

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TAYNAN BARBOSA MENDES BARRETO

**O HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFPE SOB A GESTÃO DA EBSERH:
A atuação em saúde a partir da perspectiva do Serviço Social**

Recife
2018

TAYNAN BARBOSA MENDES BARRETO

**O HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFPE SOB A GESTÃO DA EBSERH:
A atuação em saúde a partir da perspectiva do Serviço Social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Heloisa Maria Mendonça de Moraes

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Raquel Santos de Oliveira

Recife
2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

B273h Barreto, Taynan Barbosa Mendes.
O Hospital das Clínicas/UFPE sob a gestão da EBSEH: a atuação em saúde a partir da perspectiva do serviço social / Taynan Barbosa Mendes Barreto. – 2018.
78 f.: il.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Heloísa Maria Mendonça de Moraes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2018.

Inclui referências.

1. Hospitais Universitários. 2. Serviço Social. 3. Administração Pública. 4. EBSEH. I. Moraes, Heloísa Maria de Mendonça (Orientadora). II. Título.

614 CDD (20.ed.) UFPE (CCS2019-188)

TAYNAN BARBOSA MENDES BARRETO

O HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFPE SOB A GESTÃO DA EBSEH:

A atuação em saúde a partir da perspectiva do Serviço Social

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 31/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Heloisa Maria Mendonça de Moraes** (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. **Maria do Socorro Veloso de Albuquerque** (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. **Raquel Cavalcante Soares** (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A trajetória da vida acadêmica está longe de ser fácil e certamente é impossível traçá-la sem o apoio e a colaboração daqueles que nos cercam. Ensaiai um agradecimento neste momento é saber do risco de deixar de mencionar pessoas e situações que me fizeram chegar até aqui.

Em primeiro lugar sou grata a Deus, autor e consumidor da minha fé. Agradeço por sua bondade infinita e por toda sorte de bênçãos que ele em seu amor imensurável tem dispensado sobre a minha vida. por ter me sustentado e por cada pessoa que colocou no meu caminho durante esses dois anos e meio.

Sou grata à minha mãe e, por meio dela a toda minha família, que ao longo da minha vida tem me acompanhado, torcendo por mim e me possibilitando alcançar meus sonhos na formação acadêmica e profissional.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Heloisa Maria Mendonça de Moraes, por seu comprometimento e excelência no campo da docência que me capturou desde sua primeira apresentação, na semana de acolhimento da minha turma. Gratidão por seu olhar atento, suas inúmeras contribuições, por seu rigor e criticidade que me impulsionaram a diminuir o fosso entre o saber apreendido e a produção da escrita. Por não desistir de mim em meio a todos os meus percalços, minha admiração por seu trabalho extrapola o período do mestrado.

À Profa. Dra. Raquel Santos de Oliveira, co-orientadora deste trabalho, sou imensamente grata pela confiança a mim dada desde o primeiro momento. Certos encontros marcam nossas vidas e posso dizer que é exatamente esse o sentimento ao recordar de quando cheguei ao PPGSC e tive a felicidade de reencontrar uma das melhores professoras que conheci ainda no período da residência. Muito obrigada não apenas pelas contribuições no campo acadêmico, mas também pelo afeto e cuidado em todos os momentos. Não tenho dúvidas que sem a sua presença eu não estaria aqui.

À pesquisadora Dra. Camila Abagaro por sua disponibilidade, paciência e atenção, contribuiu de forma fundamental ao me apresentar e auxiliar com a metodologia da história oral. Muito obrigada.

Agradeço aos meus amigos, meus irmãos em Cristo e cada uma das pessoas que durante esse tempo do mestrado torceram por mim, oraram, ouviram das minhas angustias

sempre me motivando a prosseguir. Arrisco aqui registrar alguns nomes dentre todos os que foram e são tão presentes na minha vida: Jéssika, Rosângela, Sílvia, Mari, Rafael, Fábio, Jefferson, Manoel, Michele, Barbara, Thisbe, Bianca, Elis, Geovane, Luis, Tiago, dentre tantos outros. Como é bom ver o cuidado do Pai através da presença de vocês na minha vida. Eu sou só gratidão e amor por vocês.

Sou grata aos meus companheiros de turma do mestrado, em especial as minhas queridas amigas SAP: Larissa, Maria Tereza e Rosaline. Como foi bom crescer, aprender tanto e ter a certeza que construí laços que seguirão pela minha vida.

Ao corpo docente do PPGSC pelo rico aprendizado e aos funcionários da secretaria, Moreira e Fabiana, obrigada por sempre me receberem com um sorriso e atenção auxiliando em tudo que foi necessário.

Às assistentes sociais entrevistadas neste estudo e, através delas, a todo conjunto do Serviço Social do HC/UFPE, local da minha primeira experiência de formação como estagiária. Vocês são exemplos de competência e comprometimento, profissionais que não se retiram da luta.

À Universidade Federal de Pernambuco, minha segunda casa, por ser meu lugar de formação na graduação e agora no mestrado, espero exercer meu papel social e retribuir aos usuários com os quais eu cruzar pela oportunidade de ter sido formada nessa instituição pública e de tamanha qualidade.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES) por subsidiar não somente o desenvolvimento deste estudo, mas também por me possibilitar estar em outros espaços de formação e dar conta das minhas demais condições objetivas de vida.

Uma das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para frente. (LISPECTOR, 1998, p. 26).

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar como vem se desenvolvendo a atuação do Serviço Social no HC/UFPE sob o modelo de gestão da EBSEH. Assim buscou-se: (i) caracterizar a atuação das assistentes sociais no hospital universitário, levando em conta o período de mudança da gestão; (ii) analisar o trabalho do Serviço Social no Hospital Universitário a partir do tripé ensino, pesquisa e extensão; (iii) apreender as possíveis mudanças ocorridas na organização do trabalho com diferentes regimes de contratação e a repercussão dessas novas relações na prestação da assistência à saúde. Esta pesquisa foi de natureza qualitativa, descritiva e exploratória e usou-se história oral temática como abordagem metodológica. A coleta de informações ocorreu em dois momentos: no primeiro, foi realizada revisão bibliográfica e no segundo, foram realizadas as entrevistas com assistentes sociais do Hospital das Clínicas/UFPE. As análises realizadas apontam que a gestão da EBSEH tem apresentado novos elementos para o cotidiano profissional no âmbito do Serviço Social. Neste contexto apresentam-se duas principais mudanças: a tendência da “plantonização” do trabalho das assistentes sociais e a progressiva substituição do conjunto das servidoras do hospital por empregadas públicas com as relações de trabalho regidas pela CLT. O novo cenário vivenciado pelas assistentes sociais com a convivência de profissionais com relações de trabalho e requisições distintas impõe a reorganização do trabalho destas profissionais e tem interferido no sentido de restringir a autonomia relativa da categoria. Neste sentido a atuação embasada no projeto ético-político profissional tem assegurado a unidade do Serviço Social na instituição e possibilitado a criação de estratégias para o enfrentamento dos novos desafios postos à prática profissional, buscando avançar na luta pela defesa da saúde e demais direitos sociais.

Palavras-chave: Hospitais Universitários. Serviço Social. Administração Pública. EBSEH.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze how the work of the Social Service in HC / UFPE has developed under the management model of EBSEH. Thus, it was sought to: (i) characterize the role of social workers in the university hospital, taking into account the period of change in management; (ii) to analyze the work of the Social Service in the University Hospital from the tripod teaching, research and extension; (iii) to apprehend the possible changes in the organization of work with different hiring regimes and the repercussion of these new relationships in the delivery of health care. This research was qualitative, descriptive and exploratory in nature and it was used thematic oral history as a methodological approach. The information collection took place in two moments: in the first, a bibliographic review was carried out and in the second, the interviews with social workers of the Hospital das Clínicas / UFPE were carried out. The analyzes carried out indicate that the management of EBSEH has presented new elements for the professional daily life within the scope of Social Work. In this context, there are two main changes: the tendency of the "on-call duty" of the work of the social workers and the progressive replacement of all the hospital's servants by public employees with the labor relations governed by the CLT. The new scenario experienced by social workers with the coexistence of professionals with different working relationships and requisitions imposes the reorganization of the work of these professionals and has interfered in the sense of restricting the relative autonomy of the category. In this sense, the action based on the professional ethical-political project has ensured the unity of Social Service in the institution and made possible the creation of strategies to face the new challenges put to the professional practice, seeking to advance in the fight for the defense of health and other social rights.

Keywords: University Hospitals. Social Service. Public Administration. EBSEH.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|--|----|
| Quadro 1 | Formas jurídico-administrativas dos modelos de gestão no setor público de saúde instituídos no período de 1998 a 2014..... | 27 |
| Quadro 2 | Trabalhadores do HC/UFPE (2013)..... | 55 |
| Quadro 3 | Cenário no HC/UFPE (2018)..... | 56 |
| Figura 1 | Organograma do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE)..... | 70 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| BM | Banco Mundial |
| CHESF | Companhia Hidro Elétrica do São Francisco |
| CLT | Consolidação das Leis Trabalhistas |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CTA SAE | Centro de Testagem e Aconselhamento – Serviço de Atenção Especializada |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares |
| FEBEM | Fundação de Bem-Estar do Menor |
| FEDP | Fundação Estatal de Direito Privado |
| FHC | Fernando Henrique Cardoso |
| FMI | Fundo Monetário Internacional |
| IFES | Instituição Federal de Ensino Superior |
| MARE | Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MP | Medida Provisória |
| MS | Ministério da Saúde |
| OS | Organização Social |
| OSC | Organização da Sociedade Civil |
| OSCIP | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público |
| OSS | Organização Social de Saúde |
| PEP | Projeto Ético-Político |
| PDRE | Plano Diretor da Reforma do Estado |
| PL | Projeto de Lei |
| PLC | Projeto de Lei Complementar |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| RSB | Reforma Sanitária Brasileira |
| RJU | Regime Jurídico Único |
| TCU | Tribunal de Contas da União |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | BASES CONCEITUAIS DA PESQUISA | 17 |
| 2.1 | REFORMA DO ESTADO E O MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL..... | 17 |
| 2.2 | NOVO MODELO DE GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH..... | 24 |
| 2.3 | PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE | 29 |
| 2.4 | SERVIÇO SOCIAL E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE..... | 32 |
| 3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 40 |
| 3.1 | CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS..... | 42 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 46 |
| 4.1 | ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HC/UFPE..... | 46 |
| 4.2 | MUDANÇAS NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM A ADESÃO À EBSEH: “PLANTONIZAÇÃO” E REPERCUSSÕES SOBRE A RELATIVA AUTONOMIA..... | 54 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 71 |
| | REFERÊNCIAS | 73 |

1 INTRODUÇÃO

No país existem atualmente 50 (cinquenta) Hospitais Universitários (HUs) vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), os quais desenvolvem as políticas de educação e saúde, desempenhando o papel de centros de formação dos profissionais da saúde e da prestação da assistência à saúde no âmbito do SUS. Até meados de 2011, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) era diretamente responsável pela despesa de pessoal dos HUs e de uma pequena parte de recursos para custeio, enquanto provinham do Sistema Único de Saúde (SUS) os valores repassados mediante pactuação de metas (quantitativas e qualitativas) com os governos locais. Essa situação foi alterada com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Os HUs, também conhecidos como Hospital das Clínicas (HCs), são responsáveis por grande parte das pesquisas clínicas na área biomédica e pela formação de um expressivo número de profissionais de saúde, em nível de graduação e pós-graduação (Reis e Cecílio, 2009). Representam 2,55% da rede hospitalar brasileira, 10,3% dos leitos do SUS, 25,6% dos leitos de UTI, realizam 50% das cirurgias cardíacas e neurológicas, e 70% dos transplantes (LOPEZ, 2005).

No contexto de mudanças ocorridas a partir da Reforma do Estado, iniciada em 1995, surgiram algumas propostas de modelos de gestão para o setor público pautadas na natureza jurídica do direito privado, destacando-se entre elas as Organizações Sociais (OS) em 1998, as Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP) em 1999, as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) em 2007, a EBSERH em 2011 e, por último, a Organização da Sociedade Civil (OSC) em 2014.

Algumas proposições do modelo de gestão para os hospitais universitários foram pensadas e executadas desde o ano anterior à criação da EBSERH, quando o Governo Federal passou a adotar medidas de reestruturação física dos HUs, com ações de modernização do parque tecnológico, revisão do financiamento a fim de alcançar o aumento progressivo de recursos para estas instituições, melhoria da gestão para recompor o quadro de recursos humanos e aperfeiçoamento das atividades hospitalares relativas ao ensino, pesquisa e extensão, assim como à assistência à saúde. (BRASIL, 2017)

A EBSEERH foi criada pela Lei nº 1.250/2011, a qual instituiu a empresa como novo formato de gestão dos HUs vinculados às IFES, possui sede em Brasília e unidades filiadas nos hospitais cujas universidades contratualizaram com a empresa. É importante destacar que a empresa também é responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que contempla ações nas 50 (cinquenta) unidades existentes no país, incluindo aquelas não filiadas à EBSEERH (BRASIL, 2017).

Segundo os idealizadores desse modelo, os principais problemas a serem resolvidos com a criação da EBSEERH são: a ineficiência da gestão pública para administrar os recursos financeiros, excesso de trabalhadores terceirizados, desregulamentação dos servidores¹ no tocante aos processos de trabalho e à qualidade dos serviços prestados, além de outras dificuldades que tem se apresentado no cotidiano desses serviços.

Nos documentos e legislações da EBSEERH é possível identificar que a proposta de modernização da gestão vem ancorada em elementos que apontam a vinculação dos princípios da empresa com o projeto político instituído a partir da Reforma do Aparelho do Estado baseado na perspectiva do modelo gerencial, como a presença de proposições de flexibilidade da gestão e no exercício do trabalho pautado em metas e resultados estritamente quantitativos, isto não significa dizer que no modelo de gestão burocrática não houvesse o estabelecimento de metas e resultados, todavia na gestão gerencial o trabalho passa a ser avaliado pela eficiência mensurada em números de produção.

O modelo da administração gerencial consiste em uma gestão pública semelhante a do setor privado, ou seja, atua na busca pela obtenção de retorno financeiro para as instituições, voltando sua ação com vistas à obtenção de lucro. Para tanto, propõe uma gestão baseada na produção por metas, considerando os cidadãos como clientes de serviços a ser disponibilizados pelo Estado e a flexibilização da profissionalização da administração pública enquanto estratégia. A política de saúde sofreu forte influência das mudanças pautadas pela administração gerencial, uma vez que as novas propostas de gestão que emergiram após o início da reforma do Estado foram incorporadas aos diferentes serviços de saúde nos níveis municipal, estadual e federal (GOMES, 2012).

Assim, pautada no discurso da ineficiência do Estado para gerir os hospitais universitários, a EBSEERH foi justificada como solução para todos os entraves presentes na gestão dos HUs, sobretudo no que se refere àqueles voltados para a insuficiência de recursos

¹ Ao longo deste trabalho será utilizado o termo servidor público, para o conjunto de trabalhadores vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU) e empregado público, para os profissionais contratados pela EBSEERH.

financeiros e para a necessidade de incorporação de novos trabalhadores nesses serviços, diante da ausência de concursos públicos que deveriam ser realizados pelo MEC (BRASIL, 2017).

No caso do Hospital das Clínicas da UFPE a adesão à EBSEH se deu em dezembro de 2013. No ano seguinte foi realizado o concurso público para trabalhadores de diversas categorias que nos anos subsequentes foram incorporados. Assim, dados atualizados no mês de junho de 2018 informam que o HC/UFPE conta atualmente com 977 (novecentos e setenta e sete) empregados públicos da EBSEH os quais se somam aos 1.233 (mil duzentos e trinta e três) servidores vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU) (BRASIL, 2018).

Diante do novo cenário posto pela administração da EBSEH a convivência de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios passa a ser regra e não mais exceção na realidade dos HUs, desde que os funcionários incorporados aos HUs/HCs são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), enquanto aqueles admitidos anteriormente à criação da empresa são regidos pelo RJU.

Esse fato foi um dos principais pontos de questionamento críticos à administração da EBSEH, cabe pontuar que, no período de discussão sobre a adesão da empresa, ocorreram em diversas universidades do país mobilizações por parte da comunidade acadêmica, dos trabalhadores técnicos e profissionais de saúde que atuam nos HUs, bem como dos movimentos sociais em defesa da saúde pública.

Estes atores se opunham à empresa por considerar que a permanência de profissionais com diferentes vínculos e relações de trabalho se constituiria como uma condição geradora de conflito internamente à força de trabalho nos hospitais. Isso porque são distintas as condições e as relações de trabalho quando se consideram salários; jornadas de trabalho; planos de cargos, carreiras e salários; assim como o acesso a benefícios e gratificações ainda que no exercício das mesmas funções.

O cenário dos hospitais universitários que estão sob administração da EBSEH chama atenção para a nova realidade proposta e concretizada a partir desse modelo de gestão, despertando o interesse para se compreender como ocorrem os processos de trabalho entre os diferentes profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do hospital.

O surgimento de novas propostas de gestão pública pautadas no modelo privado, modelo denominado de Nova Gestão Pública ou Gestão Gerencialista que incorpora conceitos como a flexibilização e profissionalização da gestão, a desburocratização dos processos

administrativos e uma maior autonomia financeira, acarretando mudanças nos serviços públicos através do espraiamento da administração indireta para setores até então de gestão exclusiva do Estado, como por exemplo, a política de saúde. (BRAVO, 2009)

Assim, a partir da segunda metade dos anos 1990 a política de saúde passou a sofrer as consequências do avanço dos processos de desregulamentação do mercado e do trabalho, pela ênfase no ajuste financeiro através da busca do controle do *déficit* fiscal e, em decorrência, pelos cortes no financiamento das políticas sociais.

No tocando a atuação do Serviço Social na saúde e o desenvolvimento do processo de trabalho da categoria nos diferentes níveis de atenção passou por mudanças no curso do Movimento Sanitário que levaram a profissão a sair do campo restrito do enfoque curativo e individual para intervenções ampliadas direcionadas a atuação articulada com outros campos do saberes e voltada para a integralidade e a Intersetorialidade como forma de responder às demandas da população usuária dos serviços.

A compreensão da saúde enquanto direito norteia a prática do Serviço Social direciona seu fazer profissional para buscar estratégias que superem as práticas restritas e possibilitem o acesso à saúde, para além da garantia de atendimento nos serviços o que por vezes se materializa através das articulações intra e intersetoriais.

Assim através do desenvolvimento das dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política os assistentes sociais atuam com vistas a compreender e intervir nos determinantes sociais, econômicos e culturais que incidem sobre o processo saúde-doença buscando traçar estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. Além da prestação da assistência à saúde estes profissionais desenvolvem o trabalho socioeducativo buscando fortalecer e mobilizar os usuários para o exercício de sua cidadania.

No bojo da disputa entre as proposições da RBS e do projeto privatista os assistentes sociais vem seu processo de trabalho diretamente impactado pelas demandas e reorganização do fazer que tendem à redirecionar as práticas para um atendimento emergencialista e despido das mediações necessárias para responder de forma integral às necessidades postas pelos usuários atendidos nos serviços de saúde.

Destarte a implementação do novo modelo de gestão nos Hospitais Universitários apresentam novos elementos para o cotidiano do Serviço Social demandando da categoria a construção de estratégias a fim de manter a unidade do conjunto de trabalhadores do setor bem como o direcionamento da sua intervenção no sentido de uma atuação crítica, respaldada

pelos dispositivos legais para a defesa e manutenção da atenção à saúde com vistas a garantia e efetivação dos direitos da população usuária.

