.** Departamento de ciência da Administração. UFSC. CAPES. UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL. Florianópolis / Brasília, 2010.

SCHUMPETER. J. **Capitalismo, Socialismo e Democracia.** Rio de Janeiro. Ed. Zahar, 1984.

SCOTT. W. J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.5-22, dez., 1990.

SENNA, M. de C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.523-535, 2002.

SENNET. R. **A corrosão do caráter:** As conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23 ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, J. L. M. de. (org.). **Serviço Social e interdisciplinaridade:** dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, M. O. da S. e. Trinta anos da revista Serviço Social & Sociedade: contribuições para a construção e o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil. In: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n.100, p.599-649, out./dez., 2009.

SILVA, M. O. da S. e. et al. A pesquisa, a produção e a divulgação de conhecimento dos programas de Pós Graduação na área de Serviço Social. In: CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. O. da S. e. (orgs.). **Serviço Social, pós graduação e produção de conhecimento no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2005.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, Coleção biblioteca básica de Serviço Social. v.3, 2009a.

SIMÕES, C. Na Ilha de Robison: a autonomia e a ética profissional no neoliberalismo. In: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n.99, p.405-424, jul./set., 2009b.

SIMÕES, N. L. H. **Autonomia Profissional X Trabalho Assalariado:** Exercício Profissional do Assistente Social. 2012. 165f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pós-Graduação em Serviço Social, UFJF, Juiz de Fora, 2012.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social. 2010. 209f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pós-graduação em Serviço Social. UFPE. Recife-PE, 2010.

\_\_\_\_\_. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

SOARES, G. S. Entre o projeto de modernidade e a efetivação da democracia: marcas deixadas na construção da vida social brasileira In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.109, p.31-44, jan./mar. 2012a.

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

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

SOUZA, A. R. **A contrarreforma do setor saúde**: uma análise da UPA São Pedro em Juiz de Fora. 2012. 164f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pós-graduação em Serviço Social, UFJF, Juiz de Fora, 2012.

SOUZA, I. de L. **Serviço social na educação**: saberes e competências necessárias no fazer profissional. 2008. 249f. Tese (Doutorado em Educação). Pós-graduação em Educação. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. UFRGN, Natal-RN, 2008.

SOUZA FILHO, R. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira**. 2006. 395f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

TEIXEIRA, M. J. de O. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, J. B. Formulação, administração e execução de políticas públicas. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético político do Serviço Social. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

TEIXEIRA, M. J, O.; NUNES, S. T. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

TERRA, S. H. Marcos legais e éticos do Serviço Social: construção dos parâmetros normativos do Serviço Social no Brasil. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.99, p.405-424, jul./set., 2009.

\_\_\_\_\_. Código de Ética do(a) assistente social: comentários a partir de uma perspectiva jurídico-normativa crítica. In: BARROCO, M. L.; TERRA, S. H. **Código de Ética do /a assistente social comentado**. CFESS (org.). São Paulo: Cortez, 2012.

TIMM, L. B.; TONIOLO, G. A aplicação do princípio da eficiência à administração pública: levantamento bibliográfico e estudo da jurisprudência do TJRS. In: **Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial.**, Brasília, v.4, n.2, p.43-54, jul./dez., 2007.

TORRES, M. D. de F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

TRAJANO, A. R. HumanizaSUS: um alerta contra a violência contemporânea? In: MELO, E. M. (org.). **Podemos prevenir a violência**. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Brasília: OPAS, 2010.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e práticas democráticas**. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (orgs.). São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VASCONCELOS, A. M. et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

VIDAL, D. L. C. Gestão de equipes de serviço social na saúde: iniciando um debate. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2013.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. Fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; Revisão técnica de Gabriel Cohn - Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, v.1 e v.2, 1999.

ZARIFIAN, P. A gestão da e pela competência. In: **Anais do Seminário Internacional Educação Profissional, Trabalho e Competência**. Rio de Janeiro: CIET/SENAI/CNI, nov. 1998.