A escolha pelas profissionais do Serviço Social se deu pelo reconhecimento da intervenção e participação desse conjunto de trabalhadoras nos processos de resistência à adesão da EBSEH na gestão do hospital por compreender que as proposições da empresa viriam de encontro a princípios caros ao serviço, como a autonomia universitária e de que a introdução da lógica privada no interior dos hospitais universitários se distância da perspectiva de fortalecimento dos trabalhadores como servidores públicos e da garantia do direito à saúde.

Desse modo, a presente pesquisa pretende analisar como vem se desenvolvendo a atuação do Serviço Social no HC/UFPE sob o modelo de gestão da EBSEH, considerando a capilaridade da atuação desses profissionais junto às equipes multiprofissionais que atuam no hospital. A relevância da presente proposta se justifica pela atualidade do tema, pela escassez de publicações na literatura especializada e, sobretudo, pela necessidade do desenvolvimento de pesquisas que considerem a experiência dos trabalhadores, uma vez que estes se constituem enquanto os agentes dos processos de mudança no cotidiano dos serviços.

2 BASES CONCEITUAIS DA PESQUISA

2.1 REFORMA DO ESTADO E O MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL

A partir da crise econômica vivida nos anos de 1970, com o esgotamento do *Welfare State* no cenário mundial, a compreensão passa a ser de que o Estado deveria priorizar o enfrentamento da crise do capital, a fim de evitar que a economia entrasse em colapso. Neste contexto surge a ideologia neoliberal pautada na configuração de Estado que, por um lado, visa gastar o mínimo possível no campo das políticas sociais e, por outro, o máximo para a estabilização da economia e crescimento dos níveis de acumulação. Diante da crise foi aberto o caminho para o surgimento de uma “nova ideologia”, reformulada pelo capitalismo (DRAIBE E HENRIQUE, 1988).

No Brasil, a partir da segunda metade dos anos de 1980, inicia-se o processo de abertura política, após 21 anos de ditadura militar, encontrando seu ápice na promulgação da Constituição Federal de 1988 que se apresenta com caráter progressista ao reconhecer os direitos sociais. Todavia, esta conquista se dá no contexto de avanço do ideário neoliberal que a partir dos anos de 1990 chegaria ao país.

A orientação neoliberal nas políticas sociais brasileiras foi introduzida durante o mandato do presidente Fernando Collor de Melo. Tal influência se dá norteadas pelos organismos que financiavam as dívidas externas dos países em desenvolvimento, a saber, Banco Mundial (BM) e Fundo Internacional Monetário (FMI). Assim, durante o governo Collor e após seu *impeachment*, na continuidade do mandato com o até então vice-presidente Itamar Franco, foi inserido na arena política o viés neoliberal. Em contrapartida, os movimentos sociais resistiam na defesa dos direitos conquistados e pautavam entre suas bandeiras de luta a implementação do SUS.

A incorporação do neoliberalismo nas normas do ordenamento jurídico brasileiro que anteriormente reconheciam a existência de atividades que, por conta do caráter de interesse social não poderiam ser tituladas por particulares, mas regidas pelos princípios da administração pública, passam a ser relativizadas em diversos campos do funcionalismo público, pautando-se na flexibilização da atuação do Estado (VIGNOLI NETO, 2013).

Nesse bojo se introduz a concepção de modernização da gestão pública, a partir de modelos apresentados como de maior eficiência, ou seja, espelhado na forma de gerenciamento presente nas empresas privadas. Portanto, cria-se a máxima que apregoa a ineficiência do Estado em gerir os serviços públicos e, em contrapartida, a eficiência da iniciativa privada é apresentada como modelo ideal (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

A partir de então se destacou a reordenação estratégica do Estado com o aprofundamento do neoliberalismo e a mudança dos fundamentos estatais, agora voltados para o acirramento da competitividade e redução de suas funções em favor do mercado. Nesse contexto foram promovidas medidas que se destinaram a extinção e fusão de entidades governamentais, inclusive nos ministérios, afastamento e remanejamento de pessoal, além da execução do programa de privatização das empresas estatais, dando início ao processo de desestatização (JUNQUILHO, 2010).

O processo de reordenação do Estado foi aprofundado quando Fernando Henrique Cardoso assumiu a presidência da República e criou o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), nomeando Bresser-Pereira como ministro. Bresser foi o principal defensor da Administração Pública Gerencial, que se configura como processo de reestruturação do Estado através de reformas administrativas, previdenciárias e políticas.

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do seu papel, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. No plano econômico o Estado é essencialmente um instrumento de transferências de renda, que se torna necessário dada a existência de bens públicos e de economias externas, que limitam a capacidade de alocação de recursos do mercado.

Para realizar a função redistributiva ou realocadora, o Estado coleta impostos e os destina aos objetivos clássicos de garantia da ordem interna e da segurança externa, aos objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Assim, Bresser-Pereira incorpora os princípios gerais da Administração Pública Gerencial inserida em meio a um conjunto de ações que o então ministro vai denominar de processo de reconstrução do Estado. Tal processo é apresentado como possibilidade de modernizar e aumentar a eficiência dos governos a nível federal, estadual e municipal, além

de corroborar com o ajuste fiscal por meio do enxugamento de quadros de pessoal, fixação de textos da remuneração para servidores públicos e alterações nas regras que regem a aposentadoria e a previdência social.

A perspectiva da reforma gerencial se contrapõe ao modelo de Estado Social Burocrático, propondo um modelo de Estado Social Liberal que vise proteger os direitos sociais através de serviços sociais realizados por estruturas organizacionais flexíveis não estatais. Um modelo de Estado promotor e não agente executor iniciou a transição da Administração Pública do modelo Burocrático para o Gerencial, onde o Estado se configura de forma flexível e descentralizado, transferindo suas atividades para entes privados e/ou órgãos não governamentais (JUNQUILHO, 2010).

O discurso da incapacidade do Estado em gerir as políticas sociais com eficácia e eficiência em razão da burocratização da máquina pública é amplamente propagado. Segundo a égide das agências financiadoras internacionais, o Estado deve assumir seu caráter administrativo, cumprindo o papel de financiador das políticas e deixar nas mãos do mercado sua execução, uma vez que este teria melhores condições de fazê-lo (BANDEIRA, 2002).

Outro processo que se insere no quadro mencionado acima é o movimento em direção ao setor público não-estatal, no sentido de responsabilizar-se pela execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Por meio de programa de publicização, transfere-se para o setor público não estatal, o denominado terceiro setor, a produção dos serviços competitivos ou não-exclusivos de Estado, estabelecendo-se um sistema de parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle (BRASIL, 1998).

Destarte a partir de 1998, diferentes modelos de gestão pautados na flexibilização do regime jurídico foram criados, a fim de concretizar a Reforma do Aparelho do Estado e por em prática o programa de publicização na execução das políticas sociais, dentre as quais destacamos a política de saúde.

O primeiro modelo apresentado no processo de publicização foi denominado de Organizações Sociais (OS's). Este se constitui enquanto propriedade pública não-estatal, assim o modelo de OS é conformado pela parceria Estado e sociedade, no qual o primeiro ente seguirá no fomento das atividades ora publicizadas e exercerá sobre elas um controle estratégico ao demandar resultados necessários com fins de alcançar os objetivos das políticas

públicas. Nesse modelo a regulação das ações a serem executadas pela OS se dá através do contrato de gestão (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Na sequência outros modelos foram propostos como: A Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criada através da lei federal nº 9.790/1999; A Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP), regulamentada em 2007 pelo Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/07; A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011 e a Organização da Sociedade Civil (OSC), formulada em 2014, através da lei nº 13.019/2014. Apesar de apresentarem distinções em suas configurações todas se constituem enquanto propostas pautadas no modelo de direito privado.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS)² em 2004 lançou uma nota técnica na qual corrobora com o entendimento de que a criação das OSS e OCIPs se deu com vistas à viabilização da Reforma Administrativa do Estado. Assim, o arcabouço legal foi criado para assegurar o curso da contrarreforma através das terceirizações e privatização dos serviços públicos transferindo para entidades privadas a execução de atividades antes executadas prioritariamente no âmbito da administração pública direta.

Granemann (2011) conceitua como privatização não clássica este processo de transferência da gestão e execução de programas, ações e atividades antes sob a da administração pública direta e indireta (autarquias, fundações, empresas públicas) para o setor privado viabilizado mediante repasse de recursos, cessão de patrimônio e/ou do incentivo fiscal levado a cabo por meio dos modelos privatizantes de gestão.

Ainda segundo o CNS (2004) o curso da Reforma Administrativa do Estado aponta para a transformação de OSs em OSCIP uma vez que esta segunda instituição possui maior possibilidade de viabilizar a terceirização e privatização dos serviços públicos fortalecendo o processo de transferência do âmbito público ao privado. Assim, a Lei das OSCIPs corrobora com o avanço da flexibilização da força de trabalho, redução da intervenção Estatal e restrição do controle social na esfera da execução das políticas públicas. Por fim, o CNS assevera que

O Conselho Nacional de Saúde, deve incorporar a concepção filosófica de que a modalidade jurídica de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, é entidade de *administração gerencial*, como proposta no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado do Governo FHC, assemelhada à Organização

² As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs como Instrumento de Gestão Pública na Área de Saúde. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/docs/Parecer/perecer.doc>>

Social (OS), já rejeitada por este Conselho para a administração de serviços públicos de saúde, compreendendo que estas são maneiras e subterfúgios de transferência de responsabilidade do Estado com relação à saúde para o Setor Privado, que não se coadunam com o modelo de gestão do SUS, tal como definido constitucionalmente, e que, quando consultado, o CNS emita parecer contrário à toda esta modalidade de *administração gerencial* para o SUS, em quaisquer formas de apresentação³ (2004, p. 16).

A incorporação dos novos modelos de gestão no campo da saúde pública dá relevo ao projeto saúde vinculado ao mercado. Conforme aponta Bravo (2009): há uma reatualização do modelo médico assistencial privatista, baseado na Política de Ajuste Fiscal que possui como eixos norteadores a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

A operacionalização das políticas sociais, como a Política de Saúde, se dá por meio de uma determinada racionalidade que as fundamentam e organiza desde seu planejamento até a gestão e execução das mesmas, de igual forma os projetos societários possuem distintas racionalidades que denotam a forma de conceber a realidade. Portanto existe uma permanente disputa das racionalidades que se refletem nas distintas concepções de Estado, direito e classes sociais.

Conforma já assinalado a Contrarreforma iniciada na década de 1990 balizada no viés neoliberal impõe sobre a racionalidade da Política de Saúde ações que afetam seu caráter universal e público visando o desmonte desses princípios. Assim, a racionalidade para as políticas sociais passa a priorizar o processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde.

A este respeito Correia (2007) aponta que as mudanças propostas pela racionalidade da Contrarreforma decorrem das mudanças no plano econômico mundial que apresentam reformas no campo da saúde endossadas pelos principais agentes financeiros como o Banco Mundial. Neste sentido a Contrarreforma operacionalizada no país converge para os objetivos da mundialização do capital encontrando no setor saúde um espaço potente para a produção de novos níveis de lucratividade.

A partir da contrarreforma do Estado proposta pelo Banco Mundial as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e

³ Parecer aprovado na 150ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 11, 12 e 13 de janeiro de 2005. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/docs/Parecer/perecer.doc>. Acesso: 12 de setembro de 2018

municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado (CORREIA, 2007, p. 6).

Desta forma enquanto a racionalidade da Reforma Sanitária Brasileira se norteia pela concepção da saúde enquanto direito de todo cidadão a ser assegurado pelo Estado por meio da universalidade, o projeto de privatista concebe a saúde como bem de consumo no mercado, destinando aos mais pobres a assistência pública por meio de serviços focalizados, precarizados e empobrecidos. Portanto a primeira racionalidade baseia-se na lógica da cidadania de direitos e a segunda racionalidade propõe a cidadania do consumo.

Ainda sobre a racionalidade proposta pelo projeto privatista Soares (2009) aponta que o Banco Mundial teve papel estratégico na implementação da política de saúde norteadada pela racionalização dos gastos, focalização dos serviços e do incentivo às parcerias público-privadas celebradas por meio dos convênios e contratos de gestão. Reforçando uma suposta necessidade em priorizar o atendimento à parcela mais empobrecida da população e, desta forma, redirecionando o princípio da universalidade e da igualdade de acesso à saúde para o enfoque na equidade.

O Banco Mundial formulou entre os anos de 1991 a 2007 três documentos com propostas para a Política de Saúde brasileira. O primeiro deles “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” foi apresentado em 1991 contendo em suas propostas o eixo central da relação custo/efetividade, propondo a seletividade do acesso em contraposição à universalidade. Anos mais tarde o BM apresenta seu segundo documento intitulado “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, no qual novamente apresenta propostas contrárias ao preconizado pela Constituição Federal ao propor a universalização da cobertura.

E, por fim, o terceiro documento lançado em 2007, “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”, apresenta propostas para o aperfeiçoamento da gestão e a racionalização do gasto público em saúde ao destacar que os principais desafios enfrentados no campo da saúde pública estão vinculados a problemas com a governança. (CORREIA, 2007)

Desta forma o olhar na efetivação da Política de Saúde passa a se centrar na defesa dos novos modelos de gestão, deixando em segundo plano os outros problemas que impactam o

desenvolvimento da política. A Saúde é compreendida não apenas como direito, mas progressivamente como esfera econômica a saúde é concebida como espaço estratégico não só no campo do direito, mas também no econômico.

Correia (2007) aponta para o fato do SUS materializado na atual política de saúde conviver com a dualidade das racionalidades que permanente disputa, um exemplo disto é a tendência na ênfase na cobertura universal da atenção básica em detrimento da efetivação do princípio da universalidade. Além da dicotomia entre as ações de alta complexidade e da atenção básica que caminha no sentido contrario ao da integralidade.

Outra característica presente na política é flexibilização da gestão baseando-se na relação custo/benefício para respaldar os processos de privatização e terceirização dos diferentes serviços de saúde por meio das OSs, OSCIPs, Fundações e Cooperativas. Soares (2000, p. 23) chama este processo, de privatização “por dentro” do setor público, ao inserir a lógica privada de mercado no interior dos serviços públicos, dando foco a relação custo/benefício em detrimento da qualidade dos serviços. Nesse formato de privatização ocorre a transferência das funções de gerenciamento e administração dos serviços com a utilização de recursos públicos.

A tensão presente entre o projeto do capital, direcionado pelos principais órgãos da economia mundial e dos setores progressistas da sociedade que defendem os princípios da RSB tem conformado a política de saúde no país. Desta forma, Assim, embora persistam ameaças sobre os princípios basilares da Reforma Sanitária Brasileira, a saber: a conformação do sistema como público e universal permanecem na disputa pela defesa do SUS os setores progressistas da sociedade nas diferentes instâncias de participação social: Conferências e Conselhos.

No interior da disputa entre esses dois projetos para a saúde pública do Brasil e com o avanço das investidas do modelo privatista foi dado seguimento as proposições dos novos modelos de gestão. A ascensão do Partido dos Trabalhadores (PT) ao governo federal, diferente do que se esperava, não foi empecilho para o seguimento da política de publicização e privatização na saúde, que foi mantida e aprofundada. Diante da não aprovação do Projeto das Fundações Estatais o governo opta por dar segmento ao projeto de flexibilização da administração da saúde pública com a criação da EBSEH, proposta em 2010 a partir da Medida Provisória (MP) 520 e estabelecida definitivamente a partir da Lei 12.550/2011.

A EBSEERH, segundo já referido, é criada sob a égide do modelo neoliberal sendo apresentada como solução para todos os entraves presentes na gestão dos hospitais universitários, sobretudo no tocante a insuficiência de recursos financeiros e da necessidade de incorporação de novos trabalhadores nesses serviços, diante da ausência de concursos públicos que deveriam ser realizados pelo MEC.

2.2 NOVO MODELO DE GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEERH

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares se constitui como novo modelo jurídico para administração dos HUs em face à crise em que esses estabelecimentos se encontram. Em 2011 a EBSEERH é criada e se destina a gerir os hospitais vinculados às IFES através da celebração de contrato de gestão.

De acordo com os documentos provenientes da própria EBSEERH a justificativa mais imediata para sua criação teria sido uma resposta às contestações do Tribunal de Contas da União (TCU) a respeito da condição dos trabalhadores, em razão do alto número de empregados terceirizados atuando nos HU's de todo o país, recomendando a imediata reversão deste cenário via realização de concursos públicos (BRASIL, 2017).

Entretanto, é preciso compreender a criação da empresa no cenário das transformações que estavam em curso no âmbito da administração pública a partir da Reforma da Administração Pública, quando a perspectiva de flexibilização do modelo burocrático é proposta com a justificativa de promover a eficiência e inovação administrativa. Esse é o marco para a criação de outros modelos de gestão, como as OSs, OSCIPs, Fundações Públicas de Direito Privado, EBSEERH e OSC.

Dentre os fatos que influíram na criação da EBSEERH tem-se no processo crescente de terceirização dos trabalhadores dos HUs/HCs o objeto de contestação por parte do Tribunal de Contas da União (TCU) que, em 2006, lançou o acórdão 1.520/2006-TCU⁴ no qual foi feita a denuncia do processo de terceirização dos trabalhadores dos HUs/HCs e determinando a

⁴ O Acórdão 1.520 de 23/08/2006 dispõe sobre a necessidade de substituição dos trabalhadores terceirizados por servidores concursados. O conteúdo completo do acórdão está disponível em: https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/*KEY%3AACORDAO-COMPLETO-34251/DTRELEVANCIA%20desc/false/1

reversão desse quadro pela substituição desses trabalhadores por profissionais concursados via RJU, medida essa que, inicialmente, tinha como prazo 31/12/2010.

Diante da determinação do TCU no último dia do segundo governo Lula foi editada a MP 520/2010 que determinou a criação da EBSEH, que foi aprovada na Câmara dos Deputados, aprovação por demais protelada no âmbito do Senado o que levou ao do término do prazo para votação. No ano seguinte, já no primeiro governo Dilma, a empresa voltaria a ser discutida no legislativo, sob o formato de PL nº 1749/2011, tendo sido rapidamente aprovada sob o pretexto de regularização das condições dos trabalhadores do HU's.

Nesse mesmo período, ao passo em que eram realizadas as discussões sobre os rumos da administração dos HU's, o governo lança o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais.

Com o Reuni, o governo federal adotou uma série de medidas para retomar o crescimento do ensino superior público, criando condições para que as universidades federais promovam a expansão física, acadêmica e pedagógica da rede federal de educação superior. Os efeitos da iniciativa podem ser percebidos pelos expressivos números da expansão, iniciada em 2003 e com previsão de conclusão até 2012. As ações do programa contemplam o aumento de vagas nos cursos de graduação, a ampliação da oferta de cursos noturnos, a promoção de inovações pedagógicas e o combate à evasão, entre outras metas que têm o propósito de diminuir as desigualdades sociais no país. O Reuni foi instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007, e é uma das ações que integram o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2010).

Zigato (2015), afirma que ao analisar o REUNI é possível notar que dentre o tripé que constitui as universidades públicas, a saber, ensino-pesquisa-extensão, o ensino é preterido e superdimensionado em função das necessidades do mercado em detrimento dos outros dois eixos.