**APÊNDICE - A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Dados de Identificação:**

**Título do Projeto:** A GESTÃO DE EQUIPES DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: uma análise sobre o trabalho desenvolvido pelas chefias de equipes

**Pesquisador Responsável:** Dolores Lima da Costa Vidal

**Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:** Universidade Federal Fluminense/Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social/Doutorado em Política Social. Telefones para contato: (21) xxxxxxxx / (21) 2629-2752

**Nome do voluntário:**

**Idade:** \_\_\_\_ anos

**R.G.:** \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **A GESTÃO DE EQUIPES DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**: uma análise sobre o trabalho desenvolvido pelas chefias de equipes de responsabilidade da pesquisadora Dolores Lima da Costa Vidal.

O estudo visa analisar como tem se dado o desenvolvimento da atribuição privativa de coordenar\chefiar equipes de Serviço Social, no contexto de hospitais públicos vinculados ao âmbito federal na Cidade do Rio de Janeiro e sua relação com o projeto ético político profissional. Os objetivos são: identificar as dificuldades e as facilidades vivenciadas pelos (as) assistentes sociais ao ocuparem a função\cargo de chefias ou coordenações de equipes de Serviço Social nos hospitais públicos federais do Rio de Janeiro; descrever as principais ações, atividades e estratégias das (os) assistentes sociais chefes/coordenadores de equipes de Serviço Social e identificar a presença ou não de aspectos de uma gestão com características mais democráticas e participativas. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas durante uma entrevista, que poderá ser gravada, caso você autorize. Os riscos da sua participação serão mínimos, podendo ser de ordem emocional, já que o estudo emprega a técnica de entrevista, mas não realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis psicológicas e sociais dos indivíduos participantes. E os benefícios relacionados ao seu consentimento estão vinculados a possibilidade de reflexões sobre um tema que, não se encontra na agenda das discussões da categoria profissional, mesmo sendo uma atribuição exercida por um número significativo de profissionais de Serviço Social. Os resultados também poderão subsidiar as próprias entidades da categoria (CFESS, CRESS, ABEPSS), para a necessidade de pautar este tema nas discussões, inclusive com os alunos (as) de graduação, já que estes, ao se formarem de acordo com as atribuições privativas da profissão, se tornam habilitados para o exercício de chefiarem ou coordenarem equipes de Serviço Social. A sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não acarretará prejuízo a(o) participante e à Instituição, nem mesmo prejudicará futuras relações com o pesquisador e sua Instituição de origem. A pesquisa não conta com financiamento, portanto os eventuais custos ocorrerão por conta da pesquisadora. A Instituição envolvida e os entrevistados não terão nenhuma participação nos custos da pesquisa. A pesquisa não tem a previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos. Asseguramos o sigilo sobre sua participação e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação de qualquer pessoa que venha a contribuir com este estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da instituição e da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, \_\_\_\_\_ RG. Nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**APÊNDICE - B****ROTEIRO DE ENTREVISTA****I – Perfil do(a) Entrevistado(a):**

As perguntas elencadas neste item se referem ao perfil do(a) entrevistado(a).

<b>Perfil do(a) Entrevistado(a):</b>		
Nº:	Sexo: F ( ) M ( )	Data:
Bairro:	Cor:	
Cidade:	Data Nasc:	
1- Situação conjugal: <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> união estável / mora com companheiro(a) <input type="checkbox"/> desquitado(a) / divorciado(a) <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)		
2- Possui filhos? <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Não.		
3 – Titulação <input type="checkbox"/> Graduação - Ano de Formação: _____ - Instituição em que se graduou? _____ <input type="checkbox"/> Especialização - Área do conhecimento: _____ - Ano de Conclusão: _____ <input type="checkbox"/> Mestrado - Área do conhecimento: _____ - Ano de Conclusão: _____ <input type="checkbox"/> Doutorado - Área do conhecimento: _____ - Ano de Conclusão: _____ Possui formação em gestão: <input type="checkbox"/> Sim - Instituição: _____ <input type="checkbox"/> Não - Por quê? _____		
4 – Há quanto tempo trabalha neste Hospital: - Meses _____ - Anos _____		
5 - Vínculo empregatício: <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Terceirizado <input type="checkbox"/> Outro: _____		
6- Qual a carga horária de trabalho neste Hospital? _____ E na chefia? _____		
7- Há quanto tempo ocupa o cargo de gestão de equipe neste hospital? - Meses _____ - Anos _____		
8 - Qual a denominação da instituição para o cargo exercido? <input type="checkbox"/> Chefe do Serviço Social. <input type="checkbox"/> Coordenador(a) de Serviço Social. <input type="checkbox"/> Gerente do Serviço Social. <input type="checkbox"/> Outros - Quais? _____		
9 – Possui outro vínculo empregatício? <input type="checkbox"/> Sim - Qual a carga horária? _____ Área de atuação: _____ <input type="checkbox"/> Não		
10 – Você já teve alguma experiência de participação coletiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Órgãos da categoria <input type="checkbox"/> Partido político <input type="checkbox"/> Outros. <input type="checkbox"/> Não		