Foi nesse marco, que se deu a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF) pelo Decreto 7.082/2010 que propunha a reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme consta no Art. 2º do Decreto o REHUF:

Criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. § 1º No campo do ensino, pesquisa e extensão, os hospitais universitários desempenham as funções de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde, tendo como objetivos específicos: I - atender às necessidades do ensino de graduação na área da saúde, em especial em

relação à oferta de internato nos cursos de Medicina e estágios curriculares supervisionados para os demais cursos, conforme previsão nas diretrizes curriculares nacionais e no projeto pedagógico de cada curso; II - desenvolver programas de pós-graduação **stricto sensu e lato sensu**, voltados à formação de docentes e pesquisadores em saúde familiarizados com a ótica dos serviços de atenção especializada ofertados e a gestão em saúde; III - definir a oferta anual de vagas dos programas de residência médica, de modo a favorecer a formação de médicos especialistas nas áreas prioritárias para o SUS, segundo indicadores estabelecidos pelos Ministérios da Educação e da Saúde; IV - implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde; e V - estimular o desenvolvimento de linhas de pesquisa de interesse do SUS, em conformidade com o perfil epidemiológico local e regional e as diretrizes nacionais para pesquisa em saúde, com foco na busca de novas tecnologias para o cuidado e a gestão em saúde. § 2º No campo da assistência à saúde, os hospitais universitários desempenham as funções de centros de referência de média e alta complexidade, para a rede pública de serviços de saúde, tendo como objetivos específicos: I - ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade, observada a integralidade da atenção à saúde, com acesso regulado, mantendo as atividades integradas à rede de urgência e emergência; II - garantir oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS; III - avaliar novas tecnologias em saúde, com vistas a subsidiar sua incorporação ao SUS; IV - desenvolver atividades de educação permanente para a rede de serviços do SUS, com vistas à qualificação de recursos humanos para o sistema; e V - desenvolver ações de telessaúde, utilizando as metodologias e ferramentas propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação (DECRETO 7.082/2010, P.1).

Apesar de incorporar os três eixos que compõem as finalidades da universidade pública, ensino-pesquisa-extensão, ao analisar a legislação que cria o REHUF é possível identificar que as reformas promovidas pelo programa e, de igual forma pelo REUNI, apresentam características da administração gerencial e irão confluir com a proposição da EBSEH (ZIGOTO, 2015).

É importante lembrar que logo após a criação dessa empresa, os recursos oriundos do REHUF passaram a ser por ela administrados, tornando-se a mesma o ente responsável pelos repasses junto aos 50 (cinquenta) HUs do país, inclusive, naquelas IFES que não haviam concluído o processo de contratualização com a empresa.

Do ponto de vista político a adesão dos HUs à EBSEH esteve longe de ser um processo consensual, tendo sido permeada por resistências e mobilizações de parte da comunidade acadêmica (estudantes, professores e servidores técnico-administrativos desses hospitais). Atualmente, dos 50 (cinquenta) HU's existentes no Brasil, 40 (quarenta) já contratualizaram sua adesão à empresa (BRASIL, 2018).

Segundo o coordenador da Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras, Rogério Mazzola, existem muitas variações nos contratos da

EBSERH celebrados entre a empresa e as IFES, distinções essas que vão desde o prazo ou a ausência do mesmo nos contratos até questões que se vinculam às relações trabalhistas.⁵

Vignoli Neto (2013) chama a atenção para o fato de que os modelos administrativos propostos para o campo da saúde pública a partir da Reforma do Estado, dentre eles a EBSERH, são incompatíveis com o paradigma constitucional do Estado Democrático de Direito, instituído pela Constituição Federal de 1988, que situa os serviços públicos sob o regime jurídico de direito público. Amparado pela concepção de que saúde é dever do Estado, o SUS deveria ser mantido sob administração de caráter público ao passo que a iniciativa privada deveria atuar de forma complementar e transitória.

Santos (2006, p. 42) demonstra os principais pontos de semelhança e diferença entre os modelos de gestão propostos no curso da conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Formas jurídico-administrativas dos modelos de gestão no setor público de saúde instituídos no período de 1998 a 2014.

| ASPECTOS JURÍDICO-ADMINISTRATIVOS | MODELOS DE GESTÃO | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| | OS | OSCIP | FEDP | EBSERH | OSC |
| Relação com a administração pública | Não é administração pública | Não é administração pública | Administração pública indireta | Administração pública indireta | Não é administração pública |
| Personalidade jurídica | Direito Privado | Direito Privado | Direito Privado | Direito privado | Direito Privado |
| Necessidade de qualificação | Sim | Sim | Não | Não | Não |
| Instrumentos de contratualização | Contrato de gestão | Termo de parceria | Contrato de gestão | Termo de adesão e Contrato | Termo de colaboração; Termo de fomento; |

⁵ Comunicação Pessoal durante o I Seminário: Os Hospitais Universitários e a Política Atual de Saúde realizado no HU da Universidade Federal de Alagoas, realizado em setembro de 2016.

| | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----------------------|
| | | | | | Acordo de cooperação. |
| Obrigatoriedade da publicização dos instrumentos contratuais | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |

Fonte: Santos (2016)

É possível identificar que os diferentes modelos de gestão possuem personalidade jurídica de direito privado e se evidenciam as semelhanças entre as FEDP e a EBSEH enquanto órgãos da administração pública indireta e, como tal, não necessitam de qualificação para realizar a gestão dos serviços sendo essa viabilizada através da celebração de Contrato de Gestão e Termo de Adesão e Contrato respectivamente.

Santos (2016) chama atenção para o fato de que apesar da determinação posta pela Constituição Federal para que os órgãos da administração pública direta e indireta executem sua função de forma a assegurar a imparcialidade, neutralidade, transparência e a participação os novos modelos de gestão na saúde tem flexibilizado essa regra que deveria ser seguida de forma inflexível.

É preciso salientar que, conforme aponta Reale (2001) o regime jurídico do direito privado se norteia por interesse particular, diferentemente do regime jurídico de direito público no qual o interesse da sociedade deve prevalecer desta forma os interesses particulares se subordinam ao interesse público do Estado. Assim as entidades da Administração Pública Indireta, regidas pela lógica do direito privado, adotam um modelo de regime jurídico híbrido, pois como afirma Vignoli Neto (2013) nem todos os atos da pessoa jurídica devem se nortear por sua personalidade, antes é necessário observar a relação jurídica construída se pública ou privada.

Souza; Littike e Sodré (2013) sinalizam que a particularidade da saúde não condiz com os modelos de gestão que tem sido implantado. Uma vez que, a maioria dos trabalhadores da saúde produzem “produtos imateriais”, difíceis de mensurar e quantificar. E quando se preza por quantificar se perde a qualidade de um processo de trabalho que envolve cuidado, acolhimento, escuta atenciosa, orientação etc.

As particularidades presentes no campo da saúde pública, no bojo da administração gerencial, apontam para a necessidade de reflexão sobre os processos de trabalho em saúde e as possíveis mudanças que vem ocorrendo a partir do modelo de gestão de direito privado nos serviços de saúde pública.

2.3 PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

As noções marxistas de trabalho e processo de trabalho se caracterizam como importantes categorias de análise, Marx (1994) conceitua trabalho como:

[...] um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (p. 326-327).

Marx (1994) ao conceituar processo de trabalho, afirma que este se constitui como atividade realizada pelo homem em transformar um objeto por meio da utilização de instrumentos de trabalho, tendo em vista a produção de um resultado para um determinado fim. Desta forma, o processo de trabalho é apresentado pelo autor constituído de três componentes: a atividade planejada para um fim específico, ou seja, o próprio trabalho; o objeto sobre o qual se aplica o trabalho e os instrumentos de trabalho.

No campo da Saúde Pública, Mendes Gonçalves formulou o conceito de processo de trabalho em saúde com base na análise dos processos de trabalho da medicina e enfermagem. O autor aplicou ao conceito a análise de seus componentes: objeto do trabalho, instrumentos, a finalidade e os agentes. O autor aponta para a necessidade de examinar de forma articulada os componentes, pois apenas dessa forma podem se configurar como processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1979).

Mendes Gonçalves produziu seu mestrado sobre “Medicina e História”, produção essa que tem papel central em seus estudos, pois a partir dela foi criada a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde e derivada uma gama de outras investigações. O autor desenvolveu a caracterização do fazer médico e da dupla posição que esses profissionais ocupam nas sociedades capitalistas. Por um lado, os médicos compõem à elite intelectual que articula os

projetos sociais hegemônicos com base na legitimidade e poder das ciências médicas. Por outro, são trabalhadores que sofrem as influências das mudanças nas relações de produção, as quais afetam seus modos de trabalho e de vida. Desta forma, a partir dos seus estudos Gonçalves Mendes desenvolveu as bases para a análise do processo de trabalho em saúde.

O processo de trabalho em saúde se refere à dimensão particular do cotidiano do trabalho nos serviços de saúde ou, dito de outra forma, se constitui como prática diária dos trabalhadores desse campo, inserida na dinâmica mais ampla do trabalho humano o que demanda a compreensão de aspectos relativos à natureza do trabalho na sociabilidade humana e da sua configuração no marco da sociedade capitalista (PEDUZZI, 1998).

Neste mesmo sentido Alves (2005, p.266) sinaliza que:

O processo de trabalho é atividade voltada a um fim, a produção da saúde, em atendimento às necessidades humanas, que se manifestam por meio do processo de saúde/doença. Sendo comum a todas as formas sociais, o processo de trabalho em saúde está vinculado a determinações históricas, econômicas e educativas nas relações entre trabalhadores.

No que se refere aos elementos do processo de trabalho o objeto representa aquilo que vai ser transformado pelo sujeito, a matéria-prima a ser modificada. Esse objeto não é natural, mas necessita estar diretamente vinculado ao olhar do sujeito que projeta a sua transformação, logo o objeto será aquilo sobre o que o trabalhador fará incidir sua ação.

Nesse ponto encontra-se a intencionalidade do processo do trabalho, na prévia ideação do produto a ser alcançado pelo trabalhador, ou seja, a direção e perspectiva em que será realizada a transformação do objeto em produto (MARX, 1994). No caso da saúde, refere-se às necessidades humanas as quais se constituem enquanto objeto do processo de trabalho de diferentes profissionais.

De semelhante forma os instrumentos presentes no processo de trabalho não se dão naturalmente, antes são construídos socialmente pelos sujeitos que podem ampliar sua intervenção sobre o objeto. A este respeito Mendes Gonçalves (1994) aponta dois tipos de instrumentos presentes no processo de trabalho em saúde, os materiais e não-materiais.

O primeiro tipo é composto por insumos (medicamentos, material médico-hospitalar, equipamentos) e pela infraestrutura dos serviços; já o segundo, se refere aos saberes que articulam os agentes do processo de trabalho aos instrumentos materiais, ou seja, são instrumentos interdependentes. Tais saberes são as ferramentas principais do trabalho de

natureza intelectual, uma vez que permitem a apreensão do objeto de trabalho. Por fim, o agente é compreendido como o próprio instrumento de trabalho enquanto sujeito da ação, sendo ele o responsável por inserir no processo de trabalho a prévia ideação sobre o desenvolvimento do trabalho e de sua finalidade (PEDUZZI, 1998).

Apesar do processo de trabalho em saúde estar diretamente ligado ao processo de trabalho de forma mais ampla, é mister considerar a particularidade presente na relação entre o trabalhador de saúde e o usuário dos serviços. A partir desse contato se cria uma intersecção na qual o usuário não se constitui como mero consumidor de um serviço, mas como coparticipante desse processo, entendendo-se que dele procedem informações sobre o estado de saúde, compreensão sobre as orientações e a execução das prescrições e sobre os cuidados para com a sua saúde.

Dessa forma, apesar do processo de trabalho em saúde estar vinculado ao processo de trabalho em geral, apresenta como particularidade a relação estabelecida entre o trabalhador e o usuário, a qual implica na autonomia do primeiro de direcionar seu trabalho uma vez que, conforme assinalado, tal direcionamento se dá em relação direta com o sujeito da ação, isso é, o cidadão usuário dos serviços de saúde (MERHY, 1997; MALTA, MERHY, 2003).

Ao refletir sobre o processo de trabalho em saúde se faz necessário retomar a conceituação de trabalho em equipe. Esse conceito possui sua origem na racionalização da assistência médica, no sentido de garantir a melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida, mas como resposta à necessidade de integração das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. (PEDUZZI, 1998)

A organização e distribuição do trabalho estabelecida nos serviços de saúde tradicionalmente se pautam no modelo fragmentado, no qual cada categoria atua dentro do seu campo executando atividades específicas. Tal formato dificulta o envolvimento dos membros de uma equipe para o exercício da atuação interdisciplinar.

Alves (2005) sinaliza que a interdisciplinaridade enquanto processo de intercâmbio entre os diferentes saberes em torno de objetivos comuns se constitui como meta indispensável no trabalho em equipe e, por consequência, do trabalho em saúde, uma vez que através da atuação interdisciplinar se reestabelece a relação de complementaridade entre as diferentes formações especialistas e generalistas.

No ambiente hospitalar a hierarquia de trabalho e segmentação das diferentes categorias profissionais é ainda mais evidente, sendo necessário estudos que visem compreender a articulação entre os instrumentos e a finalidade do processo de trabalho em saúde no cotidiano dos serviços, visando estabelecer uma relação desses elementos a fim de construir novas formas de atuação que busquem responder as demandas de forma integrada (ALVES, 2005).

Os hospitais de ensino, como o HC, apresentam maior abertura no interior dos processos de trabalho para a construção de novas práticas com vistas à democratização de saberes e a melhor qualificação do sistema, isso se deve ao caráter da missão que o serviço possui: formar profissionais de saúde, gerar novos conhecimentos e prestar assistência de qualidade aos usuários do SUS. Assim, presença de estudantes nos seus diferentes locais de estágio e dos residentes possibilitam a oxigenação destes serviços a partir da inserção de novos olhares e proposições para as práticas profissionais.

2.4 SERVIÇO SOCIAL E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O Serviço Social no Brasil surgiu como profissão institucionalizada em meados dos anos 1930. Foi a partir desse período que a profissão logrou legitimidade com a requisição do Estado pelo trabalho dos assistentes sociais como forma de responder às expressões da questão social no contexto de emergência da classe operária brasileira.

Em sua gênese, o Serviço Social sofreu a influência direta da Igreja Católica que buscava reaver sua hegemonia e poder frente à sociedade brasileira. Assim, as primeiras escolas de Serviço Social, criadas entre 1936 e 1940 nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Recife tinham vinculação à Ação Social⁶ e sua formação estava pautada na doutrina social da Igreja Católica.

A perspectiva de ação para o Serviço Social, nesse primeiro momento, é bem delimitada. Restringe-se ao atendimento individual, a partir da concepção de sociedade, que caracteriza o indivíduo em condições estruturais de pobreza, como pessoa fraca, desajustada e incapaz, que precisa de ajuda especial. Adota-se a metodologia de caso, grupo ou comunidade, como formas de implementar a intervenção social, sem objetivar, contudo, uma análise na estrutura social. A

⁶ O Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) fundado em setembro de 1932, dedicou-se à difusão da doutrina social da Igreja e à formação social católica, criando a Escola de Serviço Social (ESS), em 1º de fevereiro de 1936. (BETETTO, 2010, p. 591)

pobreza é expressa estatisticamente, vista sem o estabelecimento de relação com a forma de organização social (OLIVEIRA, CHAVES, 2017, P. 147).

Ao longo do seu desenvolvimento histórico no país o Serviço Social sofreu a influência de escolas internacionais, como a Escola Americana, que introduziu perspectivas norteadas pelo funcionalismo e positivismo na base da formação profissional. Por muito tempo o Serviço Social se pautou nos princípios cristãos da Igreja Católica, na caridade e no assistencialismo.

O Serviço Social brasileiro experimentou um novo momento no final da década de 1960, momento no qual houve o esforço em redefinir a profissão. A realização dos seminários de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) promovidos pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbios de Serviços Sociais (CBCISS) se constituíram como marco do que hoje conhecemos como Movimento de Reconceituação (OLIVEIRA, CHAVES, 2017).

A partir de então a categoria experimenta o movimento de crítica ao Serviço Social tradicional e passa por um processo de renovação conformado por três direções: (i) Perspectiva Modernizadora, na qual o Serviço Social se adequa ao desenvolvimento do capitalismo no período pós-64; (ii) Reatualização do Conservadorismo, nesta direção a categoria pautou-se nas dimensões da subjetividade e se baseou na fenomenologia e psicologia, implicando na prática profissional da “ajuda psicossocial”; (iii) Intenção de Ruptura que, como o nome já anuncia, se propôs a romper com a lógica positivista e com o conservadorismo presentes até então na formação e prática profissional. Essa terceira direção se baseou na tradição marxista e polemizou as discussões sobre a profissão ao promover a qualificação do debate político, acadêmico no interior do Serviço Social e se apresenta como orientação hegemônica no interior da categoria. (NETTO, 2010).

Concordamos com Oliveira e Chaves (2017) ao afirmar que atualmente o Serviço Social possui maturidade nos campos da formação, produção de conhecimento e prática profissional, pautados no materialismo histórico dialético e na laicidade do Estado. Todavia, a reconfiguração vivenciada pela categoria ao longo da sua construção histórica não apaga a tensão e disputa permanentes pela hegemonia nas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-instrumental.

No contexto atual da profissão, a laicidade e o materialismo histórico dialético compõem o argumento central. De lá para cá a profissão passou por uma reconfiguração significativa, galgando posição extremada em relação a sua origem,

mas ainda é fortemente marcada pelo sincretismo que acompanhou a sua trajetória histórica (Oliveira e Chaves, 2017, P. 144).

Dito de outra forma, apesar da consolidação e robustez presentes no projeto ético-político do Serviço Social, cujo tem por base a teoria social crítica, persiste no interior do Serviço Social brasileiro traços do conservadorismo presente nas raízes da institucionalização da profissão.

Ao adentrarmos o campo da saúde e suas implicações no exercício profissional dos assistentes sociais é imperiosa a compreensão sobre a construção social da profissão e a clareza sobre os avanços e recuos presentes no itinerário histórico da profissão, no qual estão presentes a influência da prática missionária e conservadora que se vincula aos segmentos dominantes da sociedade e a atuação transformadora pautada no compromisso com os interesses da classe trabalhadora (CASTRO, 1989).

É importante ressaltar que, conforme assevera Iamamoto (2001) os processos de trabalho do Serviço Social apresentam especificidades e se diferem não apenas na execução das diversas políticas sociais, mas também no interior das instituições ainda que componham a mesma política setorial. Assim, é necessário apreender as particularidades presentes em seu cotidiano profissional articulando-as com as relações do mundo do trabalho de forma mais geral para que seja possível desvelar os limites e possibilidades ao exercício da profissão.

Ao situarmos o Serviço Social na área da saúde, cabe retomar o fato de que a atuação dos assistentes sociais inicialmente se restringia à abordagem curativa e individual. Todavia, o processo interno de mudanças e consolidação da profissão que ocorreu no mesmo momento histórico da constituição do Movimento Sanitário possibilitou a mudança e uma nova proposição para a atuação destes profissionais na saúde (MATOS, 2003).

Destarte, a ação do Serviço Social na saúde atualmente se pauta em conceitos fundamentais para o exercício profissional, a saber: a concepção de saúde como direito, a integralidade, intersetorialidade, participação social e a interdisciplinaridade (CFESS, 2009).

Assim, Costa (2009) aponta que atualmente:

Os assistentes sociais se inserem no interior dos processos de trabalho em saúde se configurando como agentes de interação, ou seja, como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar a integralidade das ações.

Além disso, também se constitui como objetificação do trabalho desenvolvido pelo assistente social no campo da saúde, o restabelecimento do elo entre setores, profissões, instituições e saberes. A participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho em saúde tem como singularidade a reposição, com sua ação, as lacunas postas pela parcialização, fragmentação, superespecialização e terceirização do trabalho (Ibidem).

No mesmo sentido, Vasconcelos (2009) aponta que os trabalhadores do Serviço Social dispostos a romper com práticas conversadoras atuam no sentido de superar a reprodução do trabalho alienante, lançando mão de estratégias que além de possibilitar o acesso a bens e serviços provenham processos educativos com resultados que não se restringem como produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar.

Nesse bojo se forja a prática reflexiva do assistente social como processo que envolve o usuário e o profissional buscando politizar as demandas dirigidas ao Serviço Social. Assim, a partir desta prática reflexiva o profissional democratiza as informações necessárias para a viabilização do acesso aos serviços e recursos, tomando por base a perspectiva do direito social (VASCONCELOS, 2009, P. 26).

Além disto, considera-se que a prática reflexiva do assistente social deve estar vinculada a uma racionalidade que tenha inspiração na razão dialética, pois é através desta que se faz possível a construção de novas competências e legitimidades que permita ao profissional dar novas respostas qualificadas em oposição às tradicionais respostas instrumentais, de maneira comprometida com valores de uma sociedade emancipada (SANTOS, BACKX, GUERRA, 2012).

O processo de trabalho do Serviço Social na área da saúde vem sendo configurado por demandas, tanto de cunho sócio-político, com projetos, muitas vezes, encabeçados pelo Serviço Social, que zelam pela resolutividade das ações de saúde, quanto de natureza individual/emergencial decorrentes da precarização das condições de vida e de trabalho da população, engendrada pela atual política econômica do governo. As demandas emergenciais revelam, portanto, o caráter excludente da política de assistência social e o comprometimento das demais políticas sociais (BRAVO, 2009).

Desta forma, é de suma importância que a atuação profissional esteja respaldada no projeto ético-político do Serviço Social, pois é através deste que se faz possível a construção

de bases e condições para que o assistente social supere seu referido papel no campo da saúde enquanto agente que complementa as ações dos demais profissionais e:

(...) na complementação do tratamento de doenças; na viabilização burocrática de recursos compensatórios; na reprodução do consenso e do consentimento, enfim, na contribuição da categoria profissional na reprodução da ordem social capitalista. Estarão sendo construídas as condições para que seja superada uma lógica de inserção dos profissionais e da operacionalização das ações baseada em atenção individualizada, burocrática, repetitiva, acrítica, “humanizadora” de relações pessoais. Ações calcadas na orientação, no encaminhamento, no aconselhamento, no acolhimento, na humanização das relações pessoais (VASCONCELOS, 2009, P. 29).

O processo de trabalho do Serviço Social na saúde não deve ser desconectado do trabalho em saúde de forma geral. Assim, é importante compreender como os estudos sobre processo de trabalho em saúde tem se expandido e permitido abordagens que se espraiam desvelam as práticas profissionais específicas e se projetam para além delas.

Desta maneira, reflexões sobre atenção em saúde, modelos assistenciais e trabalho em equipe de saúde são permeadas pela discussão dos processos de trabalho e suas particularidades em cada contexto o que dá margem para discutir os aspectos vinculados à interação entre agentes e sujeitos da ação em distintas instituições, relação pela qual se configuram os diferentes processos de trabalho em saúde.

Estas discussões que se projetam para o contexto mais amplo se inserem no cenário que emerge a partir dos anos de 1990, onde questões relativas às mudanças gerais na configuração do trabalho e suas novas formas de regulação e flexibilização passam a permear e influenciar o desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde com a crescente incorporação tecnológica, precarização das relações de trabalho e outros fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho de forma mais ampla e são reproduzidas no setor saúde (PEDUZZI, 2003).

A disputa dos projetos, a saber: o modelo privatista e o a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) no campo da saúde influem no processo de trabalho do Serviço Social no que tange a demanda e a forma de dar respostas. Se por um lado o projeto privatista passa a requisitar do assistente social, a ênfase na seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Por sua vez o projeto da RSB vem apresentando como demandas centrais para as assistentes sociais questões como: a democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (BRASIL, 2009).

É no bojo dessa disputa de hegemonia dos dois projetos para a saúde que, conforme assinala Sodré (2010), os processos de trabalho em saúde cada vez mais se baseiam no modelo de saúde-fábrica, no qual a influência dos processos de trabalho forjados para a organização do trabalho industrial, como o modelo fordista-taylorista são incorporadas ao campo da saúde.

Contudo, Alves (2005) ressalta que apesar do modelo de produção fordista/taylorista ter influência sobre a organização interna das diferentes profissões e serviços de saúde, tal processo não ocorreu plenamente uma vez que a produção da assistência em saúde apresenta particularidades que singularizam seus processos de trabalho. No campo da saúde, em especial na prestação da assistência, existem conhecimentos que não são dominados pelo setor administrativo institucional, o que impossibilita seu controle absoluto, antes os asseguram aos profissionais de saúde sua utilização no exercício da sua relativa autonomia.

A respeito da relativa autonomia Nogueira e Tumelero (2015) afirmam a importância de compreendê-la a partir da particularidade presente no exercício profissional no âmbito do setor público. É como agente implementador do Estado que os trabalhadores, dentre eles os assistentes sociais, encontram as especificidades que incidem no seu fazer profissional influenciando na sua relativa autonomia a partir de elementos como o tipo de vínculo institucional estabelecido. Neste mesmo sentido as autoras asseveram que

O assistente social, enquanto agente implementador estatal de serviços no campo das políticas sociais, dentro da particularidade que lhe é própria, firma-se pela via da competência teórica e metodológica que orienta sua ação interventiva. Resgata-se aqui a relevância da teoria e das possibilidades por ela informada no sentido mesmo de identificar ações estratégicas enquanto um prestador de serviço, alinhando a direção política da ação. As competências teóricas, técnica e política devem estar interligadas, possibilitando os ajustes e adequações das políticas nacionais no plano local em decorrência da relativa autonomia característica dos serviços (NOGUEIRA, TUMELERO, 2015, p.221).

Assim, o assistente social é considerado um agente político por excelência e desenvolve sua prática a partir de ações ideológicas, políticas e educativas. Estas

características do fazer profissional associadas ao domínio teórico-político que direcionam seu trabalho possibilita o exercício da relativa autonomia. Desta forma, para além de um executor de políticas públicas o assistente social lança estratégias com vistas a colaborar com a luta pela emancipação humana (Nogueira; Tumelero, 2015).

A relativa autonomia dos assistentes sociais é o que possibilita o redirecionamento do seu trabalho para os rumos sociais que podem ser distintos daqueles esperados por seus empregadores ao se aliarem aos interesses da classe trabalhadora. É o próprio caráter contraditório das relações sociais que serve de base para a relativa autonomia ou, dito de outra forma, são os interesses sociais antagônicos que se apresentam no espaço das instituições como forças sociopolíticas disputando a hegemonia que podem ser a referência para o trabalho realizado. (IAMAMOTO, 2009)

São as necessidades dos usuários, a quem o trabalho do assistente social se direciona prioritariamente, que podem potencializar os rumos da sua intervenção, ainda que por vezes esta caminhe na contramão das demandas institucionais. Iamamoto (2009) afirma que nos diferentes espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais é a qualificação acadêmico-profissional em conformidade com a regulamentação da profissão, ao definir funções e competências, além da articulação com outros agentes institucionais que assegura a defesa de sua relativa autonomia e possibilita a ampliação de suas margens.

Desta forma, no campo entre o planejar e o executar está localizada a relativa autonomia dos trabalhadores da saúde. Este conceito se vincula a constante relação desigual do poder decisório a partir das competências e saberes específicos de cada categoria profissional, todavia, a figura do médico permanece com maior influência e controle junto ao poder institucional.

Neste sentido, o Serviço Social se soma à luta pela superação do modelo médico hegemônico, por compreender que essa é a condição essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde na perspectiva do direito à saúde e do seu provimento de forma integral e articulada com os demais campos de saberes e políticas setoriais (COSTA, 2009).

Por fim, é mister, diante do atual cenário de forte influência neoliberal e de Estado Gerencialista, apresentando na saúde a proposição dos novos modelos de gestão como a EBSERH, realizar a necessária reflexão e investigação sobre quais possíveis mudanças no trabalho em saúde emergem desse contexto na busca por compreender como os elementos da

singularidade presente no cotidiano do trabalho do Serviço Social no HC se articulam com as transformações mais gerais na políticas públicas, em especial a Política de Saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo é de cunho qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa não se constitui como oposição à pesquisa quantitativa, pelo contrário, tem desenvolvido uma identidade própria com a presença de diferentes enfoques. Os pesquisadores que fazem uso dos métodos qualitativos de pesquisa têm por objetivo acessar experiências, interações e documentos em seu contexto, abrindo espaço para as particularidades e aos materiais nos quais são estudados. Desta forma, a pesquisa qualitativa considera o contexto e os casos para compreender uma questão de estudo, a partir da ideia de que métodos e teoria devem ser adequados àquilo se é estudado (GOMIDE, 2017).

No campo da Saúde, Minayo traz uma grande contribuição no esforço de construir uma síntese sobre pesquisa qualitativa. A autora entende o método qualitativo

Como aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1996, p.10).

No tocante a concepção epistemológica na qual toda pesquisa se filia existem duas principais: a concepção metafísica e a materialista. São enfoques metodológicos que apontam caminhos diferentes nas formas de apreender o real. Neste estudo optamos pela concepção materialista que é fundada na dialética da realidade, sendo a dialética definida como um método científico composto por um conjunto de leis e princípios que governam a totalidade da realidade de cunho ontológico.

Destarte a escolha pelo materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico se deu por sua constituição que visa compreender a produção social vinculada a uma concepção da realidade. Tendo em vista que esta concepção parte do pressuposto de que o universo e tudo que nele existe tem uma existência material que pode ser racionalmente apreendida.

Quando o pesquisador escolhe fazer uso do materialismo histórico em sua análise, passa a considerar a dimensão histórica dos processos sociais. A partir da identificação do modo de produção e da relação com as superestruturas (política, economia, justiça) é que ele procede sua interpretação dos fenômenos observados (GIL, 2010).

O conhecimento produzido pelo sujeito acerca do mundo e do contexto no qual está inserido possibilita a apreensão do real em suas múltiplas determinações tendo em vistas superar aquilo que está na aparência e alcançar a essência (BOTTOMORE, 1987).

No campo da Saúde Coletiva a pesquisa qualitativa tem logrado reconhecimento em meio ao crescimento das discussões e estudos que evocam a interdisciplinaridade. Bosi (2012) sinaliza a necessidade de inocular esse campo com o que é subjetivo, afetivo, livre e criador; características essas do enfoque qualitativo cuja contribuição tem alcançado a quase totalidade dos objetos e temas trabalhados na Saúde Coletiva. Para além dessas constatações acerca da expressividade dos aportes da pesquisa qualitativa se faz necessário pensar novas formas de impactar esse campo científico e democratizar o conhecimento por ele gerado.

Neste estudo foi escolhida a história oral como procedimento metodológico, uma vez que esta busca registrar e, portanto, perpetuar impressões, vivências, lembranças daqueles indivíduos que se dispõem a compartilhar sua memória com a coletividade e dessa forma permitir um conhecimento do vivido muito mais rico, dinâmico e colorido de situações que, de outra forma, não conheceríamos.

A escolha pela História Oral se deu pelo reconhecimento que através dessa metodologia é possível dar voz aos sujeitos que presenciaram e ou vivenciaram momentos históricos, acontecimentos e mudanças. Tratando o material coletado não de forma a inferir interpretações sobre ele, mas de contextualizá-lo e permitir que a história seja contada a partir da percepção subjetiva dos colaboradores que partilham de suas memórias (MONTENEGRO, 2010; ALBERTI, 2004).

No Brasil o uso da metodologia da história oral de forma mais efetiva na comunidade acadêmica ocorreu no período político singular, o da redemocratização do país. No fim dos anos 1970, muitos cientistas sociais brasileiros buscavam outras formas de tratar e analisar seus objetos de investigação, ao mesmo tempo, em que crescia a influência de historiadores que se voltavam para a o trabalho da microhistória. Assim, a partir de 1975 surgiram as primeiras experiências sistemáticas no campo da História Oral no país com a presença de pesquisadores norte-americanos e mexicanos que ministraram cursos no Centro de Pesquisa e Documentação da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro, com patrocínio da Fundação Ford. (NETO, MACHADO, MONTENEGRO, 2009).

Segundo Schraiber (1995), a história oral permite que o pesquisador se aproxime do seu objeto de estudo a partir de duas vias: o social e o coletivo por referência ao individual singular que o apreende; e o real objetivo por referência à dimensão subjetiva que o evidencia. Essas são questões que a grande maioria dos textos de referência para esta modalidade de investigação termina por trabalhar.

Essa abordagem investigativa pode ser compreendida como história de vida, conforme sua denominação indica, quando há um aprofundamento nas questões que permeiam a vida como um todo dos sujeitos entrevistados; ou como história oral temática quando se busca abordar um aspecto ou momento específico da vida dos indivíduos (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Para fins de desenvolvimento deste estudo optou-se pela história oral temática, uma vez que o interesse desta investigação está centrado em processos de trabalho dos assistentes sociais em sua atuação profissional, sob determinadas circunstâncias temporalmente datadas.

A partir destas reflexões esta pesquisa tem como objetivo analisar como vem se desenvolvendo a atuação do Serviço Social do HC/UFPE sob o modelo de gestão da EBSEH a partir das vivências dessas trabalhadoras neste espaço.

Assim, pudemos caracterizar a atuação das assistentes sociais no hospital universitário, levando em conta o período de mudança da gestão; analisar o trabalho do Serviço Social no Hospital Universitário a partir do tripé ensino, pesquisa e extensão e apreender as possíveis mudanças ocorridas na organização do trabalho com diferentes regimes de contratação e a repercussão dessas novas relações na prestação da assistência à saúde.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O cenário investigado foi o setor de Serviço Social do HC/UFPE, sob a gestão da EBSEH, desde 2013, buscando articular os processos que vem ocorrendo neste serviço de saúde com as questões macro políticas que tem se configurado no Brasil desde a segunda metade dos anos 1990, com maior ênfase a partir dos anos 2000.

O Hospital das Clínicas foi inaugurado no campus universitário em 1979, ano no qual foi iniciada a transferência das instalações do Hospital Pedro II, primeira unidade hospitalar

vinculada à UFPE. Ao longo dos anos 1980 foram progressivamente transferidos para o HC os diferentes setores do hospital.

Em 2004 todos os hospitais universitários do país foram submetidos a um processo de contratualização com o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias Estaduais de Saúde, o que no caso do HC/UFPE ocorreu em 2005. Desde então e até o ano 2012, a gestão do hospital esteve vinculada à reitoria da UFPE, sendo seus dirigentes diretamente nomeados pelo reitor. Essa configuração foi alterada em 2013, ano em que foi celebrado o contrato de gestão entre a UFPE e a EBERSH, a partir de então, passando todas as responsabilidades da administração do hospital para a empresa.

Atualmente o HC conta com um total de 411 (quatrocentos e onze) leitos distribuídos nas diversas enfermarias e com mais 12 (doze) leitos da Unidade de Tratamento Intensivo (adulto) e UTI Cirúrgica ; 10 (dez) salas no centro cirúrgico geral; 4 (quatro) salas no Centro Cirúrgico Ambulatorial, Centro Obstétrico com 3 (três) salas e Centro Dialítico com 15 (quinze) hemodialisadores. Em relação aos atendimentos e procedimentos realizados entre janeiro e abril de 2018, o hospital teve uma média mensal de 19 (dezesete) mil consultas ambulatoriais; 1.090 (mil e noventa) internações, 4.900 (quatro mil e novecentos) exames por imagem; 37.172 (trinta e sete mil e cento e setenta e dois) exames laboratoriais de pacientes ambulatoriais; 700 (setecentas) cirurgias e 160 (cento e sessenta) partos. (BRASIL, 2018)

Esses números demonstram a dimensão que o Hospital possui e sua relevância para o SUS em Pernambuco, bem como para a Região Nordeste. Todas as atividades do hospital são realizadas por um corpo de funcionários que, segundo dados da instituição, até junho de 2018, era constituído por 1.233 (mil duzentos e trinta e três) servidores RJU, 977 (novecentos e setenta e sete) empregados públicos da EBSERH, 64 (sessenta e quatro) voluntários e 323 (trezentos e vinte e três) residentes de diferentes categorias profissionais da saúde (BRASIL, 2018).

Em relação aos profissionais que compõem o Serviço Social do HC, atualmente a instituição conta com 22 (vinte e duas) assistentes sociais, sendo 15 (quinze) vinculadas ao RJU e 7 (sete empregadas públicas) da EBSERH. Essas trabalhadoras têm inserção em diferentes setores, ambulatórios e enfermarias do hospital, e compõem as equipes multiprofissionais dos setores nos quais estão inseridas.

As informações para a realização deste estudo foram coletadas por meio de entrevistas individuais realizadas no Hospital das Clínicas/UFPE. Para registro das entrevistas foi

utilizado gravador de voz além e de diário de campo para complementação de informações outras. As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2017 e janeiro de 2018, no local de escolha das entrevistadas, todas elegeram suas salas de trabalho. Optou-se pela forma dialógica na realização das entrevistas possibilitando melhor fluidez e obtenção das informações de forma mais clara, conforme aponta Alberti (2004):

O ideal numa situação de entrevista, é que se encaminhe em direção a um diálogo informal e sincero, que permita a cumplicidade entre entrevistado e entrevistador, à medida que ambos se engajam na construção, reflexão e na interpretação do passado (p. 102).

As entrevistadas são assistentes sociais que trabalham no HC/UFPE contratadas via RJU. A escolha por esse recorte se deu em razão do fato que essas profissionais estão há mais tempo atuando no HC e, desta forma puderam colaborar com o objetivo desta pesquisa para compreender a atuação na instituição no período anterior à administração pela EBSEH e de como tem se configurando o cotidiano profissional atualmente.

Em que pese o fato de ao longo do desenvolvimento deste estudo se identificar as limitações postas pelo recorte no público entrevistado, uma vez que se evidenciou a necessidade de ouvir as impressões e experiências das novas trabalhadoras do hospital acerca das pactuações no interior do Serviço Social e da vivência das mesmas sob a lógica da gestão da EBSEH.

A escolha da primeira entrevistada se deu pelo critério de maior tempo de atuação no HC/UFPE e as seguintes foram indicadas sucessivamente por suas antecessoras. Desta forma, o público entrevistado foi composto por três assistentes sociais. Com fins de manter o sigilo sobre a identidade das entrevistadas faremos menção das mesmas como: entrevistada A, entrevistada B e entrevistada C, conforme a ordem de realização da entrevista.

Dentre as três entrevistadas o tempo de atuação das mesmas no HC/UFPE varia entre 15 (quinze) e 25 (vinte e cinco) anos. Duas das entrevistadas atuaram a maior parte de sua trajetória profissional nos mesmos setores no hospital e a terceira passou por outros campos de atuação, inclusive chefiando o setor do Serviço Social. As entrevistas possuem formação em nível de pós-graduação, em programas de mestrado profissional e/ou especializações nos campos da Saúde Pública, da Educação Popular em Saúde e do Serviço Social.