## II – Sobre a atribuição privativa de chefia ou coordenação de equipe de Serviço Social:

Este bloco de perguntas objetiva conhecer um pouco sobre a trajetória profissional do(a) entrevistado(a). Mais especificamente, como tem se dado o desenvolvimento no exercício profissional, da atribuição privativa de coordenar e chefiar equipes de Serviço Social.

2.1 – Como se deu o processo de escolha da chefia na sua gestão? Foi através de uma eleição, de indicação da equipe ou indicação da direção ou outra forma?

2.2 – Você tinha interesse em trabalhar como coordenadora ou chefe de equipe de Serviço Social?

2.3- Você tem intenção em permanecer como coordenadora ou chefe de equipe de Serviço Social neste hospital?

( ) Sim Quais motivos que a levam permanecer como chefe?

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

2.4 - Você já teve experiências anteriores de coordenar equipes de Serviço Social?

Sim ( ) Você percebia diferenças e semelhanças entre a experiência anterior e essa? Fale um pouco sobre a experiência anterior.

Não ( )

2.5 – Existe gratificação prevista para o cargo de coordenação ou chefia do Serviço Social? Caso não, você sabe por quê?

2.6 -Você acumula a gestão da equipe com as atividades de atendimento direto ao usuário. Sim ( ) Por quê? Não ( ) Por quê?

2.7- Existe um projeto profissional na gestão do Serviço Social neste hospital? As atividades são previamente definidas?

( ) Sim. Como foi construído? \_\_\_\_\_

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

2.8 - Fale sobre o trabalho desenvolvido na gestão da equipe de Serviço Social. Qual o papel da chefia no contexto atual. Suas atividades, competências e atribuições.

2.9- Existe um projeto coletivo do Serviço Social neste hospital?

( ) Sim. Como foi construído? \_\_\_\_\_

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

2.10 - Quais são suas perspectivas / metas para esse “tempo” ocupado na chefia?

2.11 – Existe secretária no setor? ( ) Sim. Quantas? ( ) Não. Quem realiza a parte administrativa?

2.12- Destaque os pontos positivos e os negativos durante o exercício da sua coordenação ou chefia de equipe de Serviço Social nesta instituição.

## III – Da formação teórica técnica para o cargo:

As perguntas abaixo têm por objetivo entender até que ponto as (os) entrevistados(as) se sentem preparadas (os) para assumirem o cargo de coordenador (a) ou chefe de equipe de Serviço Social.

3.1- Fale sobre a (relação entre a) formação profissional (graduação) e o preparo técnico e tático para atuação privativa de chefia de equipe de Serviço Social.

Ao assumir o cargo atual, você se sentia “habilitada”, do ponto de vista da formação profissional?

( ) Sim.

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

3.2- Durante sua graduação você teve acesso a disciplinas que tratassem da gestão de serviços, de equipes ou semelhantes? Qual sua visão sobre a discussão dessa temática durante a formação profissional?

3.3- Você realizou algum curso específico (aperfeiçoamento e/ou especialização) voltado para a gestão?