No que concerne ao método de escolha das entrevistadas seguimos o que afirma Schraiber (1995) ao assinalar a importância de não se eleger os entrevistados aleatoriamente,

antes, buscando eleger via contactação por indicação interpessoal. Segundo a autora essa estratégia possibilita a boa recepção e disponibilidade do entrevistado para com a pesquisa, reforçando a manutenção desse princípio.

A escolha por entrevistar as assistentes sociais do HC/UFPE se deu por três razões. A primeira, pela inserção horizontal dessa categoria profissional nos diversos espaços do hospital, para além do próprio setor do Serviço Social, considerando que estas trabalhadoras atuam sempre junto à outras categorias profissionais.

A segunda motivação é o fato desta categoria profissional ser bastante ativa na dinâmica das discussões internas e externas à instituição. Por fim, o fato da pesquisadora deste trabalho ter formação em Serviço Social e atuação no campo da saúde se constitui como mais um fator para a escolha desta categoria profissional, pelo interesse em aprofundar seus estudos sobre a atuação do assistente social na saúde iniciados ainda durante a graduação e discutidos em seu trabalho de conclusão de curso.

Em história oral não há necessidade de se preocupar com a representativa estatística do número de entrevistados, pois de alguma forma um relato oral de memória, por mais particular que ele seja, carrega as marcas da rede social, profissional, política, cultural daquele entrevistado (MONTENEGRO, 2010). Neste mesmo sentido Alberti (2004) sinaliza que:

A escolha dos entrevistados de uma pesquisa de história oral segue critérios qualitativos, e não quantitativos. Ocorre que tais critérios devem levar em conta também quantos entrevistados são necessários para que se possa começar a articular os depoimentos entre si e, dessa articulação, chegar à inferências significativas para os propósitos da pesquisa. [...] é também muito difícil definir, de antemão, quantos entrevistados serão necessários para garantir o valor dos resultados da pesquisa. É somente durante o trabalho de produção das entrevistas que o número de entrevistados necessários começa a se descortinar com maior clareza, pois é conhecendo e produzindo as fontes da sua investigação que os pesquisadores adquirem experiência e capacidade para avaliar o grau de adequação do material já obtido aos objetivos do estudo. (p. 36)

No tocante ao tratamento das entrevistas foi realizada a transcrição, textualização e por fim a análise das informações obtidas. No processo de transcrição das entrevistas o relato oral foi transformado em registro escrito. Em seguida na textualização foram realizados os arranjos cronológicos e temáticos, a fim de deixar o texto mais fluído através do processo dialógico e textual. E por último, no processo de análise os elementos apresentados nas entrevistas foram contextualizados historicamente com vistas a possibilitar a compreensão dos fatos trazidos pelas entrevistadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que se apresenta a seguir referem-se aos conteúdos obtidos a partir dos relatos das entrevistadas, onde se buscou compreender como os profissionais de Serviço Social do HC/UFPE tem vivenciado seus processos de trabalho com a implementação da EBSEH. A partir dessa premissa os resultados serão expostos em duas seções. Na primeira, procurou-se apreender a atuação profissional das assistentes sociais do HC/UFPE, levando em consideração como marco a adesão do hospital à EBSEH e à nova lógica gerencial decorrente dessa mudança. A partir dessa análise emergiram quatro eixos temáticos: percepção sobre o cotidiano profissional, atuação em equipe, articulação intersetorial e atividade formação profissional. Na segunda seção serão apresentados os aspectos de mudança vividos pelas trabalhadoras no hospital e como esses incidem sobre sua relativa autonomia profissional.

4.1 ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO HC/UFPE

Ao analisar o modelo de gestão da EBSEH pode-se observar nas falas das entrevistadas que suas experiências na instituição têm possibilitado mais clareza acerca das atribuições do Serviço Social no interior das equipes multidisciplinares e sua articulação com mudanças no plano macroestrutural.

São histórias distintas, porém com traços comuns, situações que perpassam a história de vida de cada uma das entrevistadas e influenciam suas perspectivas e posicionamentos sobre a atuação profissional. Assim, os elementos influenciadores presentes na prática profissional do assistente social serão apresentados a partir dos relatos de três assistentes sociais do HC/UFPE, considerando suas experiências profissionais, particularmente, situações e desafios vivenciados no cotidiano do trabalho:

O cotidiano é sempre muito desafiador, né? Por que eu acho que o Serviço Social é uma profissão extremamente política, pedagógica que se define assim. É uma coisa extremamente importante pra nós. (...) Então a gente tá no lance de interpretar essas questões do sujeito para além do adoecimento, as conexões que a vida dessa criatura faz com seu adoecimento e consequentemente a gente vai ter uma dificuldade nesse lugar no cotidiano, nas relações com os outros profissionais (Entrevistada A).

Então, como assistente social eu digo que é uma experiência desafiadora, né? É muito incrível, mas eu acho que a gente tem muito o que fazer até com esse poder contra hegemônico... A gente não tem o poder hegemônico, a gente é o poder contra hegemônico, mas é um poder que marca espaço, tensiona relações, provoca alternativas (Entrevistada B).

As entrevistadas apontam o cotidiano como desafiador, uma vez que o Serviço Social na saúde tem por objetivo a apreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que influem no processo saúde-doença, bem como o estabelecimento de estratégias político institucionais para o enfrentamento destas questões (CFESS, 2009). Elas reconhecem a necessidade de estar em permanente processo de articulação para apreender e dar respostas às demandas cotidianas, isso porque, os enfrentamentos e tensionamentos no interior das equipes de saúde se constituem um dos componentes de seu exercício profissional.

A dificuldade apontada pela entrevistada A pode ser compreendida pela possível ausência de conhecimento por parte de outros profissionais de quais seriam as atribuições do Serviço Social ou por conta da tendência em serem buscadas respostas rápidas a demandas cotidianas, levando ao aligeiramento dos processos decisórios. A respeito do poder contra hegemônico ao qual a entrevista B faz menção na sua prática profissional é possível visualizar a dimensão política de sua intervenção, a qual se apresenta alicerçada aos preceitos pautados a partir do Movimento de Intenção de Ruptura.

Conforme já referido anteriormente, este movimento redirecionou a prática profissional e se consolidou a partir da construção do projeto ético-político. Cabe destacar as diretrizes norteadoras deste projeto: o Código de Ética Profissional do Assistente Social, a Lei 8.662/1993 (Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social) e a Proposta de Diretrizes geral para o Curso de Serviço Social (1996). Assim, no contexto de ruptura com o conservadorismo a profissão pautou novos referenciais teóricos e metodológicos que atrelassem o exercício profissional às demandas da classe trabalhadora (NETTO, 2010).

A sensibilidade das entrevistadas para apreender dimensões da vida dos usuários que por vezes não são percebidas por outros profissionais de saúde, provavelmente decorre de uma formação acadêmica alicerçada nos referenciais presentes no PEP, o que demonstra a importância do assistente social nas equipes de saúde, tendo em vista as mudanças em curso no campo da saúde pública. Nesse sentido se reafirma a confluência do projeto ético-político com o projeto da reforma sanitária brasileira (BRAVO, 2009).

Portanto, evidencia-se a relação entre o PEP e a RSB, sobretudo nos eixos que remetem aos princípios e diretrizes destes projetos. O Código de Ética do Assistente Social

(1997) enquanto componente do PEP apresenta entre seus princípios fundamentais a confirmação desta relação:

V. 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;

IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;

X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”;

Quanto à atuação em equipe no HC/UFPE, observou-se que para as entrevistadas a busca pelo trabalho interdisciplinar é uma característica particular da intervenção do Serviço Social. Nesse caso, o trabalho dos assistentes sociais deve responder tanto às demandas provenientes dos usuários como as dos demais profissionais de saúde.

Essa é uma abordagem muito mais específica da ação do Serviço Social então o chamamento de outros profissionais, isso também já é um processo, não é? Porque as formações são muito voltadas para as intervenções individualizadas, biomédicas, especializadas. Aí então a gente tem que estar nesse corpo a corpo pra muito além do atendimento ao usuário, a gente tem que estar em permanente interconexão com as equipes multiprofissionais, né? E assim, mais ou menos por aí. (Entrevistada A)

Eu comecei a dizer assim: - Poxa! Eu tenho que fazer aliança e a aliança não vai ser com meus colegas da instituição, eu vou fazer aliança com o jovem médico, com o jovem residente de enfermagem e aí eu comecei a sacar que a geração que estava saindo da faculdade, essa geração mais nova eu tinha a capacidade de pactuar uma aliança, fazer uma articulação política com esses atores (...) Eu comecei a fazer isso com a enfermagem que pra mim é super estratégico dentro do hospital, né? Eu digo: - A enfermagem não dá conta do poder que tem, não dá conta por que eles ficam 24 horas, 365 dias no ano e sabem de tudo da vida dos pacientes (ENTREVISTADA B)

Desta forma, ressalta-se a articulação com outros profissionais de saúde como parte da rotina das entrevistadas. Para além de compor equipes multiprofissionais, as assistentes sociais afirmam buscar a vinculação com os demais trabalhadores construindo intervenções interdisciplinares na busca pela superação do modelo pragmático que segrega os saberes, individualiza as intervenções e reforçam a centralidade do poder médico ainda hegemônico no campo da saúde, sobretudo nos serviços da alta complexidade como o HC/UFPE.

Cabe assinalar que a presença de diferentes profissionais compondo uma equipe não significa dizer que exista interdisciplinaridade, sendo necessário compreender que o trabalho em equipe interdisciplinar significa a interlocução dos diferentes campos do saber atuando de forma conjunta e com objetivo comum (SEVERINO, 2010).

Desta forma, compreende-se que a busca pelo trabalho interdisciplinar por parte das entrevistadas desvela a dimensão ético-política que constitui as suas práticas. Além disso, aponta para o comprometimento com a qualidade do serviço prestado aos usuários, uma vez que a interdisciplinaridade possibilita que os diferentes saberes se complementem e, no caso da saúde, cooperem para a uma intervenção que enxergue os usuários inseridos no seu contexto socioeconômico e político, tendo em vista alcançar integralidade na saúde.

O estímulo ao trabalho interdisciplinar está registrado no Código de Ética Profissional (1997) entre os deveres do assistente social “Art. 10. d- incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar” e consta também nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (2009).

Ao refletir sobre o início de sua trajetória profissional no HC/UFPE a entrevistada B resgata suas primeiras impressões acerca do trabalho dos demais profissionais na assistência, bem como, da inserção do serviço na rede de atenção à saúde:

E pra mim o HC era o que havia de moderno e arrojado. Então, como é que eu podia vir pra cá? Eu achava que eu era incapaz disso. (...) Eu fiz o concurso, era uma vaga só e para minha surpresa eu passei e vim. E aí foi quando eu cheguei aqui no HC que o moderno e arrojado não tinha nada de moderno e arrojado. E eu cheguei aqui em 2003 (...) Quando eu cheguei aqui fiquei escandalizada com o recorte da assistência na doença, de olhar a pessoa só pelo o que lhe faltava e não pelas potencialidades. Fiquei escandalizada com o isolamento do serviço e da instituição de toda rede SUS, com o desconhecimento dos colegas sobre o SUS e aí comecei (...) Primeira coisa que eu questionei aqui foi “Como é que pode esse hospital ser público, do SUS e ser isolado do território? Ser isolado da rede?”

Frente a esta situação, a entrevistada revela em seguida, quais as estratégias por ela traçadas para enfrentar o isolamento do HC/UFPE na rede de atenção à saúde do SUS:

E quando eu falava ninguém entendia então qual foi a minha estratégia? Eu preciso sistematizar o que existe, preciso descrever o que existe numa linguagem que se compreenda, então o que foi que eu fiz? Eu comecei a mapear quem eram os nossos usuários. E quando eu falava em rede... “Lá vem tu com esse papo de SUS”. Não, não sou eu que tô vindo com papo de SUS, nós somos SUS. “Não, nós somos um hospital universitário.” Sim, mas nós somos um Hospital Universitário dentro de um sistema de saúde, aqui não é um hospital universitário da escola de medicina. É um

serviço de nível terciário, dentro de uma rede de cuidados progressivos do SUS. A gente tem que ser rede, a gente tem que sair do pedestal” E aí foi muito sofrimento por que aí... “Você quer fazer o quê? Então fique a vontade...” E eu disse: Então eu vou ficar. Eu vou pro território, eu vou conversar no território e vou dizer que a gente é rede e que a gente tá lá pra receber os pacientes dele. E entrei no meu carrinho junto com a enfermeira e a gente foi rodar. Sair a demanda do umbigo HC pra vir demanda do território. Aí a gente começa a criar um diálogo com o território e na hora que a gente cria esse diálogo a gente começa a repensar também a prática hospitalocêntrica da gente (Entrevistada B)

A partir dos elementos apresentados pela entrevistada observa-se a compreensão da mesma acerca da importância do território para a realização do trabalho em saúde. De acordo com Gondim e Monken (2009, p. 394), “na saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania”.

Assim, compreende-se que, apesar dos avanços na saúde embasados na RSB, o SUS segue sendo penalizado tanto por restrições de ordem estrutural (ofensivas sobre a política nacional de saúde), quanto por descasos de natureza gerencial e operacional. Nessa direção, tem sido fomentada a reorganização do processo de trabalho em saúde enquanto uma das estratégias de fortalecimento das redes de serviços, visando a garantia do acesso nos diferentes níveis de atenção, assim ao princípio da integralidade em saúde. A busca das profissionais em os serviços visando construir um sistema de referência e contra referência e, através disto, fortalecer a rede de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde demonstra, mais uma vez, como o referencial do PEP se concretiza em suas práticas.

A respeito da interlocução com outros serviços e equipamentos sociais as entrevistadas apontam suas intencionalidades na realização dessas articulações:

A gente vai fazendo as conexões, os intercâmbios com as redes de serviço, tentando instrumentalizar esse acesso ao direito. E essas discussões que no contexto do serviço não aparecem como uma coisa da cultura do hospital. Entende? Então, a gente vai nesse passinho meio... Solitariamente, né? (Entrevistada A).

Você vai construindo através do seu trabalho a clareza do seu espaço naquela equipe, né? Então a articulação com o conselho tutelar, com a Secretaria de Saúde, com o Ministério Público que seriam os órgãos que a gente se comunica quando vai atender, né? A gente faz isso porque é nossa competência, tá na nossa condição e a equipe vê o que você tá fazendo e começa a compreender. Então você vai construindo e vai marcando, delimitando o que é seu naquele processo. (Entrevistada C)

A busca pela efetivação do direito à saúde seja pela via do acesso aos serviços ou pelo atendimento e acompanhamento em outros setores está presente na prática das assistentes

sociais. Conforme apontado pelas entrevistadas, as articulações e encaminhamentos para outros órgãos, como Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência da Assistência Social (CREAS); Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); Ministério Público ou outros equipamentos do setor público faz parte da sua atuação cotidiana.

Compreende-se que conforme aponta Costa (2009), o assistente social se insere no processo de trabalho em saúde como agente que constrói um *elo orgânico* entre os níveis do SUS e destes com as demais políticas setoriais. Apresentando como principal produto de sua intervenção a busca por assegurar a integralidade das ações. Cabe destacar que o estímulo à intersetorialidade está presente nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, tendo em vista o fortalecimento da articulação entre as políticas da seguridade social como estratégia de superação da fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais (CFESS, 2009).

É através destas articulações que as assistentes sociais em seu cotidiano profissional constroem estratégias que cooperam com o trabalho em saúde baseado na criação de redes intra e intersetoriais. Tal dimensão do trabalho pautado nesta perspectiva evidencia destas trabalhadoras com o princípio da integralidade em saúde entendendo a Intersetorialidade como caminho para alcançar respostas às demandas de forma mais completa.

Outro tema que emergiu das entrevistas foram as questões que tratam do ensino e pesquisa no HC/UFPE e de como estes eixos que compõem a missão de um hospital universitário aparecem na prática cotidiana das assistentes sociais. Assim as entrevistadas apontam como o grupo de assistentes sociais tem se organizado quanto de estágio curricular e sua relação com os residentes das diferentes categorias profissionais que estão em formação no HC/UFPE.

O que eu digo é que o Serviço Social amplificou muito essa questão do estágio qualitativamente. Então a gente tem uma política de estágio e o número de estagiários tem crescido. Vem consideravelmente crescendo e essa política de estágio tem favorecido muito e a parceria com a universidade tem melhorado cada vez mais. Então criou uma confiança da relação academia e campo de estágio e a gente tem ampliado os campos. Então eu digo que tem sido bem positiva assim a evolução, os impactos da instituição não tem ainda chegado a mexer nesse núcleo e penso que a instituição também por seus motivos quer que a gente continue fazendo isso. Ainda bem. (ENTREVISTADA A)

Aqui no Serviço Social a gente tem cada vez mais aumentado. Mas assim a gente vem cada vez mais aprofundando o trabalho com encontros entre os próprios

estagiários, fazendo os próprios projetos deles nas enfermarias e ambulatórios. A gente vem trabalhando a parceria com a universidade e temos entendido que é importante isso. Colegas que antes nunca tinham tido estagiários e tão passando a ter. (...) Escolha nossa, porque acreditamos que é muito importante. E o campo de estágio tá cada vez mais difícil vaga, então a gente tem esse compromisso, essa obrigação. (ENTREVISTADA C)

Mas é só da gente. Porque inclusive o ônus dessa ampliação recaiu na gente. Por que a gente não tem computador, não tem sala, a gente pede uma sala maior e não tem. A gente fica dividindo cadeira, mesa. E você sabe que a gente não fica com estagiário à toa, a gente se dedica. Nós temos uma política de estágio e semana passada a gente já estava discutindo o processo seletivo do ano que vem. Então todo o processo do estágio, edital, seleção, os critérios de seleção, o diálogo com a academia, o perfil desse estagiário, quem vai fazer a seleção, quem vai fazer o rodízio para apresentar a instituição, quem é que vai ficar com o estagiário, o plano de estágio, o cuidado com o estagiário para ser estagiário do Serviço Social e não ser deslocado para outra atividade. De dar a esse estagiário uma formação da prática do Serviço Social nesse hospital universitário na perspectiva do SUS mais ampliado, né? (ENTREVISTADA B)

O compromisso com a qualificação e formação profissional tem sido um dos eixos que norteiam a prática das assistentes sociais do HC/UFPE e, conforme as mesmas afirmam o estabelecimento da política interna de estágio e a vinculação com o Departamento de Serviço Social da UFPE tem contribuído para o avanço do campo e a ampliação do número de estagiários.

Alinhadas ao que preconiza o conjunto de referenciais teóricos produzidos pela categoria estas profissionais têm valorizado e compreendido a importância da formação acadêmica no espaço do estágio curricular, uma vez que se trata de uma atribuição privativa do Serviço Social, além de se configurar como atividade de qualificação que visa o aprimoramento dos trabalhadores com o objetivo de assegurar a melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários (CFESS, 2009).

O processo do estágio em Serviço Social se vincula a concepção de educação permanente dos trabalhadores de saúde, espaço no qual, estudantes e profissionais atuam conjuntamente na troca, produção e aprimoramento de saberes e práticas. Cabe pontuar que em seus documentos oficiais a EBSERH afirma ter como missão o comprometimento com os três eixos que compõe a missão dos hospitais universitários, conforme consta no Estatuto Social da empresa em seu art. 4^a VI

Prestar serviços de apoio ao ensino, pesquisa, extensão, inovação, ensino-aprendizagem e formação de pessoas no campo da saúde pública, inclusive mediante

intermediação e apoio financeiro, observada, nos termos do art. 207 da Constituição, a autonomia universitária e as políticas acadêmicas estabelecidas no âmbito das instituições de ensino (BRASIL, 2018).

E em seu Regimento Interno no art. 2 III:

Criar, juntamente com as universidades, condições de apoio para o aperfeiçoamento do ensino e da produção de conhecimento em pesquisas básicas, clínicas, tecnológicas ou aplicadas, nos hospitais universitários federais, assim como em unidades descentralizadas da EBSEH, de acordo com as diretrizes do Poder Executivo e em conformidade com as atribuições de outros órgãos dos sistemas universitário e de saúde; (BRASIL, 2016)

Todavia não tem sido essa a realidade vivenciada pelas assistentes sociais no HC/UFPE, a esse respeito a entrevista B aponta quais tem sido as demandas visibilizadas para o bom desenvolvimento do estágio:

Qual a contrapartida da instituição? Não, nenhum suporte. A gente brigou para os estagiários receberem refeição no refeitório, vale transporte por que a gente entende que vir pra cá sem receber nada é fogo. É uma precarização também, entende? Assistência estudantil também é uma preocupação da gente. Não é só ampliar vaga, mas garantir a esse estudante condição de realizar o estágio. Então, de alimentação, transporte de acesso ao estágio e a gente vem brigando com a instituição pra conseguir fardamento, EPI⁷ bata para os estudantes, liberação aqui do refeitório para que pelo menos saia do estágio, almoce e vá pra aula, né? A ampliação se deu pela iniciativa interna, mas eles também pressionam para ampliar. Fazem inclusive uma continha: São 22 assistentes sociais, cada uma com dois, tem que ter 44 estagiários. (Entrevistada B)

Apesar de a EBSEH apresentar uma proposta de modernização para a gestão hospitalar e seu comprometimento com o ensino em seus diferentes documentos a realidade encontrada pelas assistentes sociais tem sido bastante distinta. Desta forma, nota-se que o desenvolvimento e a ampliação do campo de estágio para os estudantes de Serviço Social no HC/UFPE têm acontecido graças ao comprometimento das assistentes sociais que compreendem a relevância do processo formativo dos futuros profissionais.

Ainda dentro dos limites institucionais as entrevistadas apontam o comprometimento da categoria com o ensino e a pesquisa a partir do contínuo estímulo e realização de estudos e pesquisas desenvolvidas com base nas práticas das trabalhadoras e no curso do desenvolvimento dos projetos de pesquisa e intervenção junto aos estagiários. Exemplo que

⁷ Equipamento de Proteção Individual

evidencia esse comprometimento foi a aprovação de 5 (cinco) trabalhos no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais realizado no Centro de Convenções do Recife em 2016⁸.

É preciso apanhar criticamente a imediatividade dos fenômenos, identificando as determinações subjacentes às demandas, desconstruindo-as e promovendo a produção de conhecimentos e de referências que balizem a intervenção profissional. Só com o fortalecimento da articulação entre o espaço acadêmico e o profissional, preservando os limites e possibilidades de ambos, é que os problemas cotidianos vividos pelos profissionais nas instituições podem redundar em ricas temáticas de investigação e pesquisa e retornar à formação e ao exercício profissionais, superando o cotidiano caótico e reificado dos espaços ocupacionais. Essa é uma condição ineliminável e que põe em relevo a necessidade de articular atividades técnicas com uma sólida formação teórica. (MOTA, 2014)

Por fim, a partir das vivências das entrevistadas, pode-se afirmar que a atuação do Serviço Social que se norteado pelo PEP e caminha na mesma direção das proposições do projeto encampado pela RSB. Desta forma as assistentes sociais tem pautado em suas práticas a busca pela democratização do acesso aos serviços de saúde; aproximação das unidades de realidade; atuação interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais e estímulo à participação popular e comprometimento com a formação dos futuros profissionais de saúde através da construção e fortalecimento da política de estágio.

4.2 MUDANÇAS NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM A ADESÃO À EBSEH: “PLANTONIZAÇÃO” E REPERCUSSÕES SOBRE A RELATIVA AUTONOMIA

Inicialmente cabe discorrer sobre o cenário apresentado no HC/UFPE, no tocante ao conjunto dos trabalhadores que atuam no hospital, a partir da nova gestão para em seguida apresentar as mudanças vividas e suas repercussões na atuação do Serviço Social na instituição. Pelo menos dois documentos encontrados na página web do Hospital dizem respeito ao provimento de trabalhadores para reestabelecer o déficit de profissionais no hospital foi apresentado como uma das prioridades: (i) Dimensionamento de Serviços

⁸

Fonte:

http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufpe/detalhes-das-noticias//asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/1449039/2016-09-hc-tem-cinco-trabalhosaprovados-no-cbas

Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa, (ii) Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Pernambuco (BRASIL, 2018).

Em 2013, a avaliação da EBSEH sobre o corpo de trabalhadores para o funcionamento do HC/UFPE apresentava⁹ números presentes no Quadro 2:

Quadro 2 – Trabalhadores do HC/UFPE (2013)

| TRABALHADORES DO HC/UFPE (2013) | | | |
|--|---|--|----------------------------------|
| Profissionais RJU | Número de vagas para concurso imediato | Total de vagas autorizadas pelo Dest/MPOG | Profissionais necessários |
| 1.339 | 929 | 2.481 | 2.423 |

Fonte: (BRASIL, 2018).

A partir desses números observa-se que, apesar da empresa, inicialmente, se comprometer com a reposição dos trabalhadores para responder ao problema crônico de insuficiência no corpo de profissionais dos HUs, os dados apresentados acima não ratificam essa proposição para a realidade do HC/UFPE. Ainda que as vagas imediatas do concurso fossem preenchidas, o número de profissionais ainda estaria abaixo da necessidade estimada, isto sem considerar o quantitativo de servidores públicos com previsão e/ou efetivação de aposentadoria próxima.

Conforme o Quadro 3 é possível observar que após 5 (cinco) anos de adesão do HC/UFPE à EBSEH o quantitativo de trabalhadores se apresenta da seguinte forma¹⁰:

⁹ Informações retiradas do Plano de Reestruturação para o HC/UFPE, disponível em: <http://www.EBSEH.gov.br/web/hc-ufpe/licitacoes-e-contratacoes>

¹⁰ **Fonte:** Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP); Unidade de Gerenciamento de Pós-Graduação*; e Unidade de Contratos**. (Dados atualizados em 19.06.2018)

Quadro 3 – Cenário no HC/UFPE (2018)

| CENÁRIO NO HC/UFPE (2018) | | | |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Profissionais RJU | Empregados Públicos | Terceirizados | Total de trabalhadores |
| 1.233 | 977 | 574 | 2.784 |

Fonte: (BRASIL, 2018).

Assim, atualmente o número de servidores públicos acrescido dos empregados da EBSEH ainda está abaixo do quantitativo previsto pela empresa em seu Plano de Reestruturação para o HC/UFPE, mantendo-se necessário a presença de trabalhadores terceirizados que representam cerca de 1/4 do total de profissionais em exercício no hospital.

Em relação ao Serviço Social, esse setor sempre apresentou um quadro de profissionais reduzido para dar conta de um hospital de grande porte como o HC/UFPE. A partir da adesão à EBSEH novas assistentes sociais foram nomeadas, após aprovação em concurso público realizado no ano de 2014. A respeito do número de trabalhadoras na equipe do Serviço Social a entrevistada B aponta:

Olha! As (assistentes sociais) da EBSEH vieram para substituir... A EBSEH não alterou o número da gente não. Foi mais uma troca de seis por meia dúzia. Com a entrada da EBSEH o COB passou a ser todos os dias de domingo a domingo, doze horas (Entrevistada B).

O COB tem seus leitos adscritos à Central de Regulação do SUS e funciona como uma das portas de entrada do HC/UFPE recebendo usuárias 24 (vinte e quatro) horas por dia. A respeito da atuação do Serviço Social neste setor, essa se dava através da presença de uma servidora pública diarista de segunda à sexta-feira. A partir da gestão pela EBSEH este cenário muda com o ingresso de empregadas públicas contratadas pela empresa que passaram a atuar em jornadas de trabalho “plantonizadas”, incluindo finais de semana.

Desse modo, o ingresso de novas assistentes sociais contratadas pela EBSEH não foi proporcional à necessidade real de novas trabalhadoras para o setor, uma vez que, segundo informado pelas entrevistadas, 3 (três) empregadas públicas foram lotadas nesse serviço, deixando descobertos outras enfermarias e/ou ambulatórios.

A realidade vivida no HC/UFPE é de permanente insuficiência do número de trabalhadores, apesar do ingresso de novas profissionais, agora contratadas sob o regime da CLT. Um exemplo disso é que no ano de 2015 o grupo era composto por 26 (vinte e seis) assistentes sociais e dessas, 2 (duas) estavam cedidas a outros serviços. Assim, dentre as 24 assistentes sociais em atuação, 20 (vinte) possuíam vínculo RJU e 4 (quatro) eram contratadas pela CLT (BESERRA, 2016).

Em janeiro de 2018, o grupo de assistentes sociais era composto por 22 (vinte e duas) trabalhadoras, dessas 15 (quinze) estavam vinculadas ao RJU e 7 (sete) eram celetistas. Esse quantitativo de profissionais, caso não seja repostos, deverá ser ainda mais reduzido proximamente, considerando que duas das entrevistadas mencionaram previsão de aposentadoria ainda para o ano de 2018.

Portanto, o horizonte que se desenha é da progressiva redução da equipe de assistentes sociais e da substituição das servidoras RJU por trabalhadoras regidas pela CLT. Sob a lógica de gestão da EBSEH, necessariamente haverá a progressiva transição do corpo de servidores por empregados públicos, podendo a admissão ocorrer via concurso público ou, até, por seleção simplificada com contratos por tempo de trabalho determinado¹¹.

A respeito do ingresso das novas assistentes sociais as entrevistadas refletem sobre a nova organização do trabalho com ênfase na “plantonização”:

(...) Nos outros serviços a gente não tem plantão e a gente brigou muito para não ser plantonista. A gente fez essa organização para preservar os preceitos de diarista, para preservar a assistência continuada porque quando a instituição teve essas mudanças queria que nossa ação fosse plantonizada. Só que a gente acha que a ação

¹¹ A Lei 12.550/2011 em seus artigos 10 e 11 afirma que: Art. 10. O regime de pessoal permanente da EBSEH será o da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração.

Parágrafo único. Os editais de concursos públicos para o preenchimento de emprego no âmbito da EBSEH poderão estabelecer, como título, o cômputo do tempo de exercício em atividades correlatas às atribuições do respectivo emprego.

Art. 11. Fica a EBSEH, para fins de sua implantação, autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado.

§ 1º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput somente poderão ser celebrados durante os 2 (dois) anos subsequentes à constituição da EBSEH e, quando destinados ao cumprimento de contrato celebrado nos termos do art. 6º, nos primeiros 180 (cento e oitenta) dias de vigência dele.

§ 2º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput poderão ser prorrogados uma única vez, desde que a soma dos 2 (dois) períodos não ultrapasse 5 (cinco) anos.

Art. 12. A EBSEH poderá celebrar contratos temporários de emprego com base nas alíneas a e b do § 2º do art. 443 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, mediante processo seletivo simplificado, observado o prazo máximo de duração estabelecido no seu art. 445.

plantonizada ela fragmenta demais a prática. Fragmenta, é descontínua, é pontual, emergencial (...) Tu acha que no plantão a gente ia fazer os tensionamentos que a gente faz? Não ia e nem a qualidade da assistência que a gente tem, a gente tenta produzir dentro de uma perspectiva multidisciplinar, intersetorial e não faz... É emergencial. E aí era o que eles queriam (ENTREVISTADA B).

A entrevistada B refere o que já foi discutido anteriormente neste estudo, isto é, as mudanças em curso apontam para uma restrição no enfoque da integralidade das ações e para o distanciamento da garantia do direito à saúde em seu conceito amplo, tomando por base as conexões necessárias que se materializam a partir da atuação interdisciplinar e intersetorial com vistas ao fortalecimento do princípio de integralidade em saúde. Assim, o relato da entrevistada demonstra o contexto apontado por Nogueira e Tumelero (2015, p. 207):

Ao situar o assistente social como um dos integrantes das equipes interprofissionais, tanto na saúde como na assistência social, forçosamente essa inserção trouxe à tona questionamentos sobre as particularidades do fazer profissional do assistente social, a saber, as dificuldades de adequar-se às exigências do atual padrão gerencialista na área das políticas públicas.

No cenário atual da contrarreforma do Estado e de suas proposições para a gestão da política de saúde, no que se insere a criação da EBSEH, as modificações na organização do trabalho impostas ao Serviço Social do HC/UFPE aparecem como incompatíveis com o PEP dessa categoria em suas vinculações com as finalidades da RSB.

Nesse sentido, evidencia-se a vinculação entre a jornada de trabalho em plantões e o enfoque na emergencialização, no aligeiramento dos processos, o que tende a redirecionar a prática para uma atuação pragmática, despida das mediações próprias do trabalho destas assistentes sociais. Nessa condição, tem pertinência a observação de Nogueira e Tumelero, (2015) ao referirem que “a subordinação da ação profissional aos objetivos e ações programáticas da instituição no qual este atua tende a esvair a direção social estratégica que o Serviço Social construiu nas últimas décadas”.

Na atuação em saúde isso significa dizer que o trabalho dos assistentes sociais no contexto de “plantonização” perde seu potencial de articulador no sentido de assegurar à assistência em saúde de forma integral a partir das intervenções interdisciplinares e intersetoriais. Desta forma, assemelha-se a atuação dos assistentes sociais nos espaços de plantão social as práticas nesses espaços são norteadas pelo pragmatismo e imediatismo, onde a lógica de organização do trabalho se expressa na contenção da demanda e a emergencialização da vida.

A organização do Serviço Social em atendimento de plantão tem uma razão de ser, um sentido que é determinado para além das vontades individuais dos sujeitos envolvidos, e tem suas raízes na racionalidade da política de saúde e do Estado Brasileiro. As providências e encaminhamentos realizados pelo assistente social no determinado atendimento do plantão não são fenômenos recentes na prática social desse profissional na saúde. Elas remontam, na verdade, o surgimento do Serviço Social na Previdência, com ações de caráter individual e curativo que, mesmo passando por todo o movimento de reconceituação da profissão, com a posterior hegemonia de intenção de ruptura, não deixou de ocupar um lugar de destaque na intervenção na saúde. No entanto, como já observamos anteriormente, com o advento do SUS, cria-se a possibilidade estratégica de romper com essa centralidade, mas, ao contrário, é fato observável que (...) essa centralidade permanece e, mais grave ainda, tem, em determinadas situações se aprofundado. Isto porque, se a natureza da atividade em si mesma é semelhante e tem sua origem no passado, a caracterização do plantão na forma que entendemos hoje é bem particular: as ações e providências tiveram seu conteúdo emergencial potencializado (SOARES, 2010, p. 133-134).

Ao longo dos anos o modo de organização da jornada de trabalho das assistentes sociais (como diaristas) foi pactuado com direções anteriores do HC/UFPE. A partir da gestão da EBSERH, as empregadas públicas passam a atuar no regime plantonizado. A defesa da categoria pela atuação como diarista se dá pela compreensão de que existem diferenças entre estar todos os dias inserida no setor e a dinâmica presente na jornada de plantão. Essas diferenças pesam na particularidade da atuação do Serviço Social. Conforme aponta a entrevistada C:

A questão da “plantonização” é lamentável, né? Por exemplo, se existe um serviço que atende todas as demandas das enfermarias e dos ambulatórios que não tem assistente social esse atendimento não é igual a um assistente social in loco. Você in loco tem a possibilidade de aprofundar o caso, uma condição de dar resposta de maior qualidade, né? (...) Na hora que você plantoniza aquele setor é de todo mundo e ao mesmo tempo não é de ninguém. Você aligeira para dar uma resposta e então você não pode dizer no meu ponto de vista, que é da mesma qualidade de você estar inserida no setor, é a maneira como eu penso. Entendeu? Mas eu espero que essa situação seja revertida, né? Porque a gente tá no palco, vamos afirmar aquilo que a gente acredita que é melhor para o usuário. Então vamos ver o que vai dar. (Entrevistada C)

O relato da entrevistada C reitera o tensionamento presente do Serviço Social, decorrente da reorganização da jornada de trabalho deste setor. Todavia, a mesma assevera que a categoria não admite o processo como algo definitivo e, portanto, tem buscado se organizar reconhecendo os limites da sua relativa autonomia e qualificando as discussões sobre a organização do trabalho.

Destaca-se que a partir da convocação de novas assistentes sociais e diante dessa nova organização de trabalho no setor houve um movimento de organização interna para preparar estas profissionais para esse “novo cenário”.

Agora as meninas que chegaram, na última remessa entraram para fazer plantão. Então a gente tem essa diferença no Serviço Social porque o contrato último foi para dar plantões, então elas trabalham durante a semana e no fim de semana também (ENTREVISTADA A).

Agora o cenário é outro e a gente também precisa proteger as colegas que estão numa situação de maior vulnerabilidade, por exemplo, entre nós do Serviço Social quando a gestão chegou aqui queria colocar as meninas da EBSEH para trabalhar no setor, nos serviços que a gente sabia que ia ser muito difícil para elas e aí a gente assumiu que nenhuma das meninas novatas iam ficar com o COB que era novo. E eles queriam botar as novatas lá. E a gente disse: Não! As novatas não vão pra lá não. Quem vai para lá são as veteranas que vão se apropriar desse novo também. E aí foi uma briga danada porque eles queriam que fossem as novatas e a gente sabia porque, eles queriam pra poder moldar de acordo com o interesse deles até porque as relações eram diferentes. Eles diziam: Se elas não forem, se não aceitarem como a gente quer “a fila anda”. A gente: “Hum, vai andar. Quem vai lá pra frente é a gente.” A gente assumiu vir pra cá fim de semana, feriado, livrou as meninas. As novatas vão pra outros setores porque elas precisam se apropriar do hospital... Quem vai é a gente. A gente tinha a estabilidade e essa estabilidade ia permitir o confronto com a instituição. As colegas por serem trabalhadoras numa correlação de forças mais precarizadas não iam ter como enfrentar como a gente enfrentou. Então, tem pressão? Tem, mas a gente vai se organizando enquanto categoria dessa forma. (ENTREVISTADA B)

Esses relatos demonstram que o acúmulo de conhecimento técnico-operativo no fazer profissional - advindo da experiência obtida ao longo dos anos e do posicionamento ético-político destas trabalhadoras - associado à estabilidade no emprego existente na carreira do servidor público, possibilitam que as assistentes sociais confrontem e questionem determinadas demandas institucionais.

A expansão do horizonte desta autonomia profissional requer o respaldo coletivo da categoria com base na definição de um perfil da profissão com seus valores, competências e prerrogativas (Iamamoto, 2009). Portanto, o exercício da relativa autonomia profissional quando realizado de forma contínua permite aos assistentes sociais desvelar estratégias que potencializam sua intervenção.

Fica evidente que o enfrentamento realizado pelo conjunto das assistentes sociais foi possível por conta da estabilidade do grupo de trabalhadoras vinculadas ao RJU. Destarte, existe uma relação direta entre a maior amplitude da relativa autonomia profissional e a estabilidade do trabalho. No cenário de progressiva substituição das servidoras por

empregadas públicas a tendência que se avizinha é de enfraquecimento da capacidade de enfrentar as propostas que ponham em risco o posicionamento da categoria quanto a sua atuação profissional e sua relativa autonomia.