( ) Sim. Caso sim, foi por iniciativa própria ou alguma demanda da instituição? Por quê? Essa formação lhe auxilia na chefia de equipes de Serviço Social? Ocorreu liberação para realização do curso? Foi financiado ou gratuito? Quem financiou?

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

3.4- Você já teve acesso a leituras que abordaram ou abordem o tema da inserção/atuação do(a) assistentes sociais na chefia de equipes de Serviço Social? Exemplifique.

3.5 – Você já (apresentou) o trabalho desenvolvido na chefia de Serviço Social em algum congresso, simpósio ou outros? Se não, por que não? Se sim, como foi?

#### **IV- Do trabalho realizado pela equipe Serviço Social na instituição e sua relação com a chefia.**

O objetivo no conjunto de perguntas a seguir buscar identificar as principais ações dos (as) Assistentes Sociais na Instituição pesquisada.

4.1- Qual o quantitativo de profissionais na equipe? É suficiente? Se não, qual o déficit? E o que tem sido feito para superar esse déficit?

4.2- Quem determina como as assistentes sociais são distribuídas aqui no Hospital? Qual o papel da chefia nesse processo?

4.3- Como o Serviço Social da instituição está organizado? Escala? Plantão? Rotina diária? Especificidades dos setores?

4.4- Há estagiários de Serviço Social na instituição?

( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

4.5- E residentes? ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_ ( ) Não.

4.6- Você faz supervisão de estágio ou preceptoria e tutoria de residentes?

( ) Sim.

( ) Não. Por quê?

4.7 - Existe espaço para discussão coletiva com a equipe? Fale sobre esse espaço. Os(as) residentes e estagiários participam? Em geral quais assuntos são discutidos?

4.8- O que seria, para você, uma gestão democrática e participativa?

4.9- São realizadas capacitações/cursos (organizados pela chefia e/ou equipe) para a equipe de Serviço Social? Caso sim, Fale um pouco sobre eles.

4.10- Quais são as principais demandas da equipe de Serviço Social para a chefia/coordenação?

4.11- E as requisições da chefia/coordenação para a equipe?

4.12- Quais são os principais pontos de tensões e conflitos existentes no cotidiano da equipe do serviço social? E como são mediados esses conflitos, no que diz respeito a relação entre chefia e equipe?

#### **V- Da relação com os demais profissionais de saúde e a direção.**

A proposta deste item é buscar identificar o tipo de relação existente entre a direção da Instituição de saúde e os demais sujeitos com o Serviço Social.

5.1- A chefia do Serviço Social é hierarquicamente subordinada a que setor dentro da Instituição?

5.2 - Como é a relação da chefia do Serviço Social com a chefia imediata?

5.3 - Existe espaço decisório, junto a direção, onde a chefia/coordenação de Serviço Social participa conjuntamente com outras chefias?

5.4 - Quais são as principais demandas institucionais para a chefia do Serviço Social? Existe requisição por atendimento de demandas, por parte de outros profissionais ou da direção, que não estejam na competência ou atribuição do chefe ou da equipe de Serviço Social? Caso sim, como são enfrentadas/encaminhadas?

#### **VI - Da mudança no modelo de gestão e os impactos para o Serviço Social.**

Mediante os novos modelos de gestão implantados nas unidades federais, o objetivo deste elenco de questões é identificar se, na instituição pesquisada esses novos modelos de gestão, já foram ou vêm sendo implantados e quais os impactos para a chefia do Serviço Social.

6.1 - A instituição teve seu modelo de gestão alterado nos últimos anos? Caso sim, fale um pouco sobre essas mudanças. E os impactos para a chefia do Serviço Social e para a equipe.

6.2 - Como você avalia o modelo de gestão atual que organiza as atividades neste hospital?

6.3 - Essa discussão já foi alvo de problematização na instituição e na equipe? Caso sim, de que maneira?

6.4 - Você conhece a Política Nacional de Humanização? Aqui no hospital existe algum movimento para implantar os princípios e dispositivos da PNH?

6.5 - Você identifica algum tipo de relação entre os modelos de gestão e a Política Nacional de Humanização?

6.5 - Você desejaria acrescentar algum outro comentário no final desta entrevista?