A entrevistada B reflete sobre o atual contexto vivido no HC/UFPE como um processo contraditório. A mesma assevera que a estabilidade dos servidores RJU não se constitui enquanto privilégio ou proteção estrita ao trabalhador, antes como instrumento de proteção do interesse público. Assim, a mesma afirma que há diferença também nos embates junto às demandas postas pelos gestores uma vez que o poder de negociação e de enfrentamento tem se enfraquecido junto à perda da estabilidade.

(...) Fala-se muita da estabilidade do servidor que é pra proteger ele. Não senhor. É pra proteger o interesse público, não é pra ele. Não é para o bem próprio, é o bem coletivo. Quando o outro diretor vinha e dizia: Faça! E a gente dizia não faço! Não vamos fazer não. E ai porque a gente dizia por que a gente tinha a estabilidade pra fazer isso. (...) Mas quem é que tinha cabelo nas ventas pra dizer isso ao diretor? (...) É a estabilidade. E aí com as colegas da EBSEH esse enfrentamento com certeza vai ser diminuído (ENTREVISTADA B).

A inserção profissional nos processos e relações de trabalho é mediada por relações de controle e subordinação, porém é preciso lembrar que a natureza da relativa autonomia requer outras mediações, afora a das relações de trabalho (MOTA, 2014). Dito de outra forma, a depender das relações de trabalho, as assistentes sociais podem ter maior ou menor autonomia, é a partir do referencial teórico-político que as trabalhadoras espraiam o horizonte e a potencialidade da sua atuação.

Conforme já referido neste estudo uma das principais particularidades presentes no cotidiano das assistentes sociais contratadas via EBSEH está na organização da jornada de trabalho dessas profissionais no modelo de plantão, o que difere da organização de trabalho das assistentes sociais contratadas via RJU. Já foi também discutido anteriormente o posicionamento do Serviço Social do HC/UFPE quanto a esse formato de trabalho e essa diferenciação se constitui como um desafio cotidiano à manutenção da unidade no interior da categoria.

Mas aí há toda uma grita, porque “só a gente dá plantão fim de semana”, toda uma discussão. E aí tendo o cuidado de mostrar pra elas que não podemos plantonizar tudo, porque aí seria um tiro no pé. Porque se a gente plantoniza tudo, aí minimiza. A gente iria contra tudo que a gente acredita, a gente ia dismantlar toda uma organização que garante atendimento in loco pra substituir por um plantão, onde a gente acredita que o plantão não dá uma resposta de qualidade que usuário precisa. (ENTREVISTADA C)

Algumas estão inseridas, outras foram chamadas pelo concurso para assumir serviços ambulatoriais, serviços, como eu, como qualquer outra colega. Depois, houve essa outra demanda o hospital não ia chamar mais ninguém, chamou só por conta dessa necessidade de abrir o Centro Obstétrico com o Serviço Social nos fins de semanas e feriados, quer dizer, já estava aberto, mas inserir o Serviço Social nesses horários e dias além da segunda à sexta. E aí a gente foi junto com as colegas fazendo um trabalho dizendo “Olhe! Tu só vieste por conta disto e a gente não pode fragilizar todo o serviço” Porque se a gente fragiliza, a gente vai responder meia boca e eles não vão chamar mais ninguém e a gente vai prejudicar todo um serviço em detrimento de um setor e que é obrigação do hospital dá condição de atendimento. Mas não é fácil não, é uma questão que ainda permanece complexa. (ENTREVISTADA C)

O relato da entrevistada C demonstram o tensionamento gerado inicialmente no interior do grupo de assistentes sociais por conta das diferenças na jornada de trabalho entre as servidoras e empregadas públicas. A atuação do Serviço Social no COB já acontecia antes da inserção das trabalhadoras públicas da EBSEH chegar ao hospital, contudo a mudança se deu na ampliação da presença da assistente social no setor.

Ou seja, antes da contratação das trabalhadoras públicas o COB contava com uma assistente social que atendia as demandas do setor em jornada de 6 (seis) horas no formato de diarista, com a abertura de novas vagas para assistentes sociais no hospital a administração solicita a inserção do Serviço Social no regime de plantão, desta forma dentre as trabalhadoras contratadas pela EBSEH três foram lotadas no COB atuando em regime de plantão. Diante dessa nova realidade persiste o esforço do grupo em traçar estratégias para manter a unidade do Serviço Social na instituição e confrontar as propostas que tendem a fragilizar o poder de auto-organização e a relativa autonomia destas profissionais.

Esta tensão gerada no interior do Serviço Social aponta para o que Sodré et. al (2013) traz em suas reflexões sobre a proposta da EBSEH para a configuração do corpo de trabalhadores dos HUs, uma vez que a diferença dos vínculos empregatícios e as distinções que dela decorrem como a capacidade de organização política e sindical; remuneração; carga horária dentre outros, gera desigualdades e influem nos espaços de trabalho o que pode configurar tais locais em arenas de disputas entre os próprios trabalhadores.

A EBSEH trouxe mudanças para a realidade dos hospitais universitários como um todo. O ingresso de novos trabalhadores via CLT com diferenças entre estes e os serviços públicos regidos pelo RJU tem gerado desigualdades nas condições e relações de trabalho para todo o conjunto de trabalhadores.

Vou lhe dizer! É muito difícil. Quando a gente é um trabalhador com estabilidade e quando você é um trabalhador precarizado. Então veja, hoje a gente já tem a metade da EBSEH e veja a coisa que a gente mais brigava contra a EBSEH era essas novas formas de trabalho. Por que não é só EBSEH não. Sem contar os terceirizados, as empresas prestadoras de serviços, não existe mais uma unidade entre nós RJU, de categoria. A maior perversidade é o quê? É a fragmentação dos contratos de trabalho, na hora em que divide a gente tá dividido aqui. Tem o RJU, tem EBSEH com estabilidade, o EBSEH sem estabilidade (ENTREVISTADA B).

A particularidade presente no contexto vivido pelas assistentes sociais do HC/UFPE se encontra no processo auto-organizativo da categoria que tem possibilidade a manutenção da unidade do grupo. Porém essas trabalhadoras têm clareza dos rebatimentos que essas diferenças trazem para o interior da instituição, sobretudo no que se refere ao conjunto dos trabalhadores. Assim, no relato acima, a entrevistada B aponta a clareza de uma das principais questões desse novo cenário: a fragmentação dos trabalhadores.

Desse modo, fica clara a transição em curso do perfil dos trabalhadores, àqueles vinculados a CLT tendem a progressivamente se tornar maioria quando comparados aos RJU. Esse descompasso impacta nas estratégias de mobilização e organização política, tornando a defesa das demandas dos trabalhadores uma tarefa mais complexa. Uma vez que a instabilidade no trabalho, a que são submetidos àqueles vinculados à CLT, tende a intimidar posicionamentos e contestações por parte destes trabalhadores. (ZIGATO, 2015)

Ainda a respeito da fragmentação do conjunto de trabalhadores e da fragilização de sua organização política, as entrevistadas afirmam que:

(...) Um aspecto que eu acho extremamente complicado é essa pulverização das formas contratuais, então hoje a gente tem RJU, a gente tem esses contratos celetistas e isso divide sobremaneira porque os movimentos grevistas... O Serviço Social sempre se posicionou politicamente como categoria dentro dos movimentos de greve e hoje a gente tá estruturalmente pulverizada. Por que quem tá naquele contrato está estruturalmente impedido... (ENTREVISTADA A).

(...) Assim, os antigão do RJU ainda tão com a gente nisso, o pessoal da EBSEH tem se protegido mais entre eles e nós, apoiam a causa, mas tem medo. É tudo trabalhador. A nossa autonomia é uma relativa autonomia, não temos autonomia absoluta não. A nossa relação também é uma relação subjugada, de dominação. A gente tem ousadia, a gente tem articulação política, tem clareza de onde quer chegar, mas também tem os limites da gente as nossas fronteiras existem na condição de trabalhador. Só que o trabalhador da EBSEH tão mais, essa fronteira é mais recuada, é menor. (ENTREVISTADA B)

Olhe inicialmente eu observava uma disputa entre a EBSEH e a RJU, são trabalhadores que tem que exercer uma mesma atividade e tem uma condição de estabilidade e mesmo financeira que é diferente. Isso gera certa... né? E foi o que a gente tentou diluir aqui também, né? Se existia uma dificuldade maior acho que a gente ao longo do tempo vem conseguindo quebrar essas arestas. Porque, enfim, a diferença existe. A gente não pode dizer que é a mesma coisa. (ENTREVISTADA C)

Estas mudanças que tem se apresentado para o Serviço Social têm sido refletidas e problematizadas pelas assistentes sociais, conforme já assinalado neste estudo. Ao longo dos anos de atuação no HC/UFPE a categoria sempre discutiu coletivamente as principais questões relativas ao funcionamento do hospital, dos impactos no trabalho coletivo em saúde e possíveis rebatimentos nos serviços prestados aos usuários, inclusive, reservando espaço para suas reuniões semanais dentro da carga horária de trabalho.

Assim, semanalmente às quartas-feiras todas as assistentes sociais se reúnem na sala da chefia do Serviço Social no horário após o almoço, estratégia traçada a fim de que todo o grupo participe tanto as que trabalham pela manhã quando às que tem sua jornada de trabalho pela tarde. É no espaço dessa reunião que as trabalhadoras buscam problematizar as expressões cotidianas e imediatas da realidade que geram as demandas para o Serviço Social por meio das discussões coletivas, do planejamento de ações da categoria, socialização de informações e realização de processos formativos das trabalhadoras.

A criação de oportunidades como a reunião semanal permite que, conforme afirma Mota (2014), o Serviço Social trace as estratégias que possibilitam o exercício da sua relativa autonomia com vistas a orientar suas práticas a partir das condições objetivas existentes. Assim, a estratégia da problematização coletiva vigente na organização da categoria tem possibilitado que a categoria mantenha sua unidade e enfrente os desafios diários tendo em vista sua superação a partir da problematização coletiva. Dito de outra forma, apesar das distinções quanto à organização da jornada de trabalho, sobretudo no que concerne a atuação no esquema de plantões, existe o esforço da categoria para o estabelecimento do trabalho de forma igualitária entre todas as trabalhadoras.

Olhe. É... Eu percebo uma equidade de funcionamento. As meninas estão no mesmo patamar que a gente nesses coletivos, construindo junto. Tem uma colega que eu interajo, porque é assim uma condição diferenciada ter duas profissionais no mesmo setor, essa foi uma demanda oriunda do próprio movimento e aí a gente garantiu... E até o próprio grupo questiona, mas tá bem justificada a necessidade dessas duas (assistentes sociais) e a inserção da colega não demanda nenhuma diferença de atuação, de responsabilidades, a única diferença é que ela bate um ponto e a gente ainda não bate, mas em todas outras questões a gente tá em pé de igualdade. (ENTREVISTADA A)

Em seu relato a entrevistada aponta para a particularidade do setor onde atua, no qual ela trabalha em parceria com outra assistente social contratada pela EBSERH, tal fato se deu pela demanda gerada no próprio setor. Apesar das distinções quanto ao vínculo empregatício, o Serviço Social tem utilizado de sua auto-organização para manter a uniformidade das atribuições e responsabilidades entre todas as profissionais independente das relações de trabalho.

Desta forma o grupo reflete coletivamente e se posiciona frente aos principais temas que interferem direta ou indiretamente nos processos de trabalho em saúde no hospital e através das estratégias traçadas de forma conjunta a categoria busca a manutenção de sua unidade e avançar em suas pautas.

Eu acho que é exatamente pela força que o Serviço Social tem nos seus propósitos de enfrentamento e nos seus posicionamentos políticos, né? O que é mais interessante porque o Serviço Social sempre se posicionou politicamente frente a essas questões eu acho que se não fosse isso a gente já tinha sido redirecionado no nosso fazer, sabe? Por que o assédio é permanente para urgencializar, plantonizar e se até agora a gente não entrou foi por capacidade de resistência porque realmente o grupo tem um potencial de problematização, de argumentação que faz resistência, mas a gente vive permanentes assédios, né? De modificação da nossa rota. Isso aí sem dúvida (ENTREVISTADA A).

Então, na reunião ordinária de Serviço Social nas quartas-feiras a gente mantém por tudo é o espaço da gente superar essas contradições e buscar sempre o ajuste caminhando para o entendimento. A gente não abre mão do espaço político da gente. Espaço de construção, de reflexão que todo mundo tá ali, que a gente pode. Mas eu não sei se as outras categorias tem esse exercício (ENTREVISTADA B).

As entrevistadas apontam o espaço da reunião ordinária semanal como importante espaço de fortalecimento interno, manutenção da coesão entre o grupo e do exercício da relativa autonomia. As reuniões acontecem todas às quartas-feiras às treze horas (13:00) para assegurar que todas as trabalhadoras dos dois turnos tenham condições de participar.

Dentro dos limites institucionais o grupo do Serviço Social usa da sua Relativa Autonomia para deliberar questões internas, como a organização das escalas de plantões e a divisão de profissionais por serviços e setores.

É, entre nós. A gente quem divide, nós pactuamos entre nós para que toda demanda que vem. Só como o grupo é reduzido a prioridade foi para as demandas das enfermarias. Acho que de ambulatórios hoje só quatro ambulatórios que tem

assistente social. Aliás, alguns programas de quatro ambulatórios porque são alguns programas dentro de quatro ambulatórios... (ENTREVISTADA B)

Em relação à relativa autonomia do Serviço Social nos hospitais universitários a partir da gestão da EBSEH um fato que merece destaque foi a proposta de alteração do organograma institucional dos HUs. O novo organograma proposto situava o Serviço Social vinculado a uma determinada linha de cuidado, tal alteração restringiria a relativa autonomia das profissionais ao subordiná-las a outros profissionais de saúde. Esta proposta nos remete ao que assevera Iamamoto (2008):

Embora os assistentes sociais possam atribuir uma direção social ao seu exercício, a interferência dos organismos empregadores ocorre através do estabelecimento de metas, normas, atribuições, condições de trabalho e relações de trabalho (IAMAMOTO, 2008, p. 18).

Assim, o estabelecimento desse novo arranjo institucional proposto pela EBSEH foi apontado pelas entrevistadas como algo de grande impacto na organização interna da categoria e em seu exercício profissional. O seu enfrentamento demandou não somente a articulação interna das trabalhadoras, mas também com as demais colegas assistentes sociais que atuam nos HUs em todo país.

(...) Nessa nova gestão da EBSEH o Serviço Social saiu como um serviço independente no organograma e se vinculou a linha de cuidado psicossocial e a gente disse que não. Aí eles disseram: Mas isso é o padrão EBSEH. (ENTREVISTADA B)

A gente foi ameaçada, no organograma da EBSEH a gente não era caixinha não e hoje a gente conseguiu ser caixinha pontilhada no organograma. Então assim, é um momento difícil, de dificuldade, mas que a gente junto com as nossas, com os nossos trabalhos, a gente vem tentando reverter, mas não é fácil não. (ENTREVISTADA C)

A nova proposta de organograma para os hospitais universitários apresentada pela EBSEH alterava a inserção do Serviço Social como setor vinculado diretamente à direção hospitalar. Em seu documento Dimensionamento de serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa (Brasil, 2013b) a empresa apresenta a estruturação assistencial do hospital organizada em 16 (dezesseis) linhas de cuidado e propunha a vinculação do Serviço Social na Linha de Cuidado Psicossocial, juntamente aos profissionais da psicologia e

psiquiatria, a qual ficaria sob a coordenação médica. Assim, seria alterada a organização anterior do Serviço Social, bem como a eleição de sua chefia realizada pela própria categoria com a nomeação de uma das assistentes sociais do grupo.

Caso essa proposta fosse efetivada as assistentes sociais passariam a ter por chefias imediatas outros profissionais de saúde que, em grande parte das vezes, não compreendem as especificidades, atribuições e competências do Serviço Social. Diante desse novo modelo organizacional o grupo de assistentes sociais se posicionou e buscou elementos que respaldassem a resistência e não adesão à proposta por identificar que a alteração do organograma institucional traria graves restrições, sobretudo ao que concerne a Relativa Autonomia.

(...) O padrão EBSEH não entendeu por que a ação do Serviço Social é transversal, ela não é de uma linha de cuidado, ela permeia todas as linhas de cuidado. A nossa prática não é da psicossocial, a linha de cuidado psicossocial é uma das linhas de cuidado que a gente atua, mas a gente atua em todas as outras (ENTREVISTADA B)

A gente se articulou com outros hospitais que foram cedidos à EBSEH onde a gente conseguia essa caixinha pontilhada, a gente conseguiu manter nossa autonomia, mas a gente ia ser diluído e pulverizado por todo hospital (ENTREVISTADA C).

A respeito das estratégias traçadas pelas assistentes sociais para superar essa proposta as entrevistadas apontam como um grupo com clareza do seu fazer profissional consegue demarcar seu campo de atuação e reafirmar seus espaços no interior da instituição.

Quando a EBSEH chegou a gente fez um grupo do Serviço Social, ligou pra todos os hospitais universitários que aderiram à EBSEH, fizemos um canal de articulação com o Serviço Social do Brasil todo. Aí a gente fazia, lógico que na hora de casa, dividimos, mapeamos, pegamos as regiões do país e dividimos entre nós, cada uma tinha um grupo de hospitais para ligar, se articular, saber como é que as coisas estavam acontecendo, os encaminhamentos que eles estavam dando pra que a gente tomasse essas medidas não de forma isolada, mas que a gente fizesse essas proposições no mesmo tempo no Brasil todinho. (ENTREVISTADA B, 2017)

A partir do entendimento da dimensão e dos possíveis impactos que essa nova proposta apresentada pela EBSEH as assistentes sociais consideraram a necessidade de coletivizar o seu enfrentamento e buscar alianças com as demais parceiras de categorias a fim de fortalecer o Serviço Social como um todo no interior dos HUs.

E a gente começou a provocar as outras colegas a também não ficarem caladas, por que a caixinha, o desenho era para todos os hospitais, era padrão. Aí com alguns hospitais a gente fez aliança e a gente começou a tensionar e dar visibilidade. O problema não são “as meninas do Recife” não. E aí começamos a fazer isso ao mesmo tempo com outros serviços: Campina Grande, Rio de Janeiro, São Paulo... Começamos a tensionar aquele padrão do Serviço Social nacional e aí a gente conseguiu essa caixinha pontilhada. Que ainda não foi institucionalizada, mas também não é aquele modelo da instituição, mas estamos na luta, né? Mas num processo articulado, fizemos um canal de voz com elas pelo whatsapp para debater, mandava relatório, no congresso de Serviço Social do ano passado no CBAS a gente marcou um encontro com as meninas pra gente se juntar, se conhecer e ver como a gente pode tá lutando contra a EBSEH né? No coletivo. (...) Fomos para enfrentamento, a gente organizou uma proposta. A gente defendeu premissas, argumentos e ainda a instituição daqui reconheceu nossas ponderações (...) (ENTREVISTADA B).

(...) A gente primeiro conversou com outros hospitais para saber como eles tinham desenvolvidos as ações porque o organograma é igual para todos os hospitais da EBSEH. E aí a gente conversou com o pessoal da Paraíba é... Enfim com alguns hospitais. (...) E aí eles colocaram como tinham sido as iniciativas e a gente foi e fez uma apresentação onde mostramos o quanto o Serviço Social é transversal e que a gente não podia tá enfiado numa caixinha específica que era a psicossocial, que a gente estava na psicossocial, na saúde da mulher, na infância, né? E que não tinha como a gente tá isolado ali. (...) Chamamos o diretor do hospital, chamamos o nosso chefe e aí apresentamos. (...) Quando a gente fez a nossa apresentação foi com base nos nossos documentos oficiais, né? Mostrando que nossa profissão é transversal que a gente não pode tá alocado no setor isoladamente, que a gente tem uma resposta a dar de uma forma mais diversificada. Ele (o gestor) foi escutando e como solução essa caixinha que tá no momento pontilhada, né? A gente ainda tá avançando nessas discussões. A gente tá construindo. Saímos dessa psicossocial e ficou outro setor da própria diretoria, ficou mais bem situado. Revelando a realidade do que a gente faz. (...) Acho que foi uma defesa interessante, né? Também que a gente foi atendida. (...) Por conta da nossa condição, da nossa competência é... De apresentar a nossa defesa, a realidade na verdade, né? (ENTREVISTADA C)

Destarte com base no amplo movimento de articulação em nível nacional, utilização de relatórios e instrumentos próprios Serviço Social a categoria conseguiu propor um modelo alternativo de sua inserção no organograma institucional da EBSEH. Ainda que este não tenha sido um avanço em definitivo a proposta lançada pela categoria foi acatada e segue em vigência até o presente momento.

Aí a gente conseguiu manter a autonomia na caixinha, como na escolha da chefia. Então a chefe da gente não é outro profissional que não um assistente social escolhido pela gente. A gente ainda tá segurando essa onda, apesar desse reboiço todinho... (...) conseguimos garantir a unidade numa caixinha pontilhada junto da coordenação de atenção à saúde, aí a gente não tá subordinada a nenhuma linha de cuidado, a gente tem a chefia própria que inclusive quem ia ser o chefe da gente era um médico e a gente disse “De jeito nenhum a gente vai participar disso.” Entendeu? Então foi fruto de resistência da gente. A gente tem uma caixinha pontilhada, com autonomia para escolher nossa chefia, tem uma autonomia para definir nossos limites de atuação dialogando com o Projeto Institucional, com o projeto do SUS, enfim, mas a gente é quem define. A gente tem se guiado por

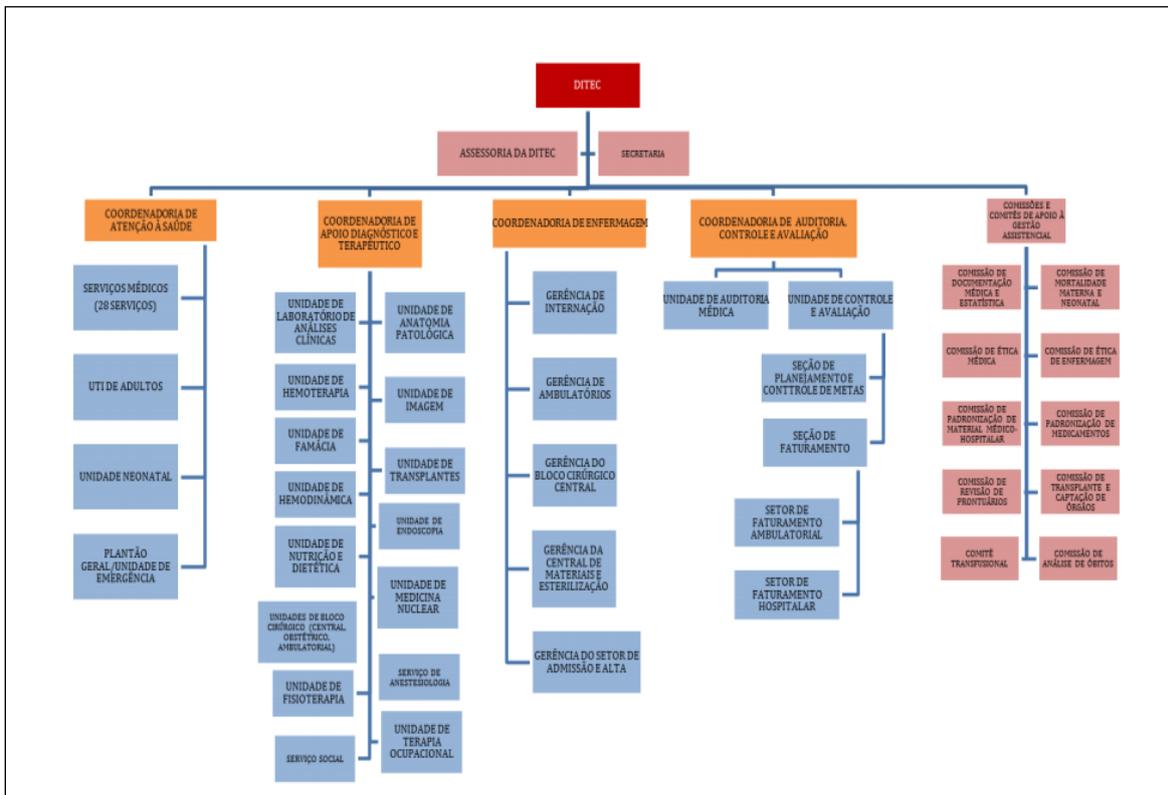
aqueles quatro eixos dos parâmetros de atuação do Serviço Social na Saúde.
(ENTREVISTADA B)

(...) o Serviço Social vem mantendo essa forma administrativa de eleger seu chefe, de conseguir ter essa autonomia, mas que foi preciso um empenho grande. A gente se articulou com outros hospitais que foram cedidos à EBSEH onde a gente conseguia essa caixinha pontilhada, a gente conseguiu manter nossa autonomia, mas a gente ia ser diluído e pulverizado por todo hospital. A gente ia perder nossa unidade, nossa força, enfim... Ia ser muito triste, mas a gente conseguiu reverter essa parte, né? Mas vamos ver o que vai dar aí na frente, estamos aí na luta.
(ENTREVISTADA C)

Desta forma, a mudança do organograma institucional não representaria tão somente uma reorganização dos serviços e setores, mas na experiência vivenciada pelo Serviço Social, caso tivesse sido levado a cabo, representaria a diluição do grupo e o enfraquecimento da unidade da categoria. Tal mudança colocaria em cheque toda a construção e organização das assistentes sociais e levaria a inevitável perda de poder para tensionar as imposições que incidem sobre o direcionamento político destas trabalhadoras.

Assim, atualmente o Serviço Social do HC/UFPE segue vinculado à Coordenação de Apoio ao Diagnóstico, o que possibilitou a manutenção de maior espaço para o exercício da relativa autonomia profissional. Como fruto do enfrentamento e da articulação dessas trabalhadoras ao apresentar à gestão os possíveis impactos que a proposta de reestruturação do setor poderia causar ao trabalho e à qualidade dos serviços prestados no hospital o organograma do HC/UFPE segue conforme apresentado no Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (BRASIL, 2013b).

Figura 1 - Organograma DO HC/UFPE



Fonte: Brasil (2013b).

Neste sentido, o modelo de gestão da EBSEH tem trazido novos desafios para o Serviço Social, contradições para o seu interior e rebatimentos à relativa autonomia das trabalhadoras. Conforme assinalaram SANTOS (2010) e BEZERRA (2016), a contrarreforma do Estado e a implementação do modelo de gestão gerencial em curso na saúde tem imposto ao Serviço Social o acirramento entre as tendências de atuação pragmáticas e emergenciais, com suas raízes na gênese da profissão e a orientação teórico-prática norteada pelos princípios do projeto ético-político e da RSB.

A partir dos relatos das entrevistadas se desvela que os elementos da esfera macro política tem se refletido nas mudanças em curso no HC/UFPE, rebatendo sobre a organização e trabalho do Serviço Social. Todavia, essas profissionais norteadas pelo referencial teórico pautado no projeto ético-político tem conseguido traçar estratégias necessárias para o enfrentamento das novas imposições e resistido aos fatores que tendem a fragmentar da unidade do grupo de trabalhadoras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo analisar a atuação do Serviço Social no HC/UFPE no contexto da gestão da EBSEH buscando compreender os fenômenos que tem influenciado no trabalho das assistentes sociais e da sua relação com os processos em curso no bojo da Contrarreforma do Estado e da implementação da lógica gerencialista no âmbito do SUS.

O atual modelo de gestão efetivado pela EBSEH se expressa e reproduz a lógica da administração gerencial, incorpora a lógica privada na saúde no cotidiano dos hospitais universitários com o estímulo a quantificação/produção e, em consequência, o aumento da demanda de trabalho para os profissionais que atuam nesses serviços. Assim, a tendência progressiva de substituição dos servidores públicos por empregados regidos pela CLT e, como consequência, o enfraquecimento do poder de organização política dos trabalhadores tem sido levada a cabo.

A realidade encontrada no HC/UFPE aponta que a atual gestão não logrou, até o presente, momento responder umas das questões centrais enfrentadas no hospital: a insuficiência de trabalhadores. Antes o estímulo ao crescimento dos índices de atendimento tem se traduzido na sobrecarga de trabalho, ao olharmos para a realidade do Serviço Social o cenário apresentado é de diminuição do conjunto de trabalhadoras da categoria e a presença contínua de demandas institucionais no sentido da reorganização e redirecionamento o trabalho das assistentes sociais no cenário de retração das políticas sociais. A orientação por via da gestão gerencial tem remetido à tensão entre a atuação com ênfase na emergencialização e o comprometimento com a prática norteada pelo projeto ético-político profissional e com os princípios da reforma sanitária.

A partir da vivência das entrevistas identificou-se que a incorporação das empregadas públicas da EBSEH e das diferenças presentes nas requisições institucionais às trabalhadoras gerou tensões no interior da categoria que tem atuado continuamente no sentido da superação dos fatores que possam por em risco a unidade das trabalhadoras. Os processos organizativos do trabalho no HC/UFPE têm incidido sobre a relativa autonomia do Serviço Social e tem constituído novos desafios na prática cotidiana.

As assistentes sociais do HC/UFPE demonstraram o poder de articulação e mobilização no tensionamento da contra hegemonia no interior do hospital, através do

estabelecimento de estratégias que tem se amparado no projeto ético-político e em seus principais aportes teórico-metodológicos.

A partir dos resultados encontrados neste estudo fica evidente a necessidade de que as reflexões sobre as mudanças em curso no contexto da nova gestão sejam fomentadas junto ao conjunto dos trabalhadores do HC/UFPE. Uma vez que se percebeu que no interior de uma categoria com menor quantitativo de profissionais e com uma proposta clara de atuação em unidade tem encarado desafios para a manutenção da sua organização de trabalho nesse novo cenário delineado no HC/UFPE, como tem se dado os processos de trabalho das demais categorias profissionais?

Os relatos e vivências das entrevistadas permitiram compreender, a partir da singularidade de suas experiências, o atual cenário vivido no HC. Assim, o Serviço Social do hospital traz em sua atuação um referencial que se constitui como força impulsionadora a seguir buscando aprofundamento e contínua formação como base fundante da prática profissional cotidiana.

Por fim, retornar a aproximação com os conteúdos que dizem respeito a atuação do Serviço Social na saúde e encontrar profissionais que atuam com compromisso aos princípios do projeto ético-político profissional e na defesa intransigente do SUS e das demais políticas sociais mostra o quanto é potente a intervenção das assistentes sociais no interior dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro, Editora: FGV, 2004.

ALVES, A. C. R. Reflexões sobre o processo de trabalho na saúde e suas implicações no cotidiano profissional do Serviço Social, na realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora. **Revista da Faculdade de Serviço Social-UFJF**. Libertas, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.264 - 286, jan-dez / 2004, jan-dez / 2005.

BANDEIRA, L. A. M. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. **Rev. bras. polít. int.** [online]. 2002, vol.45, n.2, pp.135-146.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BESERRA, I. K. da N. **SERVIÇO SOCIAL E CONTRARREFORMA DA SAÚDE: racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social., Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

BETETTO, H. Histórico da fundação e evolução do Instituto de Serviço Social, hoje Faculdades Paulista de Serviço Social São Paulo e de São Caetano do Sul. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 103, p.591-595, jun. 2010.

BOSI, M. L. M. “Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva: Panorama e Desafios”, in **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, pp. 575-586, 2012.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

BRASIL Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**- Versão Preliminar. Brasília, DF, março/2009.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado Organizações sociais. / Secretaria da Reforma do Estado. **Cadernos MARE da reforma do estado**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 72 p.; v. 2

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. A articulação da graduação em saúde, dos hospitais de ensino e das residências em saúde. In: **SEMINÁRIO NACIONAL DO PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE — PRÓ-SAÚDE II**, 1., Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/noticias/PriSemProII/apresentacoes/ApresentacaoPro-Saude-DHR.pf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

_____. EBSEERH. **História Institucional**. Disponível em: <<http://www.EBSEERH.gov.br/web/hc-ufpe>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. **EBSERH. HC em Números.** Disponível em:
<<http://www.EBSERH.gov.br/web/hc-ufpe/licitacoes-e-contratacoes>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. **EBSERH. Filiais EBSEH.** Disponível em:
<http://www.EBSERH.gov.br/web/portaleBSERH/filiaisEBSEH?p_p_id=122_INSTANCE_E6uhzWjrcxU6&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p__mode=view&p_p_col_id=_118_INSTANCE_A1A7OnzPsXhO__column2&p_p_col_count=2&p_r_p_564233524_resetCur=true&p_r_p_564233524_categoryId=>. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. **EBSEH (2013a). Dimensionamento de serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa.** Disponível em:
<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102304/dimensionamento_de_servicos_hc_ufpe.pdf/6172625b-fa99-449c-8e52-15afdaecfa1>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **EBSEH (2013b). Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.** Disponível em:
<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102304/plano_reestruturacao_hc_ufpe.pdf/a9ceb738-b008-4e20-8bba-c5a59049ed22>. Acesso em: 21 out. 2018.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** Lua Nova [online]. 1998, n.45, pp.49-95.

CASTRO, M. M. **História do Serviço Social na América Latina.** 3. ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1989.

CNS. **Conselho Nacional de Saúde. As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscips Como Instrumento de Gestão Pública na Área de Saúde.** Brasília, 2004. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Parecer/perecer.doc>> Acesso em 15 de Setembro de 2018.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social.** (3ª edição revista e atualizada). Brasília: CFESS, 1997.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, DF, março/2009.

CORREIA, M. V. C. **A SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL: O Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira.** 2007. Disponível em: <<http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/2000001786e4ac6f44f/Correia%20Maria%20Val%20C3%A9ria.%20O%20Banco%20Mundial%20e%20as%20tend%20%C3%A2ncias%20da%20contrarreforma%20na%20pol%20%C3%ADtica%20de%20sa%20C3%BAde%20brasileira.pdf>> Acesso em 10 de Setembro de 2018.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional.** MOTA, A. E. et al. (Org). São Paulo: Cortez, p.304-351, 2009.

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W. "Welfare State", crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** Vol 3, n. 6, São Paulo:

ANPOCS, 1988. <Disponível em:
http://www.anpocs.org.br/publicacoes/rbcs_00_06/rbcs06_04htm> Acesso em 10 de novembro de 2016.

FARIA, H. P. de et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Hebert de Oliveira. **A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e os Hospitais Universitários Federais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GOMIDE, D. C. **O MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO COMO ENFOQUE METODOLÓGICO PARA A PESQUISA SOBRE POLÍTICAS EDUCACIONAIS**. Disponível em:
 <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada11/artigos/2/artigo_simposio_2_45_dcgomide@gmail.com.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio, 2008. p. 392-398.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: **Cadernos de Saúde: políticas sociais, saúde e participação na atualidade**/ organizadoras, Maria Inês Bravo... [et al.]. 1. ed. – Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius, 2011.

GUERRA, Y. A. D. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2014.

GUERRA, Y. A. D. **A INSTRUMENTALIDADE NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**. 2009. Disponível em: < <http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/Yolanda-Guerra.pdf> > Acesso em: 25 de maio de 2018.

GUERRA, Y. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 28, n. 91, p. 5-33, set. 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. p. 341-375.

JUNQUILHO, G. S. **TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**. Florianópolis: Capes, 2010.

LOPEZ, E. **A política hospitalar brasileira**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/Aul%20ELAINE%20LOPEZ.ppt>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Rev. Mineira Enferm.**, v.7, n.1, p.61-6, 2003.

MARX, k. **O Capital**. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994, v.1.

MATOS, M. C. M. O debate do serviço social na saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXIV, n. 74, jul. 2003.

MEIHY, J. C. S. B. Definindo História Oral e Memória. **Cadernos Centro de Estudos Rurais e Urbanos**, São Paulo, v. 5, p.52-59, 1994. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/cerusp/article/view/83299/86330>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 2005.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2017.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª edição São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1996.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **O que é o REUNI**. 2010. Disponível em: <<http://reuni.mec.gov.br/o-que-e-o-reuni>>. Acesso em: 25 de junho de 2017.

MONTENEGRO, A. T. **História oral e memória – a cultura popular revisitada**. 3a. ed. São Paulo: contexto, 1994.

MONTENEGRO, A. T. Travessias e Desafios. **Clio: Revista de Pesquisa Histórica**, Recife, n. 28.1, 2010.

MOTA, A. E. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 120, p.694-705, dez. 2014.

NETO, A. F. P; MACHADO, B. A; MONTENEGRO, A. T. História Oral no Brasil: uma análise da produção recente (1998/2008). **História Oral** (Rio de Janeiro), v.10, n.2, p.113-126, 2009. Disponível em

<[http://revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=article&op=view&pat %5B%5D=219&path%5B%5D=223](http://revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=article&op=view&pat%5B%5D=219&path%5B%5D=223)> Acesso em agosto/2017.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NOGUEIRA, V. M. R.; TUMELERO, S. M. A relativa autonomia do assistente social na implementação das políticas sociais: elementos explicativos. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 34, p.205-228, 2015.

NUNES, I. M. et al. Processos e necessidades no trabalho em saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 509 – 13, 2006.

OLIVEIRA, E. M. A. P de; CHAVES, H. L. A. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 128, p.143-163, abr. 2017.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, 35 (1): 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1): 75- 91, 2003.

REIS, A. A. C.; CECÍLIO, L. C. O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micro-política da organização hospitalar. **Saúde em Debate** [on-line], v. 33, n. 81, p. 88-97, jan./ abr. 2009.

REALE, M. **Lições Preliminares de Direito**. 25 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

SANTOS, C. M. dos; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Org.). **A Dimensão Técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012. p. 15-39.

SANTOS, F. A. dos. **MODELOS DE GESTÃO DA SAÚDE E O FENÔMENO DA FLEXIBILIZAÇÃO**. 2016. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

SCHRAIBER, L. B. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, 1995, 29(1): 63-74.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. **Serviço Social e interdisciplinaridade**. 8ª edição. São Paulo: Cortez, 2010.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social**. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

SOARES, R. C. **As particularidades da contrarreforma na política de saúde brasileira**. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-176.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2018.

SOUZA, K. de O.; LITTIKE, D.; SODRÉ, F. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): [Re] afirmação de um modelo de gestão. In: 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais...**. Belo Horizonte: Abrasco, 2013. v. 1, p. 1- 17. Disponível em:<<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/133.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VASCONCELOS, A M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**. MOTA, A. E. et al. (Org). São Paulo: Cortez, p.242-272, 2009.

VIGNOLI NETO, O. A Flexibilização Do Regime Jurídico De Direito Público Na Prestação De Serviços Públicos: Estudo Sobre A Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares (EBSERH). **Revista do Caap**, Belo Horizonte, v. XIX n. 1, p.111-130, 2013.

ZIGATO, Jhony Oliveira. **A Implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HUJF): Dilemas Presentes e Perspectivas Futuras**. 2015. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Serviço Social, Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